



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO 126
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2020
ISSN 0103-1104

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

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

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

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

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

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

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

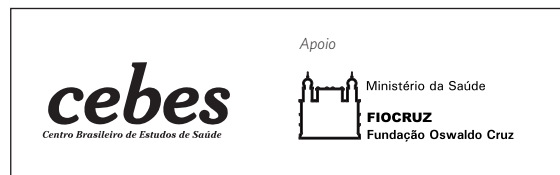
SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO 126
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2020

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 587 **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática**
Covid-19 National Pandemic Confrontation Plan: building a democratic health authority
Lucia Regina Florentino Souto, Claudia Travassos

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 593 **A relação interfederativa e a integralidade no subsistema de saúde indígena: uma história fragmentada**
The interfederative relations and integrality in the indigenous health care system: a fragmented history
Nayara Scalco, Fernando Aith, Marília Louvison
- 607 **Resistência a Antimicrobianos: a formulação da resposta no âmbito da saúde global**
Antimicrobial Resistance: formulation of the response in the global health context
Rafael Almeida da Silva, Beatriz Nascimento Lins de Oliveira, Luiza Pinheiro Alves da Silva, Maria Auxiliadora Oliveira, Gabriela Costa Chaves
- 624 **Salário de médicos contratados pela Estratégia Saúde da Família e o contexto municipal: estudo ecológico**
Salary of physicians hired by the Family Health Strategy Program and the municipalities' context: an ecological study
João Alves Pereira, Renata Fiúza Damasceno, Marta Raquel Mendes Vieira, Alfredo Maurício Batista de Paula, Desirée Sant'Ana Haikal

- 640 **Avaliação participativa de um programa de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**
Participatory evaluation of a noncommunicable chronic disease prevention and treatment program
Patricia Asfora Falabella Leme, Gastão Wagner de Sousa Campos
- 656 **Design de uma tecnologia mHealth para escores de estratificação de risco cardiovascular apoiado no Letramento em Saúde**
Design of an mHealth technology for cardiovascular risk stratification scores supported by Health Literacy
Daniele Souto Galeno, Thereza Maria Magalhães Moreira, Clarice Maria Araújo Chagas Vergara, Helena Alves de Carvalho Sampaio, José Eurico de Vasconcelos Filho
- 666 **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica**
Family Health Support Centers (Nasf): strategic and logical analysis
Patrícia Iacabo, Juarez Pereira Furtado
- 678 **Estrutura e adequação dos processos de trabalho no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira**
Structure and adequacy of work processes in the care of obesity in Brazilian Primary Care
Ana Laura Brandão, Erika Cardoso dos Reis, Cláudia Valéria Cardim da Silva, Cristiane Marques Seixas, Juliana Pereira Casemiro
- 694 **Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde**
Referral processes to services specialized in cardiology and endocrinology for Primary Health Care
Sérgio Vieira Bernardino Junior, Cássia Regina Gotler Medeiros, Camila Furtado de Souza, Jordana Kich, Alessandro Menna Alves, Luís César de Castro

-
- 708 **Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica**
An evaluation of PMAQ-AB effects on hospitalization for conditions susceptible to Primary Care
César Soares, Marília Ramos
- 725 **Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais**
Structure of oral health services offered in Primary Care in Brazil: regional differences
Ana Júlia Gizzi Gonçalves, Pedro Henrique Stremel Pereira, Vitória Monteiro, Manoelito Ferreira Silva Junior, Márcia Helena Baldani
- 739 **A judicialização de demandas odontológicas e o direito à saúde**
Judicialization of dental demands and the right to health
Beatriz Cristina de Freitas, Dagmar de Paula Queluz
- 749 **Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão**
Situational diagnosis of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care of Maranhão
Rafaela Duailibe Soares, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Aline Sampieri Tonello
- 762 **A benzedura nos territórios da Estratégia Saúde da Família: percepções de trabalhadores, usuários e benzedores**
Healing blessing in territories of the Family Health Strategy: perceptions of workers, users and healers
Luiza Maria de Assunção, Rosimár Alves Querino, Leiner Resende Rodrigues
- 774 **Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária**
Quality of Working Life and stress level of professionals in Primary Health Care
Geovane Krüger Moreira de Lima, Ludmila Mourão Xavier Gomes, Thiago Luis de Andrade Barbosa
- 790 **Malformações congênitas e uso de agrotóxicos no município de Giruá, RS**
Congenital malformations and use of pesticides in the city of Giruá, RS
Luis Fernando Ferreira, Angélica Reolon da Costa, Silvana Ceolin
- 805 **Análise espacial da leptospirose no Brasil**
Spatial analysis of leptospirosis in Brazil
Alice Nardoni Marteli, Laís Vieira Genro, Décio Diament, Laurindo Antonio Guasselli
- 818 **Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: uma análise do programa nacional**
Specialization in Work Management and Health Education: an analysis of the national program
Neuza Maria Nogueira Moysés, Ana Luiza Stiebler Vieira, Tereza Cristina Guimarães, Andréa Lanzillotti Cardoso
- 829 **Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil**
Healthcare pathways of elderly in one health region in the Federal District, Brazil
Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco, Marcella Guimarães Assis, Raíssa Gomes Magalhães, Sílvia Maria Ferreira Guimarães, Patrícia Maria Fonseca Escalda

-
- 845** **Uso de Práticas Integrativas e Complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013**
Use of Integrative and Complementary Practices by the elderly: National Health Survey 2013
Priscila de Paula Marques, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco, Aldiane Gomes de Macedo Bacurau, Patrícia Silveira Rodrigues, Deborah Carvalho Malta, Nelson Filice de Barros
- 857** **Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017**
Analysis of management tools elaborated by the Municipal Health Departments of Santa Catarina from 2014 to 2017
Cássio Noboro Fuginami, Claudia Flemming Colussi, Angela Maria Blatt Ortiga
- 871** **Análise das campanhas de prevenção às arboviroses dengue, zika e chikungunya do Ministério da Saúde na perspectiva da educação e comunicação em saúde**
Analysis of the prevention campaigns against dengue, zika and chikungunya arboviruses from the Ministry of Health from the health education and communication perspective
Natália Fernandes de Andrade, Elizabeth Alves de Jesus Prado, Ádria Jane Albarado, Maria Fátima de Sousa, Ana Valéria Machado Mendonça
- ENSAIO | ESSAY**
- 881** **Dietas saudáveis e sustentáveis no âmbito do sistema alimentar no século XXI**
Healthy and sustainable diets in the context of the food system in the 21st century
Rozane Marcia Triches
- ARTIGO DE OPINIÃO | CASE STUDY**
- 895** **Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal no enfrentamento da Covid-19**
Denial, disdain and deaths: notes on the criminal activity of the federal government in fighting Covid-19 in Brazil
Ligia Giovannella, Maria Guadalupe Medina, Rosana Aquino, Aylene Bousquat
- REVISÃO | REVIEW**
- 902** **Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa**
Methodologies for equitable allocation of health financial resources: an integrative review
Leonardo Carnut, Áquilas Mendes, Marcel Guedes Leite
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 919** **Formação em gestão do trabalho e da educação na saúde: relatando uma experiência educativa**
Training in work management and health education: reporting an educational experience
Rafael Rodolfo Tomaz de Lima
- RESENHA | CRITICAL REVIEW**
- 930** **Hott M. Luto: Trato & Retrato**
Mården Hott

Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática

Lucia Regina Florentino Souto^{1,2}, Claudia Travassos^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-1104202012600

A PANDEMIA DA COVID-19 ESTREMECEU ESTRUTURAS evidenciando desafios civilizatórios de grande magnitude. As várias dimensões disruptivas de uma crise sanitária, econômica, social, cultural, ambiental, ética e política sem precedentes expuseram o fracasso do projeto ultraneoliberal com sua agenda de aprofundamento das desigualdades, retirada de direitos, destruição do Estado com impactos profundos sobre a vida em suas diversas manifestações.

Nesse contexto, o Brasil vive a pandemia em um espetáculo de soberba e abandono, por parte do governo federal, de suas responsabilidades. No lugar de unir o País para enfrentar, à altura, a inédita situação de crise sanitária, o governo optou pelo acirramento de conflitos entre os entes federados, entre segmentos da sociedade, enfatizando um discurso de discórdia e negacionismo. A estratégia de comunicação contribuiu, assim, para disseminar confusão e impedir a tomada de decisões de proteção da vida e da saúde da população.

O discurso de desqualificação de medidas de mitigação preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – de distanciamento social, de uso de proteção individual, de rastreamento de casos, de ausência de uma política de comunicação, de desorganização dos cuidados – resultou em um quadro de catástrofe sanitária no País com a morte de quase 150 mil pessoas, muitas delas evitáveis, e com quase 5 milhões de casos. A adoção de medidas de proteção social, como a renda emergencial de R\$ 600,00, só foi viabilizada pela ação do Legislativo.

Diante dessa calamidade, as entidades da saúde coletiva, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida), a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), somaram-se à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), à Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), à Associação Brasileira de Imprensa (ABI), à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), constituindo a Frente pela Vida, realizando, em 9 de junho, a Marcha pela Vida, com a adesão de mais de 600 entidades e com a entrega de um manifesto em audiência pública de várias comissões do Congresso Nacional com a presença de inúmeras/os parlamentares. O Manifesto apontou pontos estratégicos, como a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e a revogação da Emenda Constitucional nº 95 (do teto dos gastos), a

¹Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luciafsouto@yahoo.com.br

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



ação de acordo com as evidências científicas, a proteção do meio ambiente, as políticas robustas de proteção social e a defesa intransigente da Democracia.

Como desdobramento da Marcha pela Vida, as entidades da saúde coletiva integrantes da Frente pela Vida compreenderam ser sua responsabilidade interferir no curso da pandemia elaborando um documento com base na ciência e na mobilização social, o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19¹, na perspectiva de afirmação de uma autoridade sanitária democrática. O Plano foi apresentado em 3 de julho em fórum virtual com a presença de inúmeras entidades da sociedade civil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e parlamentares.

O Plano é fruto de um planejamento participativo que reconhece a pandemia como um fenômeno complexo que exige ações em várias dimensões e nas suas interfaces com aporte do conhecimento científico, saberes técnicos, práticas e movimento social. Não é um problema apenas da Saúde, mas de todos os setores de governo, como dos vários segmentos da sociedade. É importante ressaltar que o Plano de Enfrentamento da Frente pela Vida, ao mesmo tempo que apresenta caminhos para controlar a pandemia, explicita a centralidade do Estado nesse processo.

Reafirma a responsabilidade do governo federal na formulação e condução de políticas emergenciais efetivas para proteger a população brasileira dos diversos efeitos evitáveis da pandemia e do Ministério da Saúde na função de coordenação de ações intra e inter-setoriais de impacto sobre a saúde, crucial em um país caracterizado por sua dimensão continental, com diversidades socioculturais, econômicas e ambientais, em um contexto histórico de profundas desigualdades sociais.

Em oposição à sua responsabilidade de enfrentamento da pandemia, o governo federal mostrou-se omissivo e alimentou crises sucessivas na saúde, a ponto de ter, nos três primeiros meses da pandemia, três ministros da saúde, sendo que o último, general das forças armadas, permaneceu como ministro interino por cerca de quatro meses. Sua posse ocorreu apenas recentemente, quando os parâmetros epidemiológicos demonstravam um quadro de grande descontrole na transmissão do vírus no País, desproporcionalmente distribuída nas populações indígenas nativas, pobres, negras e moradoras dos bairros de periferia das grandes cidades.

Em uma situação crônica de subfinanciamento, o SUS não consegue responder, em tempo hábil e com qualidade, às demandas de vigilância e de cuidado à saúde geradas pela Covid-19, ao mesmo tempo que atende aos demais problemas de saúde da população de modo integral, garantindo segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde.

O Plano de Enfrentamento contém 70 recomendações, dirigidas às autoridades políticas e sanitárias, aos gestores do SUS e à sociedade. Dentre elas, destaca-se a vigilância à saúde a ser prioritariamente conduzida por equipes treinadas da rede de profissionais de Atenção Primária à Saúde, em articulação com as demais autoridades sanitárias. Medidas voltadas para a implementação de uma linha de cuidado à Covid-19, articulada à Rede de Atenção à Saúde, associadas à adoção de estratégias de mitigação dos danos sanitário e econômico, complementam as ações centrais de enfrentamento à pandemia.

Lamentavelmente, chegamos ao mês de outubro com a pandemia se arrastando no País em um cenário epidemiológico de manutenção de altas taxas de incidência e de mortalidade, apesar da variabilidade desses parâmetros entre estados e cidades. O Brasil encontra-se em uma situação de risco sanitário continuado, em particular, para a população vulnerabilizada, associado ao agravamento da crise econômica, com efeitos dramáticos sobre o mercado de trabalho. Uma situação que poderia ter sido evitada, considerando o

potencial do SUS para dar respostas efetivas à emergência sanitária provocada pelo vírus Sars-CoV-2.

Para o enfrentamento da pandemia, é estratégico outro projeto de sociedade que supere a agenda devastadora do ultraneoliberalismo responsável pelo desfinanciamento criminoso do SUS. Nesse momento de encruzilhadas, reafirmamos nosso compromisso histórico com a Vida, com a Saúde e com a Democracia.

Saúde é Democracia!

Colaboradoras

Souto LRF (0000-0003-2270-8424)* e Claudia Travassos (0000-0002-4789-8511)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referência

1. Abrasco, Cebes, Rede Unida, et al. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. [internet]. [acesso em 2020 out 7]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19_v2.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Covid-19 National Pandemic Confrontation Plan: building a democratic health authority

Lucia Regina Florentino Souto^{1,2}, Claudia Travassos^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042020126001

THE COVID-19 PANDEMIC SHOOK STRUCTURES, showing civilizing challenges of great magnitude. The various disruptive dimensions of an unprecedented health, economic, social, cultural, environmental, ethical and political crisis exposed the failure of the ultra-liberal project with its agenda of deepening inequalities, withdrawing rights, destroying the State with profound impacts on life in its various manifestations.

In this context, Brazil is experiencing the pandemic in a spectacle of pride and abandonment by the federal government of its responsibilities. Instead of uniting the country to face the unprecedented situation of health crisis, the government opted for the intensification of conflicts between federated entities, between segments of society, emphasizing a discourse of discord and denialism. The communication strategy thus contributed to spreading confusion and preventing decisions to protect the life and health of the population.

The discourse of disqualification from mitigation measures recommended by the World Health Organization (OMS) – social distance, use of individual protection, case tracking, absence of a communication policy, disorganization of care – resulted in a situation of health catastrophe in the country with the death of almost 150 thousand people, many of them preventable, and with almost 5 million cases. The adoption of social protection measures, such as the emergency income of R \$ 600.00, was only made possible by the Legislative action.

Given this calamity, collective health entities, such as the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco), the Brazilian Association Rede Unida (Rede Unida), the Brazilian Society of Bioethics (SBB), the National Health Council (CNS), joined the Brazilian Society for the Advancement of Science (SBPC), the National Association of Directors of Federal Higher Education Institutions (Andifes), the National Conference of Bishops of Brazil (CNBB), the Brazilian Press Association (ABI), the Brazilian Bar Association (OAB), constituting the Frente pela Vida (Front for Life), carrying out, on June 9, the Marcha pela Vida (March for Life), with the adhesion of more than 600 entities and the delivery of a manifesto in public hearing of several National Congress commissions attended by numerous parliamentarians. The Manifesto indicated strategic points, such as the defense of the Unified Health System (SUS) and the repeal of Constitutional Amendment No. 95 (from the spending ceiling), action in accordance with scientific evidence, protection of the environment,

¹Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luciafsouto@yahoo.com.br

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



robust policies social protection and the uncompromising defense of Democracy.

As a result of the March for Life, the collective health entities that are part of the Frente pela Vida understood that it was their responsibility to interfere in the course of the pandemic by preparing a document based on science and social mobilization, Covid-19 National Pandemic Confrontation Plan¹, from the perspective affirmation of a democratic health authority. The Plan was presented on July 3 in a virtual forum attended by numerous civil society entities, the National Council of Health Secretaries and parliamentarians.

The Plan is the result of participatory planning that recognizes the pandemic as a complex phenomenon that requires actions in several dimensions and in its interfaces with the contribution of scientific knowledge, technical knowledge, practices and social movement. It is not just a health problem, but all government sectors, as well as the various segments of society. It is important to note that the Coping Plan of Frente pela Vida, while presenting ways to control the pandemic, explains the centrality of the State in this process.

Reaffirms the responsibility of the federal government in formulating and conducting effective emergency policies to protect the Brazilian population from the various preventable effects of the pandemic and the Ministry of Health in coordinating intra and intersectoral actions with an impact on health, crucial in a characterized country for its continental dimension, with socio-cultural, economic and environmental diversities, in a historical context of deep social differences.

In opposition to its responsibility to face the pandemic, the federal government was silent and fed successive health crises, to the point of having, in the first three months of the pandemic, three ministers of health, the last being a general of the armed forces, remained as interim minister for about four months. Its possession occurred only recently, when the epidemiological parameters showed a situation of great lack of control in the transmission of the virus in the country, disproportionately distributed among the indigenous populations, poor, black and residents of the suburbs of major cities.

In a chronic situation of underfunding, SUS is unable to respond, in a timely and quality manner, to the demands for surveillance and health care generated by Covid-19, while fully addressing other population health problems, ensuring the safety of patients and health professionals.

The Coping Plan contains 70 recommendations, addressed to political and health authorities, SUS managers and society. Among them, health surveillance stands out as a priority to be conducted by trained teams from the network of Primary Health Care professionals, in conjunction with other health authorities. Measures aimed at implementing a line of care to Covid-19, linked to the Health Care Network, associated with the adoption of strategies to mitigate health and economic damage, complement the central actions to deal with the pandemic.

Unfortunately, we reached the month of October with the pandemic dragging on in the country in an epidemiological scenario of maintaining high incidence and mortality rates, despite the variability of these parameters between states and cities. Brazil is in a situation of continued health risk, in particular, for the vulnerable population, associated with the worsening of the economic crisis, with dramatic effects on the labor market. A situation that could have been avoided, considering the potential of SUS to provide effective responses to the health emergency caused by the Sars-CoV-2 virus.

To face the pandemic, another social project that overcomes the devastating agenda

of ultraneoliberalism responsible for the criminal de-financing of SUS is strategic. In this moment of crossroads, we reaffirm our historic commitment to Life, Health and Democracy.

Health is Democracy!

Collaborators

Souto LRF (0000-0003-2270-8424)* and Claudia Travassos (0000-0002-4789-8511)* also contributed to the preparation of the manuscript. ■

Reference

1. Abrasco, Cebes, Rede Unida, et al. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. [internet]. [acesso em 2020 out 7]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19_v2.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

A relação interfederativa e a integralidade no subsistema de saúde indígena: uma história fragmentada

The interfederative relations and integrality in the indigenous health care system: a fragmented history

Nayara Scalco¹, Fernando Aith², Marília Louvison²

DOI: 10.1590/0103-1104202012601

RESUMO A Constituição Federal estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Os povos indígenas obtiveram importante avanço para a garantia desse direito com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi) (Lei nº 9.836/1999). Passados vinte anos desse marco legal, este artigo visa a identificar de que forma o Estado brasileiro organiza o Sasi e as pactuações de referências e contrarreferências; analisar as lacunas existentes e os principais desafios para a proteção do direito à saúde indígena no Brasil. Foi utilizada a metodologia qualitativa, com diversas fontes e materiais: identificação da legislação aplicável, análise documental da legislação selecionada e 24 entrevistas em profundidade com indígenas, gestores, indigenistas e representante do Ministério Público Federal. Os resultados demonstram que a fragmentação e a complexidade normativa dificultam a execução das políticas que buscam garantir a integralidade da assistência à saúde indígena. A gestão federal e a territorialização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas são especificidades que impactam na articulação federativa. Assim, embora tenham se verificado progressos no reconhecimento legal do direito dos povos indígenas à saúde, mostram-se fundamentais o aperfeiçoamento da legislação e o comprometimento dos diferentes gestores, visando a avanços e compromissos na garantia do acesso universal com equidade aos povos indígenas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde de populações indígenas. Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde. Integralidade em saúde. Legislação como assunto.

ABSTRACT *The Federal Constitution establishes health as social citizenship right under the responsibility of the State. The indigenous peoples had an important achievement to assure this right to health with Indigenous Health Care System (Sasi) (Law 9.836/1999). Twenty years after this legal framework, this article aims to identify how the Brazilian State organizes the Sasi and the reference and counter-referral agreements; analyze the existing gaps and the main challenges for the protection of the right to indigenous health in Brazil. The qualitative methodology was used, with several sources and materials: documental analysis of legislations and 24 in-depth interviews with Indigenous Peoples, managers, indigenists and Federal Prosecution Service. The results demonstrate that a normative fragmentation and the complexity hinder the implementation of the policies that should assure the integrality of the indigenous health assistance. The federal management and territorialization of the Special Indigenous Health Districts are specificities that also impact in the federative articulation. Therefore, even though progress has taken place legally recognizing health as indigenous right, it is still fundamental to improve the legislation to advance in compromises that assure health as a right with equity to indigenous populations.*

¹Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Instituto de Saúde – São Paulo (SP), Brasil
nayarascalco@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS *Health of indigenous peoples. Unified Health System. Health management. Integrality in health. Legislation as topic.*



Introdução

A luta dos povos indígenas conquistou há vinte anos a estruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi). Entretanto, sua implantação efetiva enfrenta, até os dias atuais, inúmeros desafios que colocam em risco a vida dos povos originários.

As mobilizações sociais que se originaram no processo de redemocratização do Brasil, principalmente na década de 1970, também foram espaços para o movimento indígena reivindicar seus direitos. Os 305 povos indígenas que estão hoje distribuídos pelo território brasileiro¹ conquistaram o direito, nos termos dos artigos 231 e 232 da Constituição Federal (CF) de 1988, de reconhecimento de suas práticas culturais, o que inclui suas medicinas². Esse é um importante marco na política indigenista, que até então visava à integração desses povos, e, neste momento, passa a reconhecer sua identidade autodeclarada e a considerar o seu direito ao território pela sua presença ancestral³.

Lideranças indígenas que estavam mobilizadas para a garantia da demarcação de suas terras reconheceram a necessidade de uma política específica, com legislações claras, que estendesse o direito de acesso à saúde de qualidade a seus povos. Ocupando o espaço na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e com a organização de duas Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), em 1986 e 1993, indígenas, profissionais e acadêmicos da área produziram relatórios que explicitaram ao governo brasileiro o que consideravam as diretrizes primordiais para a proteção da saúde indígena^{4,5}, que se traduziram no Sasi, criado pela Lei nº 9.836/1999, que acrescentou o Capítulo V à Lei nº 8.080/1990⁶.

As decisões relacionadas às políticas públicas, no Estado Democrático de Direito, são traduzidas, fundamentalmente, por normas jurídicas constitucionais, legais e infralegais, que sintetizam a vontade estatal e orientam gestores e sociedade em suas ações. No Brasil, que se organiza política e territorialmente como uma Federação, compartilhando a

legitimidade e as decisões coletivas entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal)⁷, a responsabilidade por cuidar da saúde, ou seja, executar a política de saúde, é dada solidariamente às três esferas.

A CF e as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 destacam que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios básicos: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção; a integralidade da assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a descentralização político-administrativa; e a participação da comunidade^{6,8}.

O Sasi, sob responsabilidade do governo federal, foi instituído para organizar a Atenção Básica (AB) de forma diferenciada dentro das aldeias indígenas, com a participação dos povos originários nos momentos decisórios⁹. Nesse sentido, foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com seus respectivos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi), além de Conselhos Locais¹⁰.

A construção política do Sasi resgata e assegura o direito constitucional à saúde, reconhecendo o direito dos indígenas às suas cosmovisões. Como discute Santos¹¹⁽⁵⁶⁾, que relaciona a dualidade entre o reconhecimento da igualdade e da diferença, o princípio da equidade é estrutural no SUS, sendo especialmente sensível para a discussão da política de saúde indígena. Esse princípio estabelece que

As pessoas e os grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza.

A equidade, entendida como um fator para a justiça social, considera o contexto de desigualdades e diversidade em que se insere o SUS, fortalecendo o protagonismo dos cidadãos em um sistema democrático¹². Embora as políticas de saúde devam ser afirmativas para a promoção do princípio da equidade, principalmente quando se trata da atenção à saúde dos povos indígenas, a implementação de tais políticas

ainda enfrenta muitos desafios. O agronegócio, destaque do projeto de desenvolvimento econômico adotado pelo governo brasileiro, é um dos principais adversários do direito à autodeterminação dos povos indígenas¹³.

Os diversos impasses nas demarcações de terras indígenas, a crescente violência contra esses povos¹⁴, a violação de tratados internacionais e da própria CF com propostas de novas legislações que enfraquecem o direito dos indígenas são considerados grandes entraves para uma saúde de qualidade desses povos. A íntima ligação dos povos indígenas com suas terras históricas é apontada pela União Nacional Indígena como imprescindível para a garantia de saúde desde a I CNSI¹⁵ quando afirma que:

a) A saúde das populações indígenas é resultante da interação de alguns elementos fundamentais: acesso à posse da terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde¹⁵⁽⁸⁾.

Passados mais de 30 anos desde o reconhecimento dos direitos dos povos originários na CF, o presente artigo visa a identificar de que forma o Estado brasileiro organiza o Sasi e as pactuações de referências e contrarreferências no sentido de analisar as lacunas existentes e os principais desafios para a proteção do direito à saúde indígena no Brasil.

Metodologia

A pesquisa utilizou a metodologia qualitativa por meio de coleta, organização e análise de documentos legais, bem como por meio da realização de entrevistas em profundidade¹⁶.

A seleção dos textos jurídicos foi realizada até janeiro de 2018 em pesquisa na base de dados Saúde Legis, que reúne as legislações referentes ao SUS na página de internet do Ministério da Saúde (MS).

A pesquisa buscou identificar normas por meio dos descritores ‘saúde indígena’, ‘indígena’ e ‘subsistema de atenção à saúde indígena’. Dos resultados obtidos, foram selecionadas, após análise preliminar dos textos, as normativas sobre o Sasi, todas as publicações de origem da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), as normas de organização do SUS e as normas que faziam referência às políticas prioritárias que organizam as redes de saúde no SUS. Não foram selecionadas neste estudo as normas infralegais que não são específicas do tema e as normativas da Sesai que tratavam de designações, licitações e assuntos gerenciais.

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2017 com 11 indígenas de nove estados, que localizam-se nas cinco regiões do País; quatro indigenistas que atuam, principalmente, nas regiões Norte, Centro-Oeste, Sul e Sudeste; quatro gestores federais do Sasi; dois gestores estaduais das regiões Nordeste e Sul; dois gestores municipais da região Sudeste e um representante do Ministério Público Federal (MPF), escolhidos a partir de informantes-chave, por terem atuado no processo de construção da política de saúde indígena. Essas entrevistas foram conduzidas para permitir que os entrevistados falassem livremente sobre os temas que eram apresentados¹⁶. São eles: contexto pessoal de sua inserção no tema; compreensão sobre a participação indígena na política de saúde e formas de participação indígena no Sasi; expectativas e avaliação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI); e aproximações e distanciamentos entre SUS, Sasi e medicinas indígenas.

O material foi exaustivamente lido e escutado, para que fosse possível identificar as questões colocadas, buscando fazer emergirem os diversos conhecimentos, não os colocando em conflito, mas reconhecendo que cada um tem seu lugar de fala.

A pesquisa seguiu todas as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sendo aprovada no parecer 1.766.478.

Considerando as características dos grupos de entrevistados, optou-se pela não identificação dos entrevistados da gestão, indigenistas e MPF, e pela identificação dos indígenas pela etnia e pela sigla do seu estado de origem.

Resultado e discussão

Foram identificadas oito normas estruturais do Sasi anteriores a Sesai, 373 portarias e uma resolução publicadas pela Sesai desde sua criação

até dezembro de 2017, bem como 20 leis estruturantes do SUS e normas organizacionais da atenção à saúde. Dos textos encontrados, foram selecionados, segundo os critérios listados na metodologia, 34 textos jurídicos, sendo: três leis, dois decretos, 22 portarias do MS, uma resolução da Comissão Intergestores Tripartite e seis portarias de consolidação, que revogaram 10 das 22 portarias inicialmente encontradas. O *quadro 1* detalha as normas selecionadas especificando autor, tipo de texto, número, descrição e situação da norma.

Quadro 1. Relação e descrição dos textos jurídicos sobre o direito à saúde selecionados e analisados

Autor	Tipo de Texto	Nº	Data de Assinatura	Descrição da Norma	Situação Atual
Brasil	Lei	8.080	19/09/1990	Regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece suas diretrizes e princípios.	Vigente
Brasil	Lei	8.142	28/12/1990	Regulamenta a participação social no SUS.	Vigente
Brasil	Decreto	3.156	27/08/1999	Estabelece as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas pelo Ministério da Saúde.	Não localizada
Brasil	Lei	9.836	23/09/1999	Estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi), que deve considerar o contexto intercultural, com gestão federal e complementariedade de estados e municípios.	Vigente
MS/GM	Portaria	254	31/01/2002	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).	Revogada pela Consolidação nº 2/2017
MS/GM	Portaria	70	20/01/2004	Aprova as Diretrizes da Gestão da PNASPI.	Revogada pela Consolidação nº 2/2017
MS/GM	Portaria	644	27/03/2006	Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.	Revogada pela Consolidação nº 4/2017
MS/GM	Portaria	204	29/01/2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde.	Revogada pela Consolidação nº 6/2017
MS/GM	Portaria	2.759	25/10/2007	Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas.	Revogada pela Consolidação nº 2/2017
MS/GM	Portaria	2.656	17/10/2007	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas e regulamentação dos incentivos de atenção básica (IAB-PI) e especializada aos povos indígenas (IAE-PI).	Revogada pela Consolidação nº 6/2017
Brasil	Decreto	7.508	28/06/2011	Regulamenta a Lei no 8080, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	Vigente
MS/GM	Portaria	475	16/03/2011	Estabelece a autonomia sanitária do Distrito Sanitário Especial Indígena.	Vigente
MS/GM	Portaria	3.088	23/12/2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial.	Revogada pela Consolidação nº 3/2017
MS/GM	Portaria	755	18/04/2012	Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	Revogada pela Consolidação nº 4/2017
MS/GM	Portaria	2.012	14/09/2012	Extingue o IAB-PI.	Revogada pela Consolidação nº 6/2017

Quadro 1. (cont.)

Autor	Tipo de Texto	Nº	Data de Assinatura	Descrição da Norma	Situação Atual
MS/Sesai	Portaria	34	24/05/2013	Institui o Comitê de Educação Permanente no âmbito do Sasi.	Vigente
MS/Sesai	Portaria	64	29/11/2013	Regulamenta os procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas.	Vigente
MS/GM	Portaria	3.031	11/12/2013	Institui Grupo de Trabalho para reavaliar o Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas.	Vigente
MS/GM	Portaria	3.410	30/12/2013	Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar.	Revogada pela Consolidação nº 2/2017
MS/CIT	Resolução	10	17/12/2013	Garante a participação como Convidado de representantes da Saúde Indígena na Comissão Intergestores Regional e Bipartite.	Vigente
MS/Sesai	Portaria	15	21/05/2014	Regulamenta os procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas.	Vigente
MS/Sesai	Portaria	20	17/04/2015	Institui Grupo de Trabalho para discussão e revisão da PNASPI.	Vigente
MS/Sesai	Portaria	21	28/04/2015	Institui Grupo de Trabalho para discussão e revisão da PNASPI.	Vigente
MS/Sesai	Portaria	51	26/08/2015	Institui Grupo de Trabalho para discussão e revisão da PNASPI.	Vigente
MS/GM	Portaria	1.907	17/10/2016	Revoga a Portaria nº 475/2011, que estabelece a autonomia orçamentária do DSEI.	Não localizada
MS/GM	Portaria	2.206	26/10/2016	Revoga a Portaria nº 2.141/2016, que estabelecia a delegação de competência aos chefes do DSEI, inclusive quanto ao orçamento.	Vigente
MS/Sesai	Portaria	22	16/02/2017	Institui Grupo de Trabalho para elaborar proposta de alteração da PNASPI.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	1	03/10/2017	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	2	03/10/2017	Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	3	03/10/2017	Consolidação das normas sobre as redes.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	4	03/10/2017	Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	5	03/10/2017	Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	6	03/10/2017	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.	Vigente
MS/GM	Portaria	2.663	11/10/2017	Redefinir os critérios para o repasse do IAE-PI.	Vigente

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados indicam uma grande quantidade e diversidade de normas, que tratam de forma segregada o SUS e o Sasi, englobando diferentes temáticas. Isso dificulta para os cidadãos e autoridades públicas a compreensão

e a execução da política de saúde indígena, podendo comprometer a plena garantia do direito à saúde desses povos¹⁷.

Um dos reflexos da segregação das normas é a ausência dos povos indígenas e do Sasi nos

espaços de pactuação do SUS e, por consequência, nas suas legislações. A premissa da universalidade do acesso à saúde com integralidade e equidade, respeitando o relatório da VIII CNS, não foi suficiente para superar a fragmentação das ações do governo direcionadas aos povos originários, aqui evidenciada na

fragmentação normativa, das pactuações e das relações institucionais. A estrutura de gestão, participação e controle do SUS e do Sasi está representada no *quadro 2*, demonstrando as singularidades dos espaços de participação social e as ausências de espaços de pactuações no Sasi.

Quadro 2. Instituições e instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde e Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

	SUS						
	Nível Federal		Nível Estadual		Nível Regional		Nível Municipal
	Sasi				Sasi		
Gestão	Ministério da Saúde		Secretaria Estadual de Saúde		Secretaria Especial de Saúde Indígena		Secretaria Municipal de Saúde
		Secretaria Especial de Saúde Indígena			Distrito Sanitário Especial Indígena		
Instrumentos de Planejamento	Plano Nacional de Saúde	Plano Nacional de Saúde	Plano Estadual de Saúde		Plano Distrital de Saúde Indígena		Plano Municipal de Saúde
Participação Social	Conselho Nacional de Saúde	Fórum de Presidentes de Condisi Consultivo	Conselho Estadual de Saúde		Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi)	Conselho Local de Saúde Indígena	Conselho Municipal de Saúde
Instância de Pactuação	Comissão Intergestores Tripartite		Comissão Intergestores Bipartite		Comissão Intergestores Regional		
Órgãos de Controle	Ministério Público Federal Tribunal de Contas da União		Ministério Público Estadual Tribunal de Contas Estadual		Ministério Público Federal Tribunal de Contas da União Fundação Nacional do Índio		

Fonte: Elaboração própria.

A fragmentação sempre esteve presente na história da assistência prestada pelo Estado aos povos originários. Ela não ocorre apenas na prática diária dos profissionais, mas, também, na história de disputas e divisões da responsabilidade de gestão entre as instituições – Fundação Nacional do Índio (Funai), Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Sesai –, e permeia todo o arcabouço legal, marcado por uma grande quantidade de normas que segmentam seus conteúdos¹⁷.

No período de análise das legislações, identificam-se dois exemplos de esforço para

consolidar as normativas, transformando-as em documentos únicos. O primeiro foi a publicação da Portaria nº 2.048/2009, que ‘Aprova o Regulamento do SUS’, consolidando as normas já publicadas, incluindo as Portarias nº 70/2004, nº 399/2006, nº 2.656/2007 e nº 2.759/2007, relacionadas no *quadro 1*, e revogando-as individualmente. Essa consolidação não entrou em vigor. Permaneceu em vacância legislativa até 05 de março de 2013. Nesse período, foi publicada a Portaria nº 2.012/2012, que alterou a Portaria nº 2.656/2007, extinguindo o Incentivo de Atenção Básica aos

Povos Indígenas (IAB-PI), contudo, ao entrar em vigor, a Portaria nº 2.048/2009 não foi atualizada, trazendo novamente para a cena esse incentivo. O segundo exemplo trata da publicação de seis portarias de consolidação, em outubro de 2017, complexas e extensas, que revogam a Portaria nº 2.048/2009 e incorporam seu conteúdo.

Tais consolidações não superam a fragmentação das normas, pois não suplantam as diferenças de temporalidade e, tampouco, a lógica de constantes publicações normativas. Reforçam a dificuldade de compreensão e execução do sistema de saúde, podendo levar a uma descaracterização das políticas públicas específicas.

Importante considerar que políticas públicas estão em constante movimento e traçam uma trajetória única. Não são compostas por etapas lineares e claramente delimitadas, como: agenda, formulação, implementação e avaliação¹⁸. Analisando o conceito jurídico de política pública, Bucci¹⁹ a define como 'programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados'. Como explica a autora,

[...] trata-se de abordagem institucional do processo governamental, baseada em pressuposto da tradição institucionalista da ciência política, segundo a qual as decisões e preferências são influenciadas ou distorcidas por regras e procedimentos. Uma vez que os processos contribuem para moldar as decisões, cabe trazê-los a lume de modo racional, compreendendo as formas pelas quais os próprios processos e seus pressupostos de formação tornam-se objeto de decisão, conscientemente informada de suas injunções políticas¹⁹⁽¹¹⁰⁻¹¹¹⁾.

Para além da diversidade e da fragmentação das normas, a falta de definição clara, nessas legislações, dos papéis de cada instituição, confere maior complexidade à integralidade e à equidade em saúde, o que deveria ser garantido pelo Sasi. Dessa forma, a assistência à população indígena encontra-se fragilizada e

à mercê das compreensões e ações individuais de cada gestor ao organizar a referência para a atenção especializada de forma distinta no território nacional. A indígena Tremembé (CE), em sua narrativa, nos faz refletir que a garantia da integralidade depende da posição política dos gestores com relação aos direitos indígenas:

Cada município é uma realidade diferente. Dos 184 municípios que tem no Ceará, que 18 tem indígenas. Se desses 18 tiver 5 que apoia o movimento indígena, é muito. Não apoia! E aí, por conta disso, dificulta mais as coisas, porque hoje a atenção básica ela funciona por conta das equipes que a gente tem pelo subsistema. Mas, se for ver pela questão da Média e Alta Complexidade, que já não é mais responsabilidade em si da Sesi... aí, acaba tudo!

A PNASPI destaca a rede de serviços de AB de saúde dentro das áreas indígenas sob gestão federal e estabelece estados e municípios como responsáveis pela complementariedade da assistência. O texto explicita a necessidade de garantir universalidade do acesso, integralidade da atenção à saúde com equidade. Aponta, ainda, para a diversidade de contextos na saúde indígena e para a importância de uma atenção diferenciada. Cecílio²⁰ discute que esses princípios do SUS se constituem como um conceito tríplice na busca da saúde como um direito. O autor destaca que lutar por equidade e integralidade perpassa repensar a organização do processo de trabalho, a gestão e o planejamento e, nesse sentido, produzir novos saberes e práticas. Reconhece que esse processo é dependente, também, da escuta de cada profissional, para dar conta da integralidade ampliada e de contemplar a totalidade das demandas do usuário por uma melhor condição de vida, garantindo a potencialidade máxima de cada serviço de responder a todas elas²⁰. Dessa forma, pode-se reforçar a importância da atenção diferenciada com processos de trabalhos distintos, que devem ser construídos conjuntamente com os povos indígenas em cada território.

A gestão federal e o desafio da atenção diferenciada direcionada aos povos indígenas, que agrega a esta discussão a necessidade do compartilhamento das práticas tradicionais de cuidado em saúde, configuram um cenário único na implementação dessa política. A gestão federal, objeto de reivindicação nas CNSI e na IX CNS, é garantida na lei que institui o Sasi e foi reforçada nas Diretrizes da Gestão da PNASPI, Portaria nº 70/2004. O Artigo 8º, ao tratar conjuntamente estados, municípios, instituições governamentais e não governamentais como complementares, devendo suas atribuições ser definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena, mas sem especificá-las, fragiliza o papel institucional dos entes gestores do SUS. Isso reflete diretamente na ausência de discussão sobre os processos de trabalho nos espaços de gestão e atenção à saúde do SUS, o que interfere negativamente na garantia da assistência integral aos povos originários²⁰.

Cabe ao gestor federal regulamentar a atuação complementar de estados e municípios na execução das ações de saúde aos povos indígenas, bem como as formas de acesso a essas ações. O não estabelecimento dos papéis de cada esfera de governo e suas inter-relações resultam na persistência, ao longo dos anos, da ausência de pactuação concreta e efetiva e, principalmente, em um descompromisso da maioria das gestões estaduais e municipais com a garantia de uma atenção diferenciada aos povos indígenas²¹.

Por outro lado, as ações centralizadas muitas vezes ocorrem, deixando os gestores municipais à margem do processo de gestão de aldeias que compõem o território municipal, como relatado pelo Gestor Municipal 1:

Um dia a secretária me liga. Ela tinha uma equipe do município que cuidava da saúde indígena, que ela que contratou. Chega lá um dia uma pessoa de uma OSS [Organização Social de Saúde] dizendo que eles iam assumir. Aí ela estranhou! Ela disse pra ele: '- Como? Eu sou responsável. Como é que você vai assumir?' [...] Aí, eu fui falar

com o Secretário da Saúde Indígena, e ele falou: '- Olha, é isso mesmo! Eles ganharam a licitação'. Eu pensei: 'Pô, mas... Não poderia ter conversado?'

Nesse sentido, reafirma-se a posição de Garnelo²¹ quanto ao abandono da noção de integralidade, a partir do momento que as ações se caracterizam mais pela fragmentação, com pouca interlocução com os demais órgãos e políticas sociais. Não contemplam questões fundamentais para a melhoria da condição de vida dos indígenas, como a segurança alimentar, articulação e valorização das medicinas indígenas, bem como a demarcação de terras.

A integralidade representa a expectativa de um sistema de saúde que rompa com a fragmentação da assistência. Mattos, na discussão sobre a prática da integralidade, aponta três campos de sentido: acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde; articulação entre assistência e prevenção; e uma compreensão ampliada da necessidade de ações de serviços de saúde²². Para além da integralidade, a descentralização é um princípio fundamental para a discussão da política de saúde. A descentralização caminha junto com a discussão do federalismo brasileiro. Arretche²³⁽¹⁵¹⁾ define três dimensões da descentralização: política, fiscal e de competências. E afirma que a “descentralização fiscal e de competências não equivale à descentralização da autoridade decisória sobre a execução fiscal ou a provisão de políticas”.

A falta de diálogo identificada entre as legislações que trazem as diretrizes e regulamentações do SUS com as legislações que tratam do Sasi reforça a necessidade de uma pactuação eficiente entre as três esferas de governo. A centralização da gestão no âmbito federal se contrapõe à diretriz constitucional de descentralização do SUS⁷, que visa a aproximar a gestão do sistema à realidade das pessoas, entrando em conflito com o processo de municipalização do SUS²⁴.

A garantia da integralidade no Sasi depende das redes municipal e estadual, conforme destacado por Garnelo²¹, o que reforça a necessidade de pactuações interfederativas. O Indigenista 2

aponta essas relações como um grande gargalo que compromete a assistência à saúde:

Olha, o problema que existe, principal, é um grande vazio de pactuação. Primeiro porque o subsistema de saúde indígena é de atenção primária, que tem uma resolutividade muito baixa, de um modo geral. Então, não tem como prescindir da rede municipal e da rede estadual.

A descentralização do Sasi com a organização dos territórios do DSEI, que ultrapassam os limites de municípios e estados, é uma das principais justificativas para a centralização da gestão no âmbito federal, reforçada pelos constantes conflitos, inclusive com governos estaduais e municipais, nos processos de demarcações de terras indígenas¹⁴. A entrevista com o Gestor Federal 1 reforça a importância desse território e o aponta como determinante nos avanços da saúde indígena:

A unidade territorial na saúde indígena ultrapassa as fronteiras municipais, muitas vezes os limites e divisas estaduais, conforma um território geográfico cultural muito específico que o município e o estado não dão conta. Então, essa ideia do distrito sanitário, com a responsabilidade federal sobre eles, acho que isso se consolidou, é decisivo. Eu acho que se o Ministério tivesse adotado uma política diferente dessa, a maior parte dos avanços que nós tivemos não teria sido obtido.

Essas instâncias regionais foram reivindicadas no relatório da II CNSI e foram estruturadas em função da diversidade de características de contato, culturais e de organizações políticas, sem preocupação em respeitar os limites entre municípios e estados, como destacou o Gestor Federal 1. Esse processo de distritalização foi se desenvolvendo com grande heterogeneidade de uma área para outra do País²⁵. Contudo, a autonomia orçamentária e financeira prevista para os DSEI na CNSI, em 1993, começou a ser implantada em 2010, após a criação da Sesai¹⁰, com a publicação da Portaria nº 475/2010.

Esse território tem a potência de impactar a integralidade ao configurar um espaço de governança estruturado no propósito de uma atenção diferenciada. Porém, a análise da legislação demonstra que essa descentralização da gestão e da execução das ações do Sasi não é uma discussão superada na gestão federal. A Portaria nº 1.907/2016 retirou dos DSEI a autonomia orçamentária, o que resultou em grande mobilização dos povos indígenas que ocuparam o MS²⁶. O MS, em resposta ao movimento #OcupaSesai, publicou a Portaria nº 2.141/2016, que foi revogada pela Portaria nº 2.606/2016.

A entrevista com Gestor Municipal 1, em contraponto ao Gestor Federal 1, questiona essa lógica de gestão com a justificativa de que o MS não consegue dar conta das suas atribuições e que os indígenas residem nos territórios dos municípios:

[...] a população continua morando no município; então, criou-se uma situação meio difícil. E, assim, o Ministério também não tem condições. Então criou os DSEI, que também não dá muito conta, e o DSEI também não se articula muito com os municípios.

A análise da legislação demonstra que, no processo de implementação do SUS, foram elaboradas e divulgadas diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs), sendo a NOB 01/93 a que trata da consolidação do poder municipal na gestão e execução das ações de saúde, com apoio técnico e financeiro dos poderes estaduais e federal, que são corresponsáveis por essa assistência. Para isso, trouxe as instâncias de pactuações estaduais, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que são compostas paritariamente pelo poder estadual e por representantes dos poderes municipais; e a instância Nacional, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta paritariamente por representantes dos poderes federal, estaduais e municipais, conforme apresentadas no quadro 2. Essas instâncias são responsáveis por, em consenso, pactuar a organização da assistência à saúde nas suas regiões²⁷.

O processo de criação de regiões de saúde, como uma estratégia de regionalização, foi discutido na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) em 2001 e retomado em 2006 pelo Pacto pela Saúde. As diretrizes desse pacto reafirmam a sua importância e de instrumentos de planejamento e programação, além de instituir os Colegiados de Gestão Regional (CGR)²⁸. Assim, explícita a necessidade de pactuações e articulação das diversas esferas de gestão. Considerada um avanço na implementação do SUS, essa normativa trouxe destaque para diferentes áreas e grupos populacionais, entretanto, mesmo com um número acumulado de publicações de normas referentes ao Sasi, incluindo a PNASPI, a análise dos resultados demonstra que a saúde indígena permaneceu invisibilizada.

O Decreto nº 7.508/2011 instituiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR), que substituem os CGR, com atribuições semelhantes à CIB no seu território de governabilidade. O artigo 32 desse Decreto estabelece que essas CIRs pactuarão sobre a assistência na região. Mesmo o Decreto reconhecendo o direito dos indígenas a regimentos de acesso diferenciados, reforçando a importância da regionalização para a organização dos SUS, a relação Interfederativa nas CIR, CIB e CIT, e estabelecendo que o Contrato Organizativo de Ações Públicas, instrumento de formalização da pactuação regional, fosse assinado pelos três entes federados, não trata sobre a participação do gestor federal ou de representantes dos DSEI nas CIR e CIB.

A importância da participação da gestão da saúde indígena nas instâncias formais de pactuação do SUS foi objeto de discussão, como destacaram alguns entrevistados, e culminou na assinatura, em plenária da V CNSI, em 2013, da Resolução CIT 10/2013, que autoriza a participação de representantes da gestão do Sasi como convidados nas reuniões de CIR e CIB. A inserção dos representantes do Sasi nessas instâncias de

pactuação traz reflexões, em alguns locais, quanto à presença do terceiro ente federado e, em outros, quanto à falta do poder concreto de fala e de voto nas deliberações.

As entrevistas retrataram a ausência dessa discussão nas instâncias de pactuação, o que resulta, associado à falta de clareza dos papéis institucionais, em grande fragilidade da relação interfederativa nessa política, como demonstra a entrevista do Gestor Municipal 1:

A CIR, então, o DSEI tem que participar. No Norte, além da Secretaria Estadual de Saúde, que coordena junto com os municípios e os representantes dos gestores municipais, tinham que participar os DSEI também. [...] mas não é como convidado. Isso já foi um erro, ele é participante mesmo. Porque ele é responsável pela Constituição, e eu não posso! Se sou gestor municipal, eu não posso interferir se eu não for solicitado.

Porém, o Gestor Municipal 2 entende que essa presença seria positiva, mas ressalta a importância de construir uma relação com o município que possui aldeia, e não diretamente com a CIR:

Agora, veja, acho que tem um passo anterior. Do jeito que nós estamos estruturados, o passo anterior é construir essa ponte no próprio município. Acho difícil construir essa ponte na CIR sem que você tenha construído previamente no município. Eu diria mais! Eu acho que deveria ser uma demanda, inclusive, do próprio município, o município [...]. Porque, veja, eu acho que fica muito exótico você chegar na CIR sem ter essa ponte prévia com o município. Eu acho que fica esquisito, entendeu?

A CIR e a CIB deveriam ser espaços onde essa discussão do papel de cada instância de gestão também estivesse colocada, mas a garantia de participação de representantes da saúde indígena, apenas a partir de 2013, faz com que essas instâncias, de forma geral, estejam distantes dessa discussão, conforme é reconhecido na fala do Gestor Estadual 1 ao referir-se à CIB:

Nós não temos feito nenhum debate organizado nesse tema, e nas Secretarias Estaduais isso acaba acontecendo de uma maneira diferenciada a partir da realidade de cada secretaria e como cada secretaria se relaciona com o Cosems [Conselho de Secretarias Municipais de Saúde] e com as representações da Sesai.

A falta de participação nessas instâncias de pactuação faz emergirem questões quanto à autonomia de gestão política dos DSEI nos territórios e à especialização e à operacionalização das pautas dessas instâncias, que muitas vezes não dialogam com as necessidades dos territórios indígenas.

É importante destacar que gestores federais também compreendem a falta de discussão da saúde indígena nos espaços de pactuação, com uma percepção de um problema estrutural da organização do SUS, principalmente no que se refere à estrutura do financiamento. Refletem sobre a articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que ganham repercussão na discussão de propostas de incentivos financeiros, mas de forma muito isolada quando se pretende discutir a produção de saúde de grupos populacionais que não são comuns a todos os municípios, como chama atenção o Gestor Federal 2:

[...] toda vez que envolve populações vulneráveis onde a agenda não é comum, é muito difícil produzir na lógica de organização dos Secretários Municipais de Saúde um processo de discussão, de construção de proposta, de enfrentamento de interesses do Estado, do Ministério da Saúde e tal, pra poder colocar essa agenda de maneira mais forte.

As entrevistas apontaram que há distintos motivos entre indígenas e gestores que interferem nessas pactuações. O poder garantido ao ente que é responsável pela execução do recurso, considerando se tratar de uma quantia financeira significativa de grande capilaridade

no território brasileiro federal, é um ponto importante para os gestores. Além disso, há atravessamentos políticos no cotidiano dos territórios indígenas que levam a um distanciamento de estados e municípios. Isso faz com que a gestão do subsistema ganhe destaque para além da discussão do cuidado com a saúde, como afirma o Indigenista 2:

Então, essa ausência de debate, de diálogo com os municípios, ela é muito mais prejudicial do que protetiva, e as razões são completamente distintas. Os índios não querem os diálogos, muitas vezes por razões políticas, mas o governo federal não quer o diálogo por outras razões, porque quer centralizar os recursos e deliberar sozinho. E ficar, digamos assim, fora de um certo controle que Cosems e Conasems fazem a respeito da gestão dos recursos.

Nesse processo, várias iniciativas de maneira desarticulada ocorreram em todos os âmbitos. A análise das legislações apontou que, entre 2015 e 2017, foram publicadas quatro portarias compondo o Grupo de Trabalho (GT) para discussão e revisão da PNASPI – todas encontravam-se vigentes em maio de 2018 no banco de dados Saúde Legis. Conass e Conasems estavam ausentes e foram incluídas na primeira republicação. Da mesma forma, a elaboração da Nota Técnica 04 pelo Conass, em 2014, denominada ‘A integração da saúde indígena no SUS: uma proposta da gestão estadual’, sem atuação da Sesai ou de representantes do movimento indígena, foi criticada²⁹.

As ausências dos povos indígenas e seus modos de vida estão marcadas na legislação. Essas normativas, que não possibilitam a execução de uma política pública nos diferenciados contextos do País, retratam uma legislação que não promove a justiça social. Garantir acesso universal, integralidade do cuidado e equidade vai muito além da publicação de políticas afirmativas. Demanda uma ação ativa do Estado, que deve dialogar com a população. Faz-se necessário proatividade de todas as esferas de gestão na garantia do direito constitucional de todo cidadão à saúde, que só

ocorrerá com as superações de macrodisputas colocadas, como a demarcação de terras, o colonialismo interno, que é estrutural no Estado brasileiro, bem como a municipalização da gestão do Sasi.

A garantia de visibilidade e existência dos povos indígenas na política de saúde não é conquistada automaticamente pela criação do Sasi e aprovação da PNASPI. É preciso enfrentar a supremacia da biomedicina, do modo de vida capitalista e a fragmentação estatal para preservar o direito à saúde. Assim, é preciso efetivar essa política, garantindo a existência de espaços vivos de participação que permitam a discussão do pluralismo médico existente no território para a construção da atenção diferenciada, respeitando os modos de vida dos mais de 300 povos, como destaca a entrevista de Guajajara (MA):

Porque existe uma Política Nacional de Saúde e existe a Política Diferenciada para trabalhar com a gente, mas esta política está muito no papel. A implementação requer um olhar nosso, uma fala nossa, um costume nosso, tá entendendo? Um respeito maior nosso. Eu vejo que é o que falta.

Considerações finais

A partir da CF, a consolidação do SUS e a conquista de uma assistência à saúde para os povos indígenas não caminharam, necessariamente, lado a lado. Com legislações específicas, os processos trilhados pelo Sasi parecem sempre correr atrás das diretrizes específicas do SUS em busca de reconhecimento, como na discussão da participação de representantes da saúde indígena em CIR e CIB. É importante ressaltar que SUS e Sasi não são sistemas de saúde distintos. O Sasi compõe o SUS, com um papel específico e diferenciado. Entretanto, a generalidade do SUS nem sempre abriu espaço para as especificidades do Sasi.

Os resultados apontam para uma importante fragilidade no que se refere à organização normativa da saúde indígena no Brasil, como:

a não objetividade das responsabilizações institucionais e a falta de discussão quanto à participação nos espaços de pactuação. Pode-se constatar que poucos foram os avanços após a publicação da PNASPI no âmbito da regulamentação do subsistema.

Nesse contexto de vulnerabilidade jurídica e social, os mais de 300 povos indígenas do território brasileiro vêm sofrendo sucessivas tentativas de retrocessos no que se refere à garantia dos seus direitos constitucionais. Exemplos disso são as tentativas de alterar a gestão do Sasi, com a retirada da autonomia orçamentária dos DSEI e o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 215/2000, que tramita no Congresso e altera o processo de demarcação das terras indígenas, transferindo essa responsabilidade para o Congresso Federal.

É importante ressaltar a especificidade da saúde indígena no que tange à sua organização territorial e assistencial. O respeito às deliberações das CNSI e IX CNS, que indicam a gestão direta do Sasi pelo governo federal, deve ser garantido. Do mesmo modo, a territorialização dos DSEI precisa ser soberana com relação aos processos de municipalização, cabendo aos entes federados a superação dos desafios colocados na articulação interfederativa, contribuindo para a integralidade no SUS.

Garantir aos povos indígenas o direito à saúde, respeitando-se os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade, é uma tarefa que exige, ainda, a superação de muitos desafios e a definição de avanços e compromissos claros e objetivos por parte dos entes federativos.

Superar os paradoxos do SUS e do Sasi de maneira responsável e compartilhada entre gestores e indígenas requer ousadia e determinação na produção de políticas públicas de direito à saúde. Exige, principalmente, a compreensão de que terra é saúde, e, portanto, a discussão da demarcação de terras não pode estar apartada desse processo político. Este artigo abordou um dos pontos que compõem esse complexo universo,

desvelando e analisando de forma sistemática o arcabouço jurídico-institucional do Estado brasileiro para a garantia do direito à saúde dos povos originários, como um ponto de partida para análises e debates que contribuam para a efetivação da política de saúde.

Colaboradores

Scalco N (0000-0001-6374-8145)*, Aith F (0000-0003-1971-9130)* e Louvison M (0000-0003-1630-3463)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos Especiais: O Brasil Indígena – Língua falada [internet]. Brasília, DF: IBGE; [acesso em 2017 abr 23]. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/lingua-falada>.
2. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
3. Garnelo L. O SUS e a Saúde Indígenas: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadoras. Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 107-144.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena [internet]. Brasília, DF: MS; 1986 [acesso em 2014 abr 25]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas [internet]. Luziânia: MS; 1993 [acesso em 2014 abr 25]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/2cnsi.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
7. Abrucio FL, Franzese C. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: Araújo MF, Beira L, organizadores. Tópicos de economia paulista para gestores públicos. São Paulo: Fundap; 2007. p. 13-31.
8. Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Dez 1990.
9. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: MS; Funasa; 2002.
10. Cardoso MD. Políticas de saúde no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadoras. Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina. Florianópolis: UFSC; 2015. p. 83-106.
11. Santos BS. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde Soc.* 2017; 26(1):115-128.
13. Santos BS, Chauí M. *Direitos humanos, democracia e desenvolvimento.* São Paulo: Cortez; 2013.
14. Tauli-Corpuz V. Relatório da missão ao Brasil da Relatora Especial sobre os direitos dos povos indígenas [internet]. Genebra: Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas; 2016 [acesso em 2018 fev 18]. Disponível em: <http://unsr.vtaulicorpuz.org/site/images/docs/country/2016-brazil-a-hrc-33-42-add-1-portugues.pdf>.
15. União das Nações Indígenas. Os povos indígenas e o direito à saúde. *Saúde debate.* 1988; (nº especial):8-9.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
17. Aith F. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. *Rev. direito sanit.* 2008; 9(3):115-132.
18. Rezende M, Baptista TWF. A Análise da Política proposta por Ball. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde.* Porto Alegre: Rede UNIDA; 2011. p. 173-180.
19. Bucci MPD. *Fundamentos para uma Teoria Jurídica de Políticas Públicas.* São Paulo: Saraiva; 2013.
20. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; 2001. p. 113-126.
21. Garnelo L. *Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004* [internet]. Porto Velho: Cesir/UFRR; 2004 [acesso em 2018 dez 13]. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>.
22. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(5):1411-1416.
23. Arretche M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil.* Rio de Janeiro: FGV; Fiocruz; 2012.
24. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2004; 13(1):15-24.
25. Athias R, Machado MA. Saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(2):425-431.
26. *Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. Mobilização Nacional Indígena.* Brasília [internet]. Brasília, DF: Apib; 2016 [acesso em 2018 set 9]. Disponível em: <https://mobilizaconacionalindigena.wordpress.com/2016/10/>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. *Diário Oficial da União.* 24 Maio 1993.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União.* 23 Fev 2006.
29. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica 04 [internet]. Brasília, DF: Conass; 2014 [acesso em 2018 nov 18]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2014/04/NT-04-2014-SAU%CC%81DE-INDIGENA.pdf>.

Recebido em 07/11/2019

Aprovado em 06/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Código de Financiamento 001

Resistência a Antimicrobianos: a formulação da resposta no âmbito da saúde global

Antimicrobial Resistance: formulation of the response in the global health context

Rafael Almeida da Silva¹, Beatriz Nascimento Lins de Oliveira¹, Luiza Pinheiro Alves da Silva², Maria Auxiliadora Oliveira¹, Gabriela Costa Chaves¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012602

RESUMO A Resistência a Antimicrobianos (AMR) tem se revelado como um dos maiores problemas para a saúde pública no nível global. O objetivo deste artigo foi analisar a formulação da resposta à AMR negociada no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) por seus Estados-Membros. Foram analisados os relatórios e resoluções produzidos na Assembleia Mundial da Saúde no período de 1998 a 2019. Os achados indicam que, a partir de 2014, foram estabelecidas condições de possibilidade para a aprovação do Plano de Ação Global em AMR de forma mais robusta, abrangendo o conceito de Saúde Única e envolvendo outras instâncias internacionais (FAO, OIE, OMC e PNUMA). A análise dos conteúdos e o uso de diferentes referenciais analíticos, considerando dois setores econômicos – agropecuária e indústria farmacêutica –, mostraram-se relevantes para ilustrar a complexidade da temática, reforçando sua relevância global, reconhecendo a dimensão do uso de antibióticos em animais e as lacunas em inovação tecnológica. Como a OMS, além de ser um importante agente mobilizador para a resposta à AMR no nível global, tem garantido orçamento para ações nessa área mesmo em um contexto de desfinanciamento, conclui-se que a perspectiva da saúde pública deve prevalecer na resposta à AMR.

PALAVRAS-CHAVE Saúde global. Resistência microbiana a medicamentos. Saúde Única. Indústria agropecuária. Produção de droga sem interesse comercial.

ABSTRACT *Antimicrobial Resistance (AMR) has proved to be a major public health problem at the global level. This paper examined the formulation of the response to AMR negotiated through the World Health Organization (WHO) by its Member States. Related WHO reports and resolutions from 1998 to 2019 were analysed. The findings indicate that, from 2014 on, more robust conditions were established for approval of a Global Action Plan on AMR, encompassing the concept of One Health and involving other international entities (FAO, OIE, WTO and Unep). Content analysis and various analytical frameworks, considering two economic sectors (the livestock and pharmaceutical industries), proved relevant to illustrating the complexity of the issue, reinforcing its global importance and acknowledging the extent of antibiotic use in animals and the gaps in technological innovation. As the WHO is not only an important agent for mobilizing the response to AMR at the global level, but – despite a context of de-funding – has guaranteed a budget for action in this area, it is concluded that the public health perspective should prevail in the response to AMR.*

KEYWORDS *Global health. Drug resistance, microbial. One Health. Livestock industry. Orphan drug production.*

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

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

A Resistência a Antimicrobianos (doravante, AMR, da sigla em inglês) é atualmente considerada um dos maiores problemas para a saúde pública global. Estima-se que aproximadamente quatro milhões de pessoas adquiram, anualmente, infecções associadas a cuidados de saúde na União Europeia (UE), e que cerca de 37.000 indivíduos morrem em decorrência de infecções resistentes adquiridas em ambientes hospitalares. A maioria dessas mortes (67,6%) é provocada por bactérias multirresistentes a antibióticos¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de AMR refere-se à capacidade de microrganismos (bactérias, fungos, vírus e parasitas) se alterarem quando expostos a antimicrobianos e de resistirem a esses medicamentos, tornando-os inefetivos². Entretanto, muitas vezes o termo em questão é exemplificado pelo caso dos antibióticos utilizados em infecções bacterianas.

A AMR ocorre devido à interação natural entre microrganismos no meio ambiente³, mas o aumento de sua incidência pode ser decorrente de uma série de fatores, tais como o alto consumo de antimicrobianos e seu uso inadequado; a falta de informação da população; a utilização excessiva de antimicrobianos na agropecuária; e a poluição do meio ambiente causada pelo despejo de resíduos de medicamentos no solo ou na água. O problema é agravado pela ausência ou insuficiência de regulação; falta de fiscalização do consumo de antimicrobianos por parte de instituições governamentais; e pela falta de antimicrobianos inovadores decorrente do baixo investimento em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D)⁴⁻⁹.

O uso inadequado e excessivo de antimicrobianos na agropecuária contribui para o aumento da incidência da AMR em humanos. Esses medicamentos são utilizados na produção animal com o propósito de tratar e prevenir infecções, bem como para promover o crescimento animal, promovendo pressão seletiva nos microrganismos e tornando-os resistentes. A transmissão para humanos pode ocorrer de

forma direta, mediante contato, ou indireta, no consumo do alimento e pela poluição provocada pelos resíduos biológicos agrícolas⁷.

Apesar da gravidade da AMR, foram raros os novos antibióticos desenvolvidos nos últimos 40 anos. Os incentivos tradicionais de mercado não foram e dificilmente serão capazes de resolver essa lacuna de inovação, especialmente num contexto de restrição de uso desses medicamentos¹⁰.

No nível internacional, em 2015, os países-membros da OMS adotaram o Plano de Ação Global sobre a AMR (Resolução WHA68.7) na Assembleia Mundial da Saúde (AMS)¹¹. Esse Plano foi baseado no conceito Saúde Única (*One Health*, em inglês), que pressupõe a relação entre saúde humana, animal e ambiental e propõe uma integração entre as diferentes áreas do conhecimento para solucionar os problemas de saúde^{12,13}.

Dada a complexidade e a multicausalidade da AMR, as respostas para seu enfrentamento envolvem redes de regulação em várias etapas da cadeia produtiva, utilização e comercialização de antimicrobianos, com implicações para vários setores econômicos, tais como a agropecuária e a indústria farmacêutica. Considerando as múltiplas dimensões que a resposta à AMR requer, assim como os diferentes atores da sociedade e da economia diretamente envolvidos e afetados, o objetivo deste artigo é analisar a formulação da resposta à AMR negociada no âmbito da OMS por seus Estados-Membros. Parte-se do pressuposto de que, ao longo dos anos, houve uma ampliação das frentes de atuação consideradas relevantes para o enfrentamento da AMR, incluindo a necessidade de envolvimento de outros atores e instâncias multilaterais.

Metodologia

Esta pesquisa se insere no campo da análise de políticas porque reconhece o papel da formulação de propostas numa arena multilateral como a OMS. Pertencente ao sistema ONU

(Organização das Nações Unidas), a OMS é caracterizada por ser *member-driven*, ou seja, dirigida pelas decisões dos seus Estados-Membros. Por meio da negociação e aprovação de resoluções na AMS, os Estados-Membros estabelecem mandatos de trabalho à própria OMS e acordam orientações para os próprios países com relação aos diferentes temas negociados¹⁴. Apesar de as resoluções aprovadas na AMS não terem caráter vinculante, elas têm o potencial de nortear políticas, planos ou programas no nível nacional.

Os relatórios e as resoluções aprovadas são importantes fontes para análise dos principais argumentos acordados entre os países sobre o tema da AMR. Considera-se, portanto, que esses argumentos representam em si formulações de respostas à AMR que, por sua vez, podem influenciar a formulação de respostas nos níveis nacionais. Além dos relatórios e das resoluções, também foram analisados outros documentos (*quadro 1*), como orçamentos da OMS, abrangendo o período de 1998 a 2019 (22 anos).

Quadro 1. Lista de documentos analisados

Ano	Documentos
1998	Relatório A51/9 ¹⁵ Resolução WHA51.17 ¹⁶ Relatório Financeiro e Declarações Auditadas do período entre 1998-1999 ¹⁷
2001	Estratégia Global para contenção de AMR - WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2 ¹⁸ Relatório Financeiro e Declarações Auditadas do período entre 2000-2001 ¹⁹
2005	Relatório A58/14 ²⁰ Resolução WHA58.27 ²¹ Relatório Financeiro e Declarações Auditadas do período entre 2002-2003 ²² Relatório de avaliação de desempenho: Orçamento do programa 2004-2005 ²³
2014	Relatório A67/39 ²⁴ Resolução WHA67.25 ²⁵ Plano de ação Global (draft) A67/39 Add.9 ²⁶ Relatório de avaliação de desempenho: Orçamento do programa 2006-2007 ²⁷ Relatório de avaliação de desempenho: Orçamento do programa 2008-2009 ²⁸ Relatório de avaliação de desempenho: Orçamento do programa 2010-2011 ²⁹ Relatório de avaliação de desempenho: Orçamento do programa 2012-2013 ³⁰ Relatório de avaliação de desempenho: Orçamento do programa 2014-2015 ³¹
2015	Relatório A68/19; A68/20 ³² Resolução WHA68.7 ³³ Plano de ação Global (draft) A68/20 e A68/20 Add.1 ¹¹
2016	Relatório A69/24 ³⁴ Plano de ação Global - <i>Stewardship Framework</i> - relatório do secretariado A69/24 Add.1 ³⁵ Painel de alto nível sobre resistência a antimicrobianos (ONU) ³⁶ Relatório de Resultados da OMS: Orçamento do programa 2016-2017 ³⁷
2017	Relatório A70/12 ³⁸ Diretrizes sobre o uso de antimicrobianos na produção de alimentos de origem animal ³⁹
2018	Memorandum de entendimento entre FAO/OIE/OMS/Unep ⁴⁰ Relatório de Resultados da OMS: Orçamento do programa 2018-2019 ⁴¹
2019	Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health-related issues ⁴² Resolution and decisions of Seventy-Second World Health Assembly. Antimicrobial resistance ⁴³ Relatório da Secretária Geral das Nações Unidas ⁴⁴ : 'No time to wait: Securing the future from drug-resistant infections'

Fonte: Elaboração própria. Documentos disponíveis em: <https://www.who.int/>.

O estudo utilizou uma triangulação de múltiplos referenciais teóricos. Adotou-se o conceito de ciclo das políticas públicas, proposto por Howlett e Ramesh (2009) (apud Mattos et al.)⁴⁵, envolvendo cinco fases distintas, quais sejam: montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação da política. Embora esteja relacionado com as políticas públicas no nível nacional, considera-se que algumas de suas fases – formulação e implementação – possam ser úteis para analisar o papel de um processo internacional e, posteriormente, sua influência

na formulação de políticas no âmbito nacional. Assim, considera-se que este estudo é um esforço de reconhecimento da dimensão internacional na formulação de políticas públicas no nível nacional.

Considerou-se a proposta de governança da saúde global, descrita por Frenk & Moon⁴⁶, para analisar a arquitetura estabelecida no processo conduzido na OMS na temática em questão. A análise da dimensão institucional desenvolvida por Sell⁴⁷ também se mostrou relevante para avaliar questões da governança global (*quadro 2*).

Quadro 2. A dimensão institucional proposta por Sell e as funções do sistema de saúde global propostas Frenk&Moon

Dimensão Institucional		
Escopo de instituições multilaterais (arenas políticas) que estabelecem leis vinculantes e não vinculantes, declarações e resoluções a respeito da saúde global ⁴⁷ .		
Sistema de Saúde Global		
Composto por grupo de atores que objetivam aprimorar a saúde global por meio do estabelecimento de regras em nível internacional. Parte do pressuposto de que nenhum país é capaz de enfrentar, sozinho, as ameaças em saúde de sua população. Sendo assim, acredita-se que é necessário desenvolver estratégias no nível internacional ⁴⁶ .		
Governança		
A forma pela qual o sistema da saúde global é gerenciado. É composta por mecanismos formais ou informais utilizados por atores governamentais e não governamentais para coordenar estratégias de resposta aos riscos à saúde da população mundial em fóruns multilaterais ⁴⁶ .		
Função	Descrição	Ferramenta
Mobilização da solidariedade global ⁴⁶	Comprometimento da comunidade global com a proteção de direitos de grupos minoritários. O objetivo é reduzir as desigualdades entre as nações no que diz respeito à distribuição dos problemas de saúde ⁴⁶	Apoio financeiro e técnico, capacitação profissional e assistência humanitária ⁴⁶
Gerenciamento de externalidades entre os países ⁴⁶	Algumas situações ocorridas em um país podem gerar efeitos em outros. Esta função propõe prevenir ou mitigar efeitos negativos promovidos à saúde no âmbito global ⁴⁶	Vigilância epidemiológica e compartilhamento de informações e coordenação para a preparação e resposta ⁴⁶
Produção de bens públicos globais ⁴⁶	Conhecimento compartilhado pela comunidade global ⁴⁶	Ferramentas de padronização internacional e orientações sobre melhores práticas. Ex: Classificação internacional de doenças e Lista de Medicamentos Essenciais ⁴⁶
<i>Stewardship</i> (Liderança e administração) ⁴⁶	Responsável por orientar estrategicamente todo o sistema de saúde global, de maneira que as outras funções essenciais mencionadas dependem dela para funcionarem adequadamente ⁴⁶	Subfunções A convocatória para negociação e construção de um consenso; estabelecimento de prioridades; determinação de regras para gerenciamento; avaliação dos atores e suas ações; e a defesa das causas da saúde em outras arenas políticas que possam influenciar as decisões tomadas na arena da saúde global ⁴⁶

Fonte: Elaboração própria, baseado em Frenkel e Moon⁴⁶ e Sell⁴⁷.

A análise dos documentos, baseada na proposta de Minayo et al.⁴⁸, considerou previamente três categorias (aspectos gerais sobre AMR, inovação farmacêutica e agropecuária). A partir da leitura dos documentos, as categorias foram reorganizadas para facilitar a interpretação e a síntese dos resultados. São elas: a formulação da resposta para o enfrentamento da AMR; a nova formulação da resposta à AMR e seus desdobramentos; e a governança e as funções do sistema de saúde global aplicadas ao caso da AMR.

Como a análise se baseou em documentos que foram resultantes de negociações, reconhece-se a limitação do estudo quanto à possibilidade de identificar tensões entre os países em aspectos sensíveis da temática ao longo dos processos de negociação. Considerou-se como ‘processo de formulação’ a evolução, ao longo

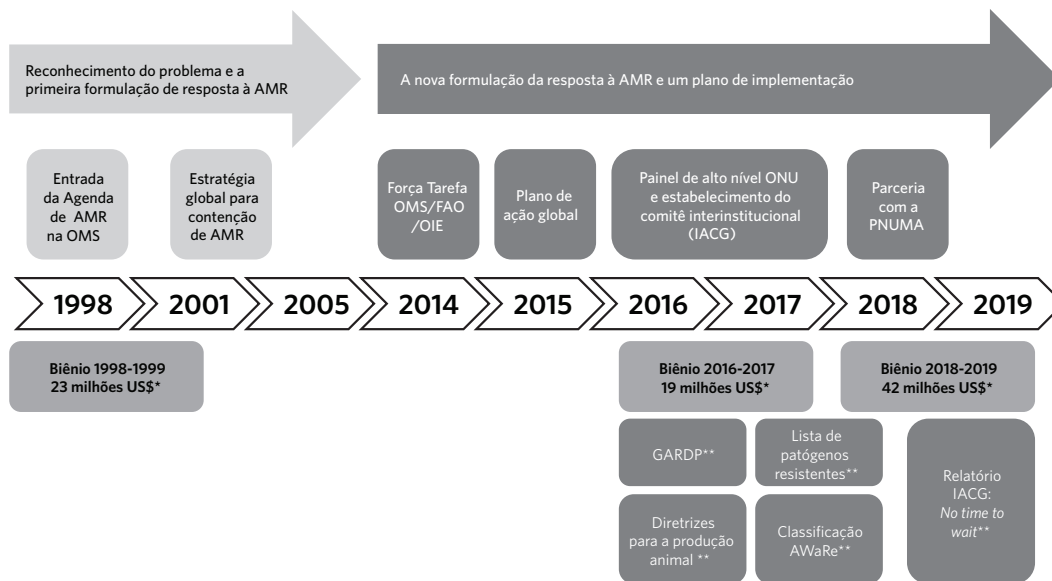
do tempo, de conteúdos incluídos na resposta à AMR, assim como o envolvimento de outras instituições multilaterais.

Resultados e discussão

A formulação da resposta para o enfrentamento da AMR

O período de 1998 a 2013 foi reconhecido como o de formulação da resposta para o enfrentamento da AMR no âmbito da OMS, quando o tema foi reconhecido como um problema de saúde pública e houve discussões sobre as ações a serem tomadas para lidar com o problema. Foi possível organizar o período em três fases distintas, descritas a seguir (*figura 1*).

Figura 1. Linha do tempo da formulação da resposta à AMR



Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos documentos.

*Orçamento Bienal.

**Resposta no nível internacional.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), Organização das Nações Unidas (ONU), Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA).

Parceria Global para Pesquisa e Desenvolvimento de Antibióticos (GARDP), Lista de antibióticos de acordo com o nível de resistência (Classificação AWaRe).

Período de 1998 a 2001: reconhecimento do problema e primeira formulação da resposta à AMR

A AMR aparece pela primeira vez na agenda da OMS em 1998, com a discussão de um Relatório¹⁵ que resultou na aprovação da Resolução (WHA 51.17)¹⁶ na AMS. No biênio 1998-1999, foi aprovado um orçamento específico para esse tema na organização de cerca US\$23 milhões¹⁷.

Essa resolução menciona que o uso de antimicrobianos em humanos ou animais, independentemente da quantidade ou finalidade de uso, promove pressão seletiva nas bactérias, tornando-as resistentes a tais medicamentos, o que favorece a disseminação da AMR¹⁶. Reconheceu-se que a responsabilidade pelo problema era da medicina humana e da medicina veterinária, pois os medicamentos também são utilizados na produção animal e na agricultura¹⁵. Recomendou-se que governos desenvolvessem estratégias para reduzir o consumo de antibióticos em seres humanos e na produção animal^{15,16}.

Uma das possíveis explicações para que o tema entrasse na agenda da OMS em 1998 foi o fato de que, naquele ano, a União Europeia (UE) passou por um processo de revisão de suas normas comunitárias referentes ao uso de antibióticos na produção animal⁴⁹. Segundo Castanon⁴⁹, a Suécia foi o primeiro país europeu a banir o uso de promotores de crescimento a base de antibióticos, e sua entrada na UE, em 1995, trouxe o tema ao debate naquele bloco. Ainda em 1995, Alemanha e Dinamarca baniram algumas classes terapêuticas de antibióticos de uso animal, ajudando a projetar o tema no âmbito do bloco. No final da década de 1990, normativas europeias foram alteradas para aumentar a restrição do uso de antibióticos como promotores de crescimento em animais⁴⁹.

Com relação aos aspectos relacionados à inovação, a Resolução afirma que o tratamento de infecções resistentes a antimicrobianos é dificultado pela falta de agentes efetivos para

alguns casos e pelos preços proibitivos dos antimicrobianos de nova geração¹⁵. Muitos países não eram capazes de arcar com o preço de medicamentos inovadores, e os antimicrobianos existentes eram prescritos de forma irracional. Entre as soluções propostas estava o fortalecimento das leis de patentes. Nessa resolução, não estão previstas recomendações aos países relacionadas à lacuna de inovação. Apenas recomenda-se que a OMS colabore com o compartilhamento de conhecimento entre o setor público, a academia e a indústria, e encoraje a promoção da P&D na área¹⁷.

Em 2001, a OMS publicou a Estratégia Global para contenção de AMR (WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2)¹⁸, apresentando um conjunto de intervenções para retardar o surgimento e reduzir a disseminação de microrganismos resistentes a antimicrobianos.

Quanto à produção animal, o documento abordou a relação entre o sistema de produção de alimentos e a disseminação de AMR. O aumento da população mundial gerou o crescimento da demanda por alimentos de origem animal, e, para suprir tal necessidade, houve uma transformação do modelo de produção animal para o modelo intensivo, criando um ambiente propício à disseminação de doenças infecciosas entre os animais, sendo, então, os antibióticos utilizados no tratamento, na prevenção de doenças e também na promoção do crescimento animal¹⁸.

A OMS reconheceu a existência da relação entre o uso de antibióticos em animais e AMR em humanos com base em evidências que relataram o aparecimento de cepas bacterianas resistentes a antibióticos em humanos após a introdução desses medicamentos na produção de alimentos de origem animal. Países como França, Alemanha, Irlanda, Países Baixos e Rússia relataram a diminuição de suscetibilidade de algumas cepas a antibióticos após a liberação de seu uso na produção animal¹⁸.

Reconhecendo que a AMR é um problema complexo e multifatorial, a proposta prevista no documento de 2001¹⁸ envolve uma estratégia intersetorial com a colaboração de

diversos setores da sociedade, como médicos; médicos veterinários; farmacêuticos e outros profissionais da saúde; produtores agropecuários; indústria farmacêutica; sociedade civil; governos e outros atores interessados¹⁸. Nesse documento, também foi proposta a adoção de legislações para controlar o consumo de antibióticos na produção animal, tais como a obrigatoriedade da prescrição veterinária para dispensação de antibióticos¹⁸.

Sobre os aspectos relacionados à inovação tecnológica, o documento de 2001 reafirma que o risco de inexistência de terapias efetivas nos próximos anos é causado por uma lacuna de inovação para antimicrobianos. Essa lacuna é justificada pela demorada e cara atividade de P&D e pelo fato de que as restrições no uso de novos medicamentos, indicados como última opção terapêutica, podem ter um impacto negativo nas vendas. O documento reconhece que as empresas devem recuperar seus gastos de P&D e lucrar com o produto. Deve-se, então, desenvolver novos antimicrobianos e vacinas para evitar o impacto futuro da resistência, mas são necessários incentivos à P&D privada nessa área¹⁸.

A Estratégia Global de 2001¹⁸ alerta para a existência de vieses em estudos de custo-efetividade, favorecendo novos agentes antimicrobianos, já que os antigos, não protegidos por patentes, não são atrativos, e existe uma carência de estudos sobre o custo ou o impacto clínico da AMR. Somado a isso, o acesso aos novos medicamentos é desigual, pois é limitado nos países menos desenvolvidos, sendo necessárias soluções para ambientes com escassez de recursos. O aumento da interação entre indústria, governo e academia é citado como uma possível solução nesse contexto¹⁸.

Propõe-se o estabelecimento de redes internacionais de pesquisa e de cooperação para proceder à harmonização de requisitos regulatórios. É citada especificamente a interação com a indústria, por meio de incentivos inovadores, para que ela invista na P&D de antimicrobianos. Algumas sugestões mencionadas são um *fast track* regulatório ou a aplicação de uma política semelhante à de doenças

órfãs; a cessão de exclusividade por tempo limitado; e a proteção patentária adequada. As intervenções de combate à AMR devem ser adotadas no nível global, atreladas ao conceito de “bens públicos globais em saúde”¹⁸, e devem ser coordenadas de modo a evitar duplicação de esforços. Sugere-se, também, o estabelecimento de uma base de dados internacional de financiadores de pesquisa na área, criando, assim, um ponto de entrada único de projetos, o desenvolvimento de novos programas e o fortalecimento dos existentes¹⁸.

PERÍODO DE 2002 A 2005: POUCA DISCUSSÃO SOBRE A TEMÁTICA

Entre os anos de 2002 e 2004, o tema da AMR não foi abordado nas AMS, provavelmente em função da aprovação da Estratégia Global, em 2001, e pela expectativa de que os Estados-Membros estivessem formulando seus próprios planos de ação. Em 2005, a AMR volta a ser mencionada na AMS, mas aspectos relacionados ao uso de antibióticos na agropecuária não foram discutidos^{20,21}.

Com relação à inovação, o Relatório (A58/14)²⁰ ressalta novamente o alto preço dos antimicrobianos quando lançados no mercado, e são apresentadas propostas de soluções ao problema, como a redução de preços pela indústria e o uso de alternativas genéricas. Todavia, a Resolução WHA58.27²¹, do mesmo ano, não apresenta ações relacionadas a esse aspecto.

A menção da concorrência com medicamentos genéricos para lidar com os preços altos indica uma modificação frente às soluções propostas nos documentos anteriores, que apontam para o reforço do sistema de propriedade intelectual. É provável que essa mudança de orientação reflita o processo, também em curso na OMS, no tema de saúde pública, inovação e propriedade intelectual desencadeado principalmente com a aprovação, em 2003, da Resolução (WHA56.27)⁵⁰ que estabeleceu a Comissão sobre Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (CIPIH)⁵⁰.

PERÍODO DE 2006 A 2013: POUCA VISIBILIDADE DA AMR NA AGENDA DA AMS

Durante o período de 2006 até 2013, pouco foi encontrado em termos de documentos acerca do tema AMR na OMS, ao passo que o tema da saúde pública, inovação e propriedade intelectual ganhou relevância entre 2003 a 2012, a partir dos desdobramentos do relatório da CIPIH⁵¹ (2006) e com a aprovação, em 2008, da Estratégia Global e Plano de Ação em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual⁵² e do relatório do Grupo de Trabalho Consultivo de Especialistas em P&D: Financiamento e Coordenação (CEWG), em 2012^{53,54}. Este buscava propostas de fontes novas e mecanismos inovadores de financiamento para estímulo à P&D para as necessidades em saúde que afetavam desproporcionalmente os países em desenvolvimento.

Durante os oito anos em que o tema da AMR não foi abordado de forma explícita nas AMS, foram observados avanços na implementação de uma estratégia global para AMR, tais como: o desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica integrada no continente Africano e em países da América Latina e a implementação de estratégias de enfrentamento do problema em regiões como o Mediterrâneo Oriental, o Sudeste Asiático, a UE e o Pacífico Ocidental⁵⁰.

Apesar da existência do Plano de Ação em AMR, aprovado em 2001, a OMS considerou que não houve uma aceitação ampla pelos países⁵⁰. Em 2014, dos 92 Estados-Membros presentes, somente 29 haviam desenvolvido estratégias nacionais de enfrentamento, entre os quais, 20% eram países em desenvolvimento. Sendo assim, em 2013, a Diretora-Geral da OMS estabeleceu um comitê consultivo estratégico e técnico sobre a AMR, que no mesmo ano realizou sua primeira reunião e concluiu que era necessário renovar e expandir a estratégia global para conter a AMR^{50,51}.

Reformulação da resposta à AMR e seus desdobramentos

PERÍODO DE 2014 A 2019: FORMULAÇÃO DA RESPOSTA À AMR E UM PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

Em 2014, o tema da AMR volta à agenda da OMS, com maior robustez e com a perspectiva de engajamento de outros atores globais, tendo sido aprovados o Relatório (A67/39)²⁴ e a Resolução (WHA67.25)²⁵.

Podem-se destacar duas mudanças propostas em 2014 com relação ao plano aprovado de 2001. A primeira foi a adoção do conceito Saúde Única como norteador da formulação do plano de ação global em AMR. Para a OMS, o conceito permite uma integração coerente, abrangente e integrada entre os níveis global, regional e nacional, envolvendo diferentes atores e setores: humano, veterinário, agrícola, ambiental e financeiro.

A segunda mudança foi o estabelecimento da força-tarefa global sobre AMR, baseada em uma colaboração tripartite entre a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) e a OMS^{24,25}.

Nesse contexto, a Diretora-Geral da OMS solicitou a elaboração do esboço de um Plano Global com o objetivo de auxiliar as decisões da Assembleia e assegurar que todos os países, especialmente aqueles em desenvolvimento, fossem capazes de responder à AMR^{24,25}. Esse documento foi, então, elaborado de forma colaborativa entre as três organizações mencionadas.

Aprovado em 2014, o esboço²⁶ apresentava as áreas prioritárias para ações em AMR, com metas e objetivos quantificáveis e planos para implementação, com definições de papéis e responsabilidades dos atores envolvidos. Também previa indicadores que permitissem que o progresso pudesse ser monitorado, mensurado e replicado.

Nos aspectos da inovação, o Relatório (A67/39)²⁴ de 2014 ampliou o escopo do

problema, ao incluir a ausência de inovação em diagnósticos. O relatório menciona o investimento insuficiente para P&D em tecnologias para AMR, sejam elas preventivas (vacinas), para tratamento (antimicrobianos) ou para diagnóstico. Ressalta a necessidade de incentivos para inovação na área, associados a novos modelos que apoiem a P&D no longo prazo e que sejam sustentáveis, e recomenda que a OMS trabalhe em parceria com a indústria. A Resolução daquele ano (WHA67.25)²⁵ cita a carência de desenvolvimento de novos agentes antimicrobianos, mencionando o relatório do CEWG e o Observatório de P&D. Recomenda aos países encorajarem novos modelos colaborativos e de financiamento à inovação. A necessidade de fomento à P&D e Inovação (PD&I) na área é citada tanto na recomendação aos países quanto no mandato da OMS²⁵.

A lacuna de inovação tecnológica é um ponto central nas discussões sobre AMR. A partir de 2003, a temática inovação e propriedade intelectual ganha relevância na OMS. Observa-se a inserção de argumentos e ações relacionados a esta questão de saúde pública nos documentos lançados a partir de 2014.

Em 2015, na 68ª AMS, reafirmou-se a importância da Tripartite (OMS/FAO/OIE) e mencionou-se o interesse em comum das instituições no enfrentamento da AMR³². Naquele ano, a Tripartite desenvolveu um novo Plano de Ação Global em AMR¹¹, e foi convocada uma reunião com o Secretário-Geral da ONU para realizar uma reunião de alto nível sobre AMR em 2016³³.

No mesmo ano, a Resolução aprovada (WHA68.7) solicitou que todos os Estados-Membros adaptassem o Plano de Ação Global em AMR às suas prioridades nacionais. Também determinou que até a 70ª AMS, em 2017, todos os planos dos países estivessem alinhados ao plano da OMS¹¹ e aos padrões e diretrizes estabelecidos por outras instâncias internacionais, como a Comissão do *Codex Alimentarius*, FAO e OIE³³.

Em 2016, a OMS publicou o Relatório (A70/12)³⁵, além de um Arcabouço Global para

Desenvolvimento e Administração do combate à Resistência a Antimicrobianos (*Global Framework for Development & Stewardship to Combat Antimicrobial Resistance*) – produzido em conjunto por OMS, FAO e OIE. O Arcabouço indica a necessidade de apoiar o desenvolvimento, o controle, a distribuição e a utilização adequada de novos medicamentos antimicrobianos, ferramentas de diagnóstico, vacinas e outras intervenções, buscando ampliar a promoção do acesso a medicamentos antimicrobianos existentes e novos e tendo em conta as necessidades de todos os países e em consonância com o Plano de Ação Global³⁵.

Em 2016, o tema da AMR ultrapassa a arena da saúde com a aprovação da Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral da ONU sobre AMR³⁶. O documento reafirma que o plano de ação global em AMR deve ser elaborado pela OMS em colaboração com a FAO, a OIE e a ONU, e representa o compromisso de Chefes de Estado e de Governos para desenvolver um Plano de Ação multissetorial considerando o conceito Saúde Única³⁶.

Nesse documento, foi mencionado o desafio que a AMR representa para se alcançarem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecidos na Agenda 2030. Estabelece, também, o Grupo de Coordenação Interinstitucional sobre resistência a antimicrobianos (IACG, na sigla em inglês). O Grupo foi copresidido pela OMS e pela Secretaria Geral da ONU, e participavam outras instituições-parte do sistema ONU, diversas organizações internacionais e representantes da sociedade civil, do setor privado e especialistas de diversas áreas relacionadas à AMR. Seu principal objetivo foi produzir um relatório que auxiliasse a tomada de decisão sobre AMR na 73ª AMS³⁶. Em 2019, o Grupo publicou o relatório ‘No time to wait: securing the future from drug-resistant infections’⁴⁴.

Diferentemente dos anos anteriores, em 2016 e 2017 não houve resolução aprovada sobre AMR na AMS, já que em 2015 foi aprovado o Plano de Ação Global em AMR. Em 2018,

a Tripartite firmou acordo de colaboração com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA, na sigla em português) (*figura 1*) para o enfrentamento da AMR com uma interface multissetorial (humana-animal-meio ambiente)⁴⁰.

Após 2015, a cada AMS houve atualização dos países quanto à adoção do Plano de Ação Global pelos Estados-Membros. Em 2017, 67 países haviam desenvolvido seus planos de enfrentamento³⁸, enquanto, em 2019, foram 117 países. No entanto, somente a metade deles estabeleceu um comitê multissetorial com representantes de diversas áreas, como é o exemplo do Brasil¹³. Não houve alteração no número de países que ainda estavam desenvolvendo seus planos, que permaneceu em 62 no período de 2017³⁸ a 2019⁴².

Na AMS de 2019, os países reafirmaram o compromisso de continuar aumentando os esforços para adotar o Plano de Ação Global em AMR no nível nacional⁴³. A resolução abordou a questão do uso racional de antibióticos em humanos e animais, mencionando as diretrizes clínicas para o uso de antibióticos importantes para a saúde humana⁴³ (Classificação 'AWaRE'). Com relação à P&D&I, ficou acordado que os países iriam apoiar a transferência voluntária de tecnologia para prevenir e controlar a AMR⁴³.

Outras iniciativas lideradas pela OMS no período incluem a constituição da Parceria Global para P&D de Antibióticos (GARDP) em 2016 e a publicação da lista de patógenos resistentes e a aprovação de diretrizes e melhores práticas para a produção animal em 2017 (*figura 1 e quadro 3*).

No que diz respeito ao orçamento da OMS específico para AMR, para os biênios 2016-2017 e 2018-2019, foram aprovados, respectivamente, US\$19 milhões e US\$42 milhões. Chama atenção que o valor previsto para 2018-2019 é quase o dobro daqueles previstos em 2016-2017 e em 1998-1999 (cerca de US\$23 milhões). Esse achado indica que, apesar da crise estrutural de financiamento da OMS⁵⁸, houve recursos direcionados à AMR. Também

indica maior amplitude e comprometimento ao plano de 2015 frente àquele de 2001.

Governança e funções do sistema de saúde global aplicadas ao caso da AMR

Fundamentando-se no conceito de Governança Global para Saúde⁴⁶, constatou-se na análise dos documentos que a OMS reconhece a AMR como um problema de saúde global, pois nenhum país sozinho conseguiria conter o avanço da AMR, que vai além das fronteiras nacionais e envolve diversos setores da sociedade¹⁸.

Fica evidente que, ao longo de toda a formulação do plano de ação global em AMR na OMS, foi pautada a questão da cooperação internacional para apoiar os países em desenvolvimento e de menor desenvolvimento relativo (LDCs) a formularem seus planos de enfrentamento da AMR. Reconheceu-se a desigualdade entre os Estados-Membros como uma questão relevante, e, por esta razão, a cooperação internacional serviu como ferramenta de suporte para aqueles menos desenvolvidos, mediante desenvolvimento de laboratórios e programas de vigilância epidemiológica e treinamento de profissionais^{11,18}.

Tanto a Estratégia Global de 2001¹⁸ quanto o Plano de Ação Global de 2015¹⁸ reforçam a importância da vigilância epidemiológica como um dos eixos estruturantes da resposta à AMR. Recomendou-se que cada Estado-Membro desenvolvesse um sistema nacional para monitorar o consumo de antibióticos em humanos e animais e a incidência de AMR. Ainda a respeito da vigilância epidemiológica, em 2015 foi inaugurada a plataforma do Sistema de Vigilância Global sobre a Resistência a Antimicrobianos (Glass). Essa iniciativa objetiva coletar e analisar informações dos países sobre a AMR para produzir evidências que norteiem as ações nacionais, regionais e globais para o enfrentamento da AMR. Até 2019, 105 países afirmaram ter seus próprios sistemas de

vigilância, dos quais, 67 compartilhavam seus resultados e 48 proviam os dados brutos à iniciativa Glass⁴².

Entende-se o Plano de Ação Global em AMR, assim como as orientações e iniciativas

relacionadas ao uso de antibióticos na agropecuária, à pesquisa, ao desenvolvimento e à inovação de novos antimicrobianos (*quadro 3*) como exemplos de ‘bens públicos globais’⁴⁶ no contexto da AMR.

Quadro 3. Exemplos que ilustram os chamados ‘bens públicos globais’⁵⁵ no campo da AMR

Iniciativas desenvolvidas no âmbito global para solucionar o problema da ausência de pesquisa e desenvolvimento de novos antibióticos	
Iniciativa	Descrição
Parceria global para pesquisa e desenvolvimento de antibióticos (GARDP)	Parceria entre a OMS e a Iniciativa Medicamentos Doenças Negligenciadas (DNDi, sigla em inglês), que têm como objetivo desenvolver novas classes terapêuticas de antibióticos do medicamento ⁵⁵ .
Lista de patógenos resistentes	Lista de patógenos resistentes com prioridade para P&D de novos antibióticos. Classifica os patógenos resistentes de acordo com o risco de ameaça à saúde global com objetivo de guiar o processo de P&D de novas classes terapêuticas de antibióticos ⁵⁶ .
Classificação ‘AWaRE’ dos antibióticos	A OMS desenvolveu um banco de dados contendo 180 classes de antibióticos classificado de acordo o nível de resistência: ‘Access group’; ‘Watch group’; ‘Reserv Group’ ⁵⁷ . O banco de dados é uma ferramenta que pode ser utilizada para guiar os países no monitoramento do uso de antibióticos ⁵⁷ .
Iniciativas desenvolvidas no âmbito da OMS para reduzir o consumo de antibióticos na produção animal	
Diretrizes da OMS sobre o uso de antibióticos importantes para a saúde humana na produção animal³⁹	
Orientações	Melhores práticas
Redução de todas as classes de antibióticos importantes para a saúde humana na produção animal ³⁹	Novos antibióticos desenvolvidos para o uso humano devem ser considerados criticamente importantes para a saúde humana ³⁹ .
Os antibióticos importantes para a saúde humana não devem ser utilizados para promover o crescimento animal ³⁹	Medicamentos que são importantes para a saúde humana e que não são utilizados na produção animal não devem ser utilizados para este fim no futuro ³⁹ .
Os antibióticos importantes para saúde humana não devem ser utilizados na produção animal para prevenção de doenças infecciosas que não forem diagnosticadas ³⁹	
Os antibióticos classificados como criticamente importantes (alta prioridade) para medicina humana não devem ser utilizados no tratamento de animais ³⁹ . Recomendação condicional*	
Os antibióticos criticamente importantes para a medicina humana não devem ser utilizados no controle da disseminação de doenças dentro da produção animal ³⁹ . Recomendação condicional*	

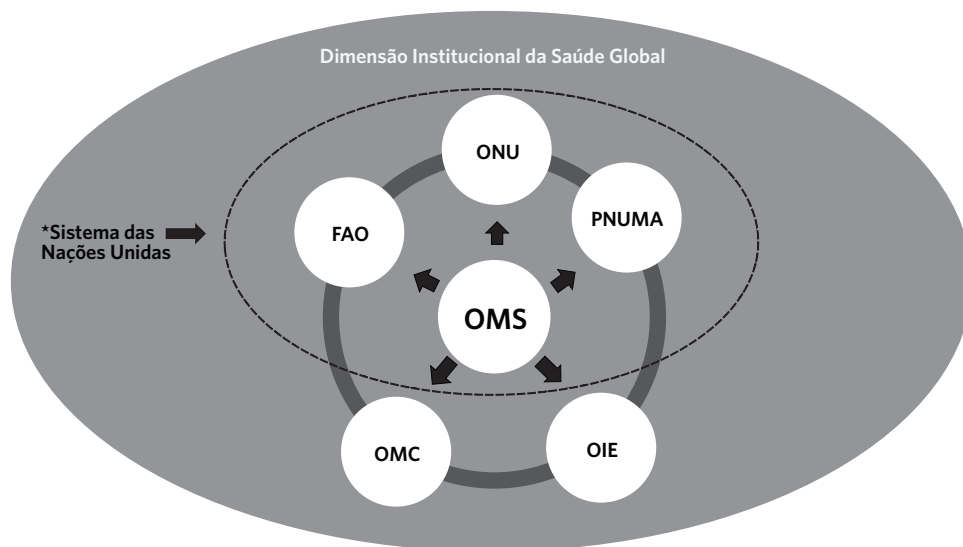
Fonte: Elaboração própria, a partir de DNDi⁵⁵, WHO^{39,56,57}.

*Segundo o documento, a OMS adotou essa recomendação como condicional devido à baixa qualidade de evidência científica disponível.

A saúde global seria, portanto, o resultado do processo da formulação de políticas em diversos espaços institucionais⁴⁶. Considerando o conceito de dimensão institucional proposto por Sell⁴⁷, constatou-se a partir da análise dos documentos que diversas instituições multilaterais participaram do processo de formulação

do plano de enfrentamento da AMR, tais como OMS, FAO, OIE, ONU, Organização Mundial do Comércio (OMC) e, posteriormente, o PNUMA (figura 2). Dessa forma, tem-se mais elementos para afirmar que o desenvolvimento do plano de resposta à AMR é resultado da articulação entre organizações com perspectivas diferentes.

Figura 2. Imagem representativa da dimensão institucional da saúde global para o caso de AMR



Fonte: Elaboração própria a partir da proposta teórica de Sell⁴⁷.

*Sistema das Nações Unidas é composto por agências especializadas e programas institucionais.

Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Mundial do Comércio (OMC), Organização Mundial de Saúde Animal (OIE).

Para ilustrar essa articulação, aplicaram-se três das quatro subfunções de Stewardship (Liderança ou administração)⁴⁶, quais sejam: a defesa das causas da saúde em outras arenas políticas; a negociação e a construção de um consenso; a determinação de regras para gerenciar as dimensões intersetoriais da saúde.

Consta na resolução da 68^a AMS que a parceria com a ONU foi estabelecida para juntar esforços em busca de mecanismos eficientes para implementar o plano de ação global por todas as nações, considerando as necessidades dos países em desenvolvimento³³. No caso da AMR, pode-se identificar o estabelecimento da

articulação entre a OMS e outros organismos multilaterais com o objetivo de defender os interesses da saúde global em outras instituições que não são responsáveis por temas relacionados à saúde, mas que podem influenciar o campo da saúde global.

No que diz respeito à negociação e à construção de um consenso sobre o uso de antibióticos na agropecuária, não foi identificada qualquer menção ao banimento do uso de antibióticos como promotores de crescimento na produção animal, provavelmente por se tratar de um tema de tensão e dissenso entre os países. No nível nacional, alguns países adotaram diferentes

posicionamentos sobre o assunto com base em vários argumentos. Países da UE baniram os promotores de crescimento desde 2006⁵⁹ e, recentemente (2018)⁶⁰, restringiram o uso preventivo de antibióticos na produção animal⁶⁰. Já alguns países em desenvolvimento, como o Brasil, permitem o uso dos promotores de crescimento^{8,13}.

A resolução de 2014 menciona que a parceria entre OMS, FAO e OIE foi estabelecida para manejar conflitos de interesses e, assim, viabilizar a implementação do plano de ação global em AMR²⁵.

Com relação à opção entre ‘banir’ ou ‘não banir’ o uso de promotores do crescimento, o IACG chegou a um ponto intermediário, em que recomendou que alguns antibióticos classificados como criticamente importantes para a saúde humana deixassem de ser gradativamente utilizados (*‘phase out’*)⁴⁴ para aquela finalidade. Tal iniciativa foi considerada no relatório como o primeiro passo em direção ao uso racional de antibióticos na produção animal⁴⁴. Sendo assim, acredita-se que o estabelecimento da força-tarefa (FAO/OMS/OIE) foi fundamental para o estabelecimento do consenso no que concerne ao uso de antibióticos para promoção do crescimento.

Além da busca de consenso, os atores também estão cogitando desenvolver novas regras ou instrumentos que gerenciem as questões envolvendo AMR. Foi mencionado no relatório de 2016 o status legal que as normas, diretrizes e os códigos de prática do *Codex Alimentarius* e da OIE têm no âmbito da OMC³⁴.

Quanto à subfunção da *Stewardship* denominada ‘determinação de regras para gerenciar ações intersetoriais da saúde’, destaca-se como exemplo, no relatório do IACG, o processo ainda em curso entre os países sobre a adoção de instrumentos vinculantes e não vinculantes para as medidas em AMR⁴⁴.

Conclusões

Este estudo analisou a formulação da resposta à AMR no âmbito da OMS. Os achados indicam que, embora o tema esteja na agenda desde

1998, tendo sido aprovado um plano para seu enfrentamento em 2001, poucos foram os avanços percebidos do ponto de vista da adoção por parte dos Estados-Membros da OMS. Em 2014, com a adoção do conceito de Saúde Única, foram criadas as condições para a adesão de outras instituições internacionais (FAO, OIE e OMC) e aprovação do Plano de Ação Global em AMR.

Dada a complexidade e a abrangência dos fatores relacionados à AMR, era de se esperar que o desenho de uma resposta global para seu enfrentamento estaria imerso nessa complexidade, principalmente porque as necessidades em saúde pública não só tangenciam setores econômicos sensíveis – agropecuária e indústria farmacêutica – como também reforçam assimetrias entre os países. Nessa perspectiva, foi fundamental a triangulação de múltiplos referenciais analíticos que permitiram a compreensão mais extensa do objeto em estudo, reforçando sua relevância global e reconhecendo a dimensão do uso de antibióticos em animais e as lacunas em inovação tecnológica.

Como a OMS, além de importante agente mobilizador para a resposta à AMR no nível global, tem garantido orçamento para ações nessa área mesmo em um contexto de desfinanciamento, conclui-se que a perspectiva da saúde pública deve prevalecer na resposta à AMR. Resta pendente a análise do quão profunda será a adoção no nível nacional das propostas aprovadas multilateralmente para superar a amplificação da AMR e, ao mesmo tempo, assegurar que opções terapêuticas envolvendo antimicrobianos existentes e novos possam estar disponíveis àqueles que precisarem.

Colaboradores

Silva RA (0000-0002-5049-9124)*, Oliveira BNL (0000-0002-2397-5244)*, Silva LPA (0000-0002-3740-2973)*, Oliveira MA (0000-0003-2400-536X)*, Chaves GC (0000-0002-8347-6164)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. European Center for Disease Prevention and Control. Antimicrobial Resistance and Health Care associated infection programme [internet]. [União Europeia]: ECDC; [acesso em 2020 set 18]. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/en>.
2. World Health Organization. Antimicrobial Resistance fact sheets- What is antimicrobial resistance? [internet]. [Genebra]: WHO. [acesso em 2017 set 10]. Disponível em: <https://www.who.int/features/qa/75/en/>.
3. Munita JM, Arias CA. Mechanisms of Antibiotic Resistance. In: Virulence Mechanisms of Bacterial Pathogens. Microbiol Spectr. 2016; 4(2):481-511.
4. Kaae S, Malaj A, Hoxha I. Antibiotic knowledge, attitudes and behaviours of Albanian health care professionals and patients—a qualitative interview study. J Pharm Policy Pract. 2017; 10(1):13.
5. Pavydė E, Veikutis V, Mačiulienė A, et al. Public Knowledge, Beliefs and Behavior on Antibiotic Use and Self-Medication in Lithuania. Int J Environ Res Public Health. 2015; 2(6):7002-7016.
6. Michael CA, Dominey-Howe D, Labbate M. The antimicrobial resistance crisis: causes, consequences, and management. Frontiers in public health. 2014; 2:145.
7. Roca I, Akova M, Baquero F, et al. The global threat of antimicrobial resistance: science for intervention. New microbes and new infections. 2015; 6:22-29.
8. Brasil. Decreto-lei nº 8448, de 6 de maio de 2015. Regulação da Fiscalização dos Produtos de Uso Veterinário [internet]. Diário Oficial da União. 6 Maio 2015. [acesso em 2017 nov 15]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>.
9. Davis MA, Hancock DD, Besser TE. Multiresistant clones of Salmonella enterica: The importance of dissemination. The Journal of laboratory and clinical medicine. 2002; 140(3):135-141.
10. United Nations. Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to medicine [internet]. [Nova York]; [2016]. [acesso em 2018 set 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js23068en/>.
11. World Health Organization. Draft global action plan on antimicrobial resistance [internet]. [Genebra]: WHO; [2015]. [acesso em 2017 ago 17]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
12. Boqvist S, Soderqvist K, Vagsholm I. Food safety challenges and One Health within Europe. Acta Veterinaria Scandinavica. 2018, 60(1):1-13.
13. Ministério da Saúde. Resistência antimicrobiana: enfoque multilateral e resposta brasileira. In: Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). [internet]. [Brasília, DF]: MS; [2018]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: www.saude.gov.br.
14. World Health Organization. Governance [internet]. [Genebra]: WHO; [data desconhecida]. [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance>.
15. World Health Organization. Report of regional interest adopted by the fifty-first World Health Assembly [internet]. [Genebra]: WHO; [1998]. [acesso em 2017 ago 17]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
16. World Health Organization. Resolution and decision of fifty-first Assembly [internet]. [Genebra]: WHO; [1998]. [acesso em 2017 ago 10]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
17. World Health Organization. Financial Report and Audited Financial Statements for the period 1 January 1998- 31 December 1999. [internet]. [Genebra]: WHO; [1998]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
18. World Health Organization. Global strategy for containment of antimicrobial resistance [internet]. [Ge-

- nebra]: WHO; [2001]. [acesso em 2017 ago 17]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
19. World Health Organization. Financial Report and Audited Financial Statements for the period 1 January 2000 – 31 December 2001. [internet]. [Genebra]: WHO; [2000]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 20. World Health Organization. Report of regional interest adopted by the fifty-eight Assembly [internet]. [Genebra]: WHO; [2005]. [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 21. World Health Organization. Resolution and decision of fifty-eight Assembly [internet]. [Genebra]: WHO; [2005]. [acesso em 2017 ago 17]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 22. World Health Organization. Financial Report and Audited Financial Statements for the period 1 January 2002 - 31 December 2003. [internet]. [Genebra]: WHO; [2002]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 23. World Health Organization. Performance Assessment Report: Programme Budget 2004-2005. [internet]. [Genebra]: WHO; [2004]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 24. World Health Organization. Report of Sixty-Seventh World Health Assembly. [internet]. [Genebra]: WHO; [2014]. [acesso em 2017 ago 17]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 25. World Health Organization. Resolution and decision of Sixty-Seventh World Health Assembly [internet]. [Genebra]: WHO; [2014]. [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 26. World Health Organization. Draft global action plan on antimicrobial resistance. [Internet]. [Genebra]: WHO; [2014]. [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 27. World Health Organization. Performance Assessment Report: Programme Budget 2006-2007. [internet]. [Genebra]: WHO; [2006]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 28. World Health Organization. Performance Assessment Report: Programme Budget 2008-2009. [internet]. [Genebra]: WHO; [2008]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 29. World Health Organization. Performance Assessment Report: Programme Budget 2010-2011. [internet]. [Genebra]: WHO; [2010]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 30. World Health Organization. Performance Assessment Report: Programme Budget 2012-2013. [internet]. [Genebra]: WHO; [2012]. [acesso em 2020 maio 20] Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 31. World Health Organization. Performance Assessment Report: Programme Budget 2014-2015. [internet]. [Genebra]: WHO; [2004]. [acesso em 2020 maio 20] Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 32. World Health Organization. Report of sixty-eight World Health Assembly [internet]. [Genebra]: WHO; [2015]. [acesso em 2017 ago 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 33. World Health Organization. Resolution and decision of sixty-eight Assembly [internet]. [Genebra]: WHO; [2015]. [acesso em 2017 ago 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 34. World Health Organization. Report of sixty-nine World Health Assembly. Antimicrobial Resistance [internet]. [Genebra]: WHO; [2016]. [acesso em 2017 ago 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
 35. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. Options for establishing a global development and stewardship framework to support the development, control, distribution and appropriate use of new antimicrobial medicines, diagnostic tools, vaccines and other interventions [internet]. [Genebra]: WHO; [2016]. [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.

36. United Nations Organization. Political Declaration of the High- Level Meeting of General Assembly on Antimicrobial Resistance [internet]. [Genebra]: UN; [2016]. [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/842813>.
37. World Health Organization. WHO Results Report: Programme Budget 2016-2017. [internet]. [Genebra]: WHO; [2016]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
38. World Health Organization. Report of seventieth World Health Assembly. Antimicrobial Resistance [internet]. [Genebra]: WHO; [2017]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
39. World Health Organization. Who guidelines on use of medically important antimicrobials in food-producing animals [internet]. [Genebra]: WHO; [2017]. [acesso em 2017 set 15]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
40. World Health Organization. Memorandum of Understanding between The United Nations Food and Agriculture Organization and The World Organisation for Animal Health and The World Health Organization. [internet]. [Genebra]: WHO; [2018]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/tripartite-work-plan/en/>.
41. World Health Organization. WHO Results Report: Programme Budget 2018-2019. [internet]. [Genebra]: WHO; [2018]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
42. World Health Organization. Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health-related issues. [internet]. [Genebra]: WHO; [2019]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/>.
43. World Health Organization. Resolution and decisions of Seventy-Second World Health Assembly. Antimicrobial resistance. [internet]. [Genebra]: WHO; [2019]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/>.
44. United Nations. No time to wait: securing the future from drug-resistant infections. Report to the Secretary – General of the United Nations. [internet]. [Genebra]: UN; [2019]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/>.
45. Mattos RA, Baptista, TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015.
46. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine*. 2013; 368(10):936-942.
47. Sell SK. The quest for global governance in intellectual property and public health: Structural, discursive, and institutional dimensions. *Temp. L. Rev.* 2004; 77:363.
48. Minayo CSM, Deslandes FS, Gomes R. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2009.
49. Castanon JIR. History of the use of antibiotic as growth promoters in European poultry feeds. *Poultry Science*. 2007; 86(11):2466-2471.
50. World Health Organization. Resolution and decision of fifty – sixth Assembly [internet]. [Genebra]: WHO; 2003. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
51. World Health Organization. Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health [internet]. [Genebra]: WHO; [2016]. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.who.int/intellectualproperty/report/en/>.
52. World Health Organization. The Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property [internet]. [Genebra]: WHO; [2008]. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: https://www.who.int/phi/implementation/phi_globstat_action/en/.
53. World Health Organization. Research and Development. Report of the Expert Working group [internet]. [Genebra]: WHO; [2010]. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.

54. World Health Organization. Consultative Expert Working group on Research and Development: Financing and Coordination [internet]. [Genebra]: WHO; [2012]. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>.
55. Drugs for Neglected Diseases Initiative. Global Antibiotic Research & Development Partnership (GARDP) [internet]. [Genebra]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: <https://www.dndi.org/achievements/gardp/>.
56. World Health Organization. Global Priority List of Antibiotic – Resistant Bacteria to Guide Research, Discovery, And Development of New Antibiotics [internet]. [Genebra]: WHO; [2017]. [acesso em 2019 set de 20]. Disponível em: <https://www.who.int/>.
57. World Health Organization. AWaRe Classification Antibiotics [internet]. [Genebra]: WHO; [2017]. [acesso em 2017 set 17]. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/>.
58. Ventura D, Perez F. Crise e reforma da organização mundial de saúde. *Lua Nova*. 2014; 92:45-77.
59. Kahn LW. One health and the politic of antimicrobial resistance. John Hopkins University Press; 2016.
60. European Parliament: veterinary medicine: another step in fighting antibiotic resistance. [internet]. [acesso em 2020 maio 10]. Disponível em: <https://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/society/20181018STO16580/veterinary-medicines-fighting-antibiotic-resistance>.

Recebido em 11/12/2019

Aprovado em 08/06/2020

Conflito de interesses: inexistente

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

Salário de médicos contratados da Estratégia Saúde da Família e contexto municipal: estudo ecológico

Salary of physicians hired by the Family Health Strategy Program and the municipalities' context: an ecological study

João Alves Pereira¹, Renata Fiúza Damasceno¹, Marta Raquel Mendes Vieira¹, Alfredo Maurício Batista de Paula², Desirée Sant'Ana Haikal²

DOI: 10.1590/0103-1104202012603

RESUMO O salário é um importante fator de atração, fixação e satisfação de profissionais médicos na Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo nas regiões mais remotas ou carentes. Este estudo tem o objetivo de identificar características contextuais municipais que estejam associadas ao valor do salário pago a médicos contratados da Estratégia Saúde da Família (ESF). Realizou-se um estudo ecológico e transversal com 78 municípios da Macrorregião de Saúde Norte, Minas Gerais, Brasil. A variável dependente referiu-se ao valor pago aos médicos contratados da ESF. Foram consideradas 22 variáveis independentes contextuais incluindo características sociodemográficas, de localização e indicadores assistenciais e de saúde de cada município, coletados de bases de dados oficiais. Conduziu-se Regressão Linear Múltipla. A média salarial encontrada foi de R\$11.188,61 (\pm R\$2.093,71), variando de R\$6.388,20 até R\$17.000,00. Após ajuste do modelo, somente a Distância ao Centro Regional manteve-se positivamente associada ao desfecho ($R^2=6,4\%$). O salário dos médicos não foi determinado por características municipais contextuais mensuráveis. Outros fatores mais subjetivos, de difícil mensuração, podem estar envolvidos na questão. Observa-se a necessidade do estabelecimento de parâmetros claros para definição do valor do salário de médicos contratados para atuação na ESF.

PALAVRAS-CHAVE Salários e benefícios. Médicos. Fatores socioeconômicos. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *Salary is an important factor of attraction, fixation and satisfaction of physicians in Primary Health Care (PHC), mainly in the most remote or poor regions. This study aims to identify characteristics related to municipalities that are associated to salaries paid to physicians hired from the Family Health Strategy (FHS) Program. An ecological and cross-sectional study was conducted with 78 municipalities of the Northern Health Macro-region of Minas Gerais State, Brazil. The dependent variable referred to the amount paid to the physicians hired from FHS. Twenty-two contextual independent variables were applied, including sociodemographic characteristics, location and health and care indicators of each municipality, all collected from public databases. Multiple Linear Regression was conducted. The outcome average salary was R\$11,188.61 (\pm R\$2,093.71), ranging from R\$6,388.20 to R\$17,000.00. After adjusting the model, only the variable 'Distance from Regional Center' remained positively associated to the outcome ($R^2=6.4\%$). The conclusion is that the salaries of physicians were not determined by measurable contextual municipal characteristics. Other more subjective and difficult to measure factors may be involved in the issue. Therefore, there is need to establish clear parameters so to define the salaries of physicians hired to work for FHS.*

¹Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
joao_alvespereira@yahoo.com.br

²Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil.

KEYWORDS *Salaries and fringe benefits. Physicians. Socioeconomic factors. Primary Health Care. Family Health Strategy.*



Introdução

O médico é profissional fundamental para o bom desempenho da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, conseqüentemente, da assistência ofertada à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}. A atração e a manutenção desse profissional ainda hoje representam um desafio para consolidação do modelo assistencial defendido para a Atenção Primária à Saúde (APS)³. Esse modelo assistencial visa à promoção da equidade no atendimento e o combate às desigualdades no acesso aos serviços, tendo as práticas orientadas pelos determinantes sociais da saúde e a ESF como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde¹.

O salário é um importante fator de atração, fixação e satisfação desses profissionais na APS⁴, sobretudo nas regiões mais remotas ou carentes^{3,5}. Estudos prévios²⁻⁶ têm investigado fatores que motivam ou atraem os profissionais médicos para atuação na APS tais como localização geográfica, aspectos organizacionais, pessoais, profissionais, condições de trabalho e salário^{3,6}. A pesquisa Demografia Médica no Brasil 2018⁷ mostrou que 63,1% dos médicos pesquisados consideraram o salário como o principal determinante para a fixação do médico em uma instituição ou cidade. Outro estudo de abrangência nacional revelou que 92% dos médicos consideraram o salário um dos principais fatores para justificar a permanência do profissional em um município³.

O vínculo desses médicos com os serviços de saúde pode se dar por meio de concurso público ou de contratos. Tais contratos ficam a cargo dos gestores municipais de saúde e os tipos mais comuns são os contratos temporários com a administração pública, contratos de prestação de serviços por profissionais autônomos, contratos regidos pelo Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e demais vínculos sem proteção ou não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho³, comumente conhecidos como contratos precários. Na APS, o salário pago aos médicos com vínculo estável ou

permanente (efetivo) é normatizado por leis e geralmente inferior ao de médicos que possuem contratos temporários, considerando a carga horária de 40 horas estabelecida para a ESF³. O salário dos médicos contratados apresenta uma ampla variação entre municípios, o que possivelmente seria reflexo do contexto social e da necessidade de, diante desses diferentes contextos, atrair e fixar tais profissionais³.

Esse cenário aponta oportunidades interessantes para a análise da relação entre fatores contextuais e salários dos médicos que atuam na APS. Em estudos ecológicos, trabalha-se com dados agrupados, coletados em nível coletivo (fatores contextuais), e não em nível individual, sendo a unidade de análise uma área geográfica, como, por exemplo, bairros, escolas ou municípios. Portanto, fatores contextuais referem-se a elementos que compõem o macroambiente dos indivíduos, que afetam seu desempenho, mas não são controláveis por eles^{8,9}. Não foram identificados estudos anteriores que tenham investigado a relação entre o salário ofertado aos médicos contratados e sua relação com características municipais, sejam elas relativas a fatores contextuais sociodemográficos, à localização geográfica ou aos indicadores de saúde. Compreender a possível relação entre o salário pago aos médicos contratados da APS e o contexto municipal tem potencial para contribuir para uma maior racionalização e padronização do gasto em saúde. Tal compreensão pode contribuir para a consolidação da ESF, mesmo em contextos menos favoráveis e diante do desafio da alta rotatividade de profissionais na ESF¹⁰.

Assim, este estudo objetivou identificar possíveis fatores contextuais municipais, sejam eles geográficos, sociodemográficos, assistenciais ou de saúde, que possam exercer influência nos salários pagos aos médicos contratados da ESF.

Material e métodos

Trata-se de um estudo ecológico e transversal conduzido nos municípios que compõem a

Macrorregião de Saúde Norte (Macro Norte), uma das treze Macrorregiões de Saúde estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). A Macro Norte, cujo município-polo é Montes Claros, possui 86 municípios divididos em nove Microrregiões de saúde, totalizando uma população aproximada de 1,6 milhões de habitantes¹¹. Trata-se de uma região caracterizada por possuir baixos indicadores sociais, marcante desigualdade social, grande extensão territorial, população predominantemente rural, baixa densidade demográfica e significativas distâncias entre municípios^{12,13}. Possui o município com o menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) do Estado¹⁴.

Montes Claros é um município de médio porte, que possui uma população de 390.212 habitantes (2014) e elevado IDH-M (2010). É considerado polo regional por ser referência na assistência ambulatorial e hospitalar para os 86 municípios da Macro Norte¹⁵. O município se destaca por abrigar instituições e oferecer serviços e atividades diversificadas que não são encontrados em outros municípios da região, constituindo-se um importante polo universitário do estado¹⁶.

Os dados foram coletados em duas etapas. A primeira etapa, realizada nos meses de novembro e dezembro de 2017, refere-se à coleta de dados contextuais dos municípios da Macro Norte, extraídos de banco de dados oficiais de acesso público (variáveis independentes).

A segunda etapa, realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2018, refere-se à coleta de informações sobre o salário dos médicos contratados pela ESF dos municípios pertencentes à Macro Norte (variável dependente). Tais informações foram obtidas de banco de dados da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros (SRS-Montes Claros), uma unidade regional da SES-MG. Considerou-se, para fins deste estudo, o valor do maior salário pago aos médicos contratados que atuavam nas equipes da ESF em cada município, por apresentar maior variação nos valores quando comparados aos salários dos médicos efetivos.

A variável Número de Médicos por Mil Habitantes foi calculada a partir da metodologia preconizada pela Rede Interagencial de Informações para o Brasil (Ripsa) para os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB)¹⁷. Os dados referentes ao número de médicos foram coletados por meio da ferramenta Tabnet, acessível no site do Departamento de Informática do SUS (Datasus), e referem-se ao mês de outubro de 2017¹⁸. Os dados sobre população foram coletados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e referem-se ao ano de 2017, com ajuste para 1º de julho¹⁹.

Os dados coletados sobre contexto sociodemográfico, localização geográfica e indicadores assistenciais e de saúde dos municípios da Macro Norte (variáveis independentes) foram agrupados em blocos temáticos (*quadro 1*).

Quadro 1. Variáveis independentes por blocos temáticos considerando a localização geográfica, o contexto sociodemográfico e os indicadores assistenciais e de saúde dos municípios da Macrorregião de Saúde Norte, Minas Gerais, Brasil

Bloco temático	Variável	Ano de referência	Fonte	Conceito
Localização geográfica	Distância ao Centro Regional	2017	Google Maps https://www.google.com.br/maps/	Distância em Km relativa ao trajeto mais rápido entre o município estudado e Montes Claros (município-polo da região).
Contexto sociodemográfico	População	2010	IBGE (Censo 2010) https://cidades.ibge.gov.br/	Número de habitantes do município.
	Densidade demográfica	2010	IBGE (Censo 2010) https://cidades.ibge.gov.br/	Relação entre o número de habitantes de um determinado local com a sua área em Km ² .
	IDH-M	2010	IBGE (Censo 2010) https://cidades.ibge.gov.br/	O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é uma medida composta de indicadores de três dimensões: longevidade, educação e renda. Varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.
	Índice de Gini	2010	IBGE (Censo 2010) https://cidades.ibge.gov.br/	Medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (desigualdade máxima).
	População em extrema pobreza	2010 (Agosto)	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/	Proporção (%) de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$ 70,00. O universo é limitado aos indivíduos de domicílios particulares permanentes.
	População rural	2010	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/	Porcentagem da população do município que vive em áreas rurais.
	IMRS	2010	Fundação João Pinheiro http://fjp.mg.gov.br/	O Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) é o resultado da média ponderada dos índices de dez dimensões, incluindo saúde, educação, emprego e renda, que agregam indicadores municipais dos três anos anteriores ao do cálculo.
IVS	2010	Ipea http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/	O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é o resultado da média aritmética dos subíndices: IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho, calculados a partir de 16 indicadores.	
Indicadores assistenciais e de saúde	População com plano de saúde	2017 (Junho)	DAB/MS http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php	Razão, expressa em porcentagem, do número de beneficiários em relação à população em uma área específica.
	eAB muito acima da média no PMAQ-AB	2017	DAB/MS http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php	Porcentagem das equipes de Atenção Básica (eAB) que participaram do 2º ciclo do PMAQ-AB certificadas com desempenho muito acima da média.
	Número de médicos por mil habitantes	2017	Calculado pelos autores Ripsa/Datasus/IBGE	Número de médicos em atividade, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
	Despesa total com saúde por habitante	2016	Siops http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops	Despesa liquidada total com saúde per capita declarada pelos municípios ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).
	Presença de hospital	2017	CNES http://cnes.datasus.gov.br/	Municípios que possuem hospital municipal ou microrregional funcionando e com cadastrado ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
	Cobertura populacional estimada de ESF	2017 (Outubro)	DAB/MS http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php	Estimativa da cobertura populacional por equipes da estratégia saúde da família, que considera a população de 3000 habitantes por equipe.
	Proporção de internações por condições sensíveis a APS	2015	Tabnet/Datasus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunmg.def	Proporção entre o nº de internações por causas selecionadas sensíveis à atenção básica, por local de residência e ano de internação, e total de internações clínicas, por local de residência e ano de internação.

Quadro 1. (cont.)

Bloco temático	Variável	Ano de referência	Fonte	Conceito
Indicadores assistenciais e de saúde	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	2014	Tabnet/Datasus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunmg.def	Proporção entre o nº de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal e o nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.
	Coberturas vacinais alcançadas	2014	Tabnet/Datasus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunmg.def	Proporção entre o número de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas e o nº total de vacinas constantes no mesmo calendário em determinado local e ano.
	Citopatológico do colo uterino	2015	Tabnet/Datasus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunmg.def	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos pela população da mesma faixa etária em determinado local e ano.
	Mamografia de rastreamento	2015	Tabnet/Datasus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunmg.def	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos pela população da mesma faixa etária em determinado local e ano.
	Cobertura de acompanhamento do Programa Bolsa Família	2015	Tabnet/Datasus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunmg.def	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), que indica o nº de famílias beneficiárias com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano.
	Proporção de parto normal	2014	Tabnet/Datasus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunmg.def	Proporção entre o nº de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano e o nº de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

DAB/MS – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Para análise dos dados utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)[®], Versão 18. Foram excluídos das análises oito municípios que não informaram o valor do salário pago aos médicos contratados ou que não possuíam médicos nessa condição; assim, as análises foram conduzidas considerando 78 dos 86 municípios da Macro Norte. Inicialmente, conduziu-se análise exploratória da variável dependente considerando toda a Macro Norte e por região de saúde que a compõe. Foi também conduzida análise descritiva de todas as variáveis independentes, com apresentação de medidas de tendência central e de dispersão para as

variáveis numéricas e frequência simples e relativa para as variáveis categóricas. Foi conduzido teste de multicolinearidade entre as variáveis independentes a fim de testar a possível existência de alta correlação ($r \geq 0,70$) entre elas. Na sequência, foi conduzida análise bivariada por meio da correlação de Pearson (para variável independente numérica) e Teste T ou Anova (para as variáveis independentes categóricas). As variáveis independentes que se mostraram associadas à variável dependente ao nível de significância de 20% ($\alpha=0,2$) foram selecionadas para compor o modelo múltiplo. Para tanto, foram realizadas análises por meio da Regressão Linear. O modelo foi ajustado,

mantendo-se somente as variáveis que se mostraram associadas ao desfecho em nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

Ao final, testaram-se os pressupostos para a regressão linear: linearidade dos parâmetros (diagrama de dispersão e coeficiente de correlação), homocedasticidade (análise gráfica de resíduos), independência dos termos (Teste de Durbin-Watson), normalidade na distribuição dos resíduos (gráfico de probabilidade normal para os resíduos, Testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk) e ausência de multicolinearidade (análise do valor da tolerância e Fator de Inflação de Variância)²⁰.

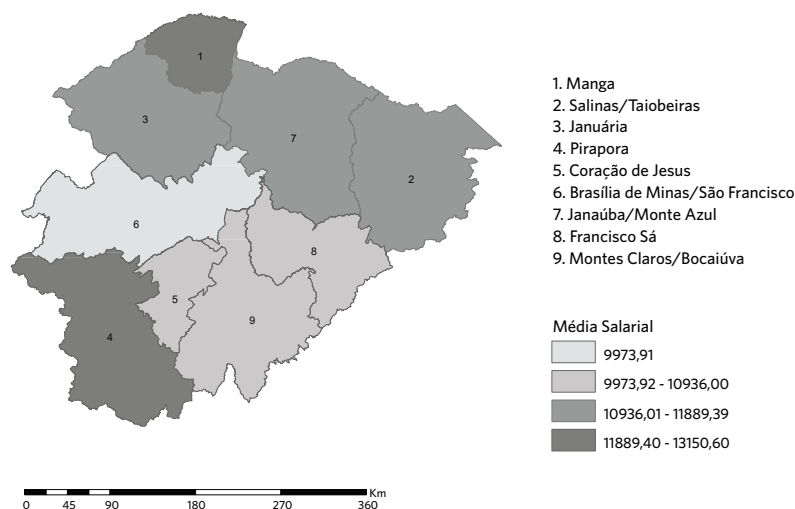
O estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos éticos e legais das pesquisas no Brasil, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), sob o Parecer nº 2.112.319.

Resultados

A média do salário bruto pago aos médicos contratados na Macro Norte foi de R\$11.188,61, sendo que 35 (45%) municípios pagavam salário abaixo dessa média.

A *figura 1* apresenta a distribuição espacial das médias salariais nas nove regiões de saúde que compõem a Macro Norte. A maior média salarial foi verificada na região de saúde Manga, enquanto a menor foi observada na região de saúde Brasília de Minas-São Francisco (*tabela 1*). A maior variação salarial em uma mesma região de saúde foi observada na região de saúde Montes Claros-Bocaiúva (*tabela 1*). Os municípios que apresentaram o maior e o menor salário estavam localizados, respectivamente, nas regiões de saúde Salinas-Taiobeiras e Montes Claros-Bocaiúva (*tabela 1*).

Figura 1. Média salarial por região de saúde da Macrorregião de Saúde Norte, Minas Gerais, Brasil, 2019



Fonte: Elaboração própria.

A *tabela 1* apresenta também a análise descritiva das variáveis independentes. Observou-se que, na Macro Norte, a distância média dos municípios a Montes Claros foi de aproximadamente 186 Km; a população média dos municípios foi de aproximadamente 19 mil habitantes; 97,4% dos municípios

apresentaram IDH-M baixo ou médio; em média, 19% da população dos municípios vivia em extrema pobreza; 45% da população dos municípios vivia em áreas rurais; e apenas 2% da população dos municípios possuía plano de saúde. Apenas 26 municípios (37,1%) possuíam hospital.

Tabela 1. Análises descritivas da variável dependente e das variáveis independentes relativas à localização geográfica, ao contexto sociodemográfico e aos indicadores assistenciais e de saúde dos municípios (n=78) da Macrorregião de Saúde Norte, Minas Gerais, Brasil

Variável	n	Média	DP	CV(%)	Mínimo	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	Máximo
Variável dependente									
Salário bruto do médico contratado	78	11.188,61	2.093,71	18,7	6.388,20	9.900,00	11.000,00	12.245,00	17.000,00
Região de Saúde									
Brasília de Minas/São Francisco	14	9.973,91	1.639,21	16,4	8.000,00	8.000,00	9.950,00	10.999,89	13.215,03
Coração de Jesus	5	10.936,00	1.456,18	13,3	9.500,00	9.750,00	10.500,00	12.340,00	13.180,00
Francisco Sá	6	10.716,66	2.628,43	24,5	7.500,00	8.962,50	9.750,00	13.887,50	14.000,00
Janaúba/Monte Azul	15	11.264,56	1.768,33	15,7	8.172,90	10.000,00	11.000,00	12.000,00	14.206,00
Januária	4	11.251,00	2.552,31	22,7	8.240,00	8.796,00	11.232,00	13.725,00	14.300,00
Manga	4	13.150,60	2.458,76	18,7	10.064,00	10.745,10	13.269,20	15.437,50	16.000,00
Montes Claros/Bocaiúva	10	10.660,75	2.742,91	25,7	6.388,20	9.101,51	10.536,67	11.785,00	16.600,00
Pirapora	5	12.514,95	1.424,70	11,4	10.970,30	11.385,15	12.000,00	13.902,22	14.646,48
Salinas/Taiobeiras	15	11.889,33	1.803,45	15,2	9.000,00	11.000,00	12.000,00	12.500,00	17.000,00
Variáveis independentes									
Distância ao Centro Regional (Km)	78	185,79	85,49	46,0	0,0	110,50	175,50	251,50	374,00
População (Hab)	78	18.977,61	41.731,96	219,9	3.684,00	5.675,75	7.922,00	20.358,25	361.915,00
Densidade Demográfica (Hab/Km ²)	78	14,23	14,42	101,4	2,00	7,00	10,00	17,25	111,00
IDH-M	78	0,624	0,038	06,1	0,529	0,604	0,624	0,643	0,770
Índice de Gini	78	0,491	0,053	10,8	0,400	0,450	0,480	0,520	0,680
População em extrema pobreza (%)	78	19,19	8,48	44,2	3,40	13,19	18,24	23,30	42,79
População rural (%)	78	45,19	18,11	40,1	4,83	33,22	45,29	58,75	79,83
IMRS	78	0,533	0,029	05,5	0,462	0,510	0,536	0,551	0,610
IVS	78	0,431	0,071	16,5	0,220	0,385	0,432	0,477	0,631
População com plano de saúde (%)	78	2,20	3,40	154,3	0,05	0,36	0,98	1,94	21,48
eAB muito acima da média no PMAQ-AB (%)	78	17,92	27,40	152,9	0,0	0,0	0,0	34,60	100,00
Número de médicos por mil habitantes	78	0,59	0,39	66,1	0,10	0,39	0,49	0,73	2,98
Despesa total com saúde por habitante	78	586,25	137,06	23,4	367,12	510,38	567,80	638,02	1.123,38
Cobertura populacional estimada de ESF	78	99,64	1,617	01,6	89,90	100,00	100,00	100,00	100,00
Internações por condições sensíveis a APS (%)	78	28,53	8,833	31,0	14,75	22,01	26,39	33,48	55,66
Nascidos vivos com sete ou mais consultas (%)	78	78,13	10,697	13,7	45,00	71,95	79,33	86,10	96,00
Coberturas vacinais alcançadas	78	71,22	22,326	31,3	0,0	66,67	77,78	88,89	100,00
Citopatológico do colo uterino	78	0,73	0,278	38,1	0,07	0,54	0,70	0,89	1,49
Mamografia de rastreamento	78	0,62	0,507	81,8	0,01	0,20	0,39	1,06	1,82
Cobertura de acompanhamento do PBF	78	85,05	11,244	13,2	41,70	82,04	88,11	92,23	100,00
Proporção de parto normal	78	58,45	10,02	17,1	36,17	52,60	58,21	66,69	79,40

n = Número; DP = Desvio Padrão; CV = Coeficiente de Variação; P₂₅ = Percentil 25; P₇₅ = Percentil 75.

A *tabela 2* apresenta as análises bivariadas. Para compor o modelo múltiplo do grupo de variáveis relativas ao contexto sociodemográfico, foram selecionadas, ao nível de significância de 20%, as variáveis IDH-M e IVS; do grupo relativo à localização, foi selecionada a variável Distância ao Centro Regional; e do grupo de variáveis relativas aos indicadores assistenciais e de saúde, foram selecionadas as variáveis Citopatológico do Colo Uterino e Proporção de Parto Normal. As variáveis Distância ao Centro

Regional, IVS e Citopatológico do Colo uterino apresentaram correlação positiva, enquanto as variáveis IDH-M e Proporção de Parto Normal apresentaram correlação negativa (*tabela 2*). No teste de multicolinearidade, observou-se elevada correlação somente entre as variáveis independentes População e Densidade Demográfica ($r=0,788$), mas que não apresentaram associação com o salário dos médicos contratados; não foram, portanto, selecionadas para a análise múltipla.

Tabela 2. Análise de correlação entre o salário bruto do profissional médico contratado e as variáveis relativas à localização geográfica, ao contexto sociodemográfico e aos indicadores assistenciais e de saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Minas Gerais, Brasil

Indicadores	Coefficiente de Correlação de Pearson	Nível de significância (p valor)
Distância ao Centro Regional (Km)	0,276	0,014
População (Hab)	-0,021	0,855
Densidade Demográfica (Hab/Km2)	-0,084	0,464
IDH-M	-0,209	0,067
Índice de Gini	-0,076	0,511
População em extrema pobreza (%)	0,125	0,274
População rural (%)	-0,045	0,697
IMRS	-0,078	0,496
IVS	0,223	0,050
População com plano de saúde (%)	-0,073	0,528
eAB muito acima da média no PMAQ-AB (%)	0,089	0,441
Número de médicos por mil habitantes	0,128	0,264
Despesa total com saúde por habitante	0,008	0,944
Cobertura populacional estimada de ESF	0,076	0,511
Internações por condições sensíveis a APS (%)	0,131	0,253
Nascidos vivos com sete ou mais consultas (%)	0,074	0,522
Cobertura vacinal alcançada	0,043	0,709
Citopatológico do colo uterino	0,158	0,166
Mamografia de rastreamento	-0,034	0,769
Condicionalidades do PBF	-0,022	0,851
Proporção de parto normal	-0,161	0,160

Na *tabela 3*, observa-se o modelo de regressão múltipla ajustado. A variável Distância ao Centro Regional ($p=0,014$) foi a única que permaneceu no modelo final ($r^2=0,064$).

As estimativas apontaram que, em média, o aumento de cada Km de distância ao centro regional acarreta acréscimo de R\$ 6,75 no salário.

Tabela 3. Modelo de regressão linear múltipla relativo ao salário bruto do profissional médico contratado dos municípios da Macrorregião de Saúde Norte, Minas Gerais, Brasil

Modelo por ordem de entrada das variáveis	Coeficientes			
	Estimativa (β)	Erro padrão	p-valor	IC 95%
Constante	9.932,986	551,598	0,000	8.834,381 11.031,586
Distância ao Centro Regional (Km)	6,758	2,700	0,014	1,38 12,14

R² ajustado = 0,064.

Nos testes dos pressupostos para a regressão linear, verificaram-se a linearidade dos parâmetros ($r < 0,3$), a independência dos termos ($DW = 2,1$; $p < 0,05$) e a ausência de multicolinearidade (tolerâncias $> 0,10$ e $VIF < 10$). Observaram-se também homocedasticidade e normalidade na distribuição dos resíduos ($KS = 0,091$; $p = 0,173$).

Discussão

Este estudo revelou que o único fator contextual municipal a exercer influência sobre os valores dos salários pagos aos médicos contratados foi a Distância ao Centro Regional, município-polo da Macro Norte, apesar de diversas variáveis contextuais relativas à localização geográfica, ao contexto sociodemográfico e aos indicadores assistenciais e de saúde terem sido testadas. O modelo final apresentou capacidade de predição do desfecho de somente 6,4%, sugerindo que outros fatores, diferentes dos considerados neste estudo, estejam envolvidos na determinação dos salários pagos aos médicos contratados da ESF.

Em estudos ecológicos, que investigam a influência do contexto em questões específicas, é frequente a identificação de indicadores de desigualdade de renda²¹⁻²³, de desenvolvimento humano²²⁻²⁴ e assistenciais²⁵⁻²⁷ influenciando questões relacionadas à saúde^{22,23,25} e assistência^{23,27,28}. Dessa forma, acreditava-se, inicialmente, que os salários pagos aos médicos contratados também seriam influenciados por tais indicadores, o que, na prática, não se

confirmou. Possivelmente, questões subjetivas tais como vontade política²⁹ ou de ordem pessoal, não passíveis de serem captadas ou mensuradas por indicadores municipais convencionais comumente utilizados para retratar as realidades, sejam os reais determinantes dos salários pagos aos médicos contratados.

A correlação positiva entre o salário bruto do médico contratado e a variável independente Distância ao Centro Regional indica uma tendência dos municípios que estão localizados mais distantes geograficamente dos centros regionais e que comumente apresentam escassez de profissionais, de ofertarem maiores salários como forma de atrair e fixar médicos para a ESF. A maior média salarial foi observada na região de saúde Manga, justamente a região mais distante do centro regional, que é Montes Claros, e que apresenta maiores barreiras geográficas, incluindo a travessia do rio São Francisco por meio de balsa. Esse achado encontra-se em conformidade com outros estudos^{3,6,30,31}, que afirmam que o salário exerce forte impacto sobre a preferência do emprego e que o aumento do salário é um fator de atração de médicos na APS. Como há uma preferência por cidades de médio e grande porte, a oferta de um salário diferenciado é fator importante para atrair médicos para a APS em áreas remotas e/ou desassistidas do interior³⁰.

Ainda que o fator Distância ao Centro Regional explique apenas 6,4% da variabilidade do salário pago aos profissionais médicos contratados da ESF, reforça os achados de outros estudos^{6,10,32}, que demonstraram que as

melhores propostas salariais são oriundas de regiões longínquas e pouco atrativas socioeconomicamente. Entretanto, convém ressaltar que os altos salários conseguem atrair, mas não fixar os médicos, que migram em busca de melhores condições de trabalho e de satisfação pessoal e profissional^{6,10,32}. A oferta de altos salários pelos municípios tem estimulado a competição entre os mesmos e, consequentemente, fomentado a alta rotatividade de médicos da APS^{3,6,32}.

A média salarial na Macro Norte foi de aproximadamente R\$11.000,00, sendo observada menor variabilidade de médias salariais entre as regiões de saúde (CV=8,7%, dados não mostrados) do que entre os municípios de uma mesma região de saúde (CV=18,7%). A média salarial dos médicos contratados verificada neste estudo se aproximou do valor da bolsa paga aos médicos do PMMB, que, na época do levantamento dos dados (jan-fev de 2018), era de R\$11.865,60, o que poderia sugerir que esse valor fosse, de alguma forma, utilizado como parâmetro auxiliar na definição dos salários pagos. No entanto, há que se considerar que a amplitude de variação dos salários ultrapassou R\$10.000,00, o que denota alta variação. Embora os municípios tenham apresentado contexto sociodemográfico semelhante, os indicadores geográficos e assistenciais e de saúde revelaram grande variação, observada pelo CV. Entretanto, tais indicadores contextuais não foram suficientes para explicar a variabilidade do valor do salário pago aos médicos.

O médico é profissional fundamental para a consolidação da ESF como forma de reorganização da APS no Brasil, e sua atuação contribui decisivamente para a resolutividade da APS. A atração e manutenção desses profissionais para a ESF representam hoje um dos grandes desafios estruturantes do SUS^{2,5,6}. Na forma de contratação ou ingresso desse profissional na ESF reside um importante nó crítico a ser considerado, já que há evidências de que a vinculação por meio de concurso público aumenta o tempo de permanência desses profissionais na APS⁶. Também existe uma discrepância

entre os valores pagos aos médicos efetivos e contratados, com uma média salarial maior entre estes últimos³.

O salário do médico exerce alto impacto nos custos de uma equipe da ESF, já que, na prática, o valor pago a esse profissional geralmente já é superior ao valor mensal transferido pelo Ministério da Saúde (MS) ao município para contribuir com o custeio de uma equipe de saúde da família. É importante ressaltar que o custeio de uma equipe da ESF abrange, além do pagamento de todos os profissionais da equipe, as despesas relacionadas ao funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), o que eleva ainda mais seu custo de manutenção. A diferença entre o repasse do MS e o valor efetivamente gasto com a equipe é custeada pelo município, ficando a cargo do gestor a avaliação dos gastos em saúde. Mesmo considerando os dispositivos legais vigentes, que estabelecem regras para uso do dinheiro público, há grande autonomia do gestor na definição de valores e serviços a serem ofertados. Nesse processo, influenciado por diversos fatores que este estudo não conseguiu identificar, além da distância de grandes centros, também é possível a manifestação da influência do interesse político na contratação de profissionais com altos salários, mesmo em um contexto econômico desfavorável, sob a justificativa de que o investimento seria necessário para manter o profissional no município.

Essa ideia pode ser uma explicação nesse contexto de grande amplitude de valores salariais, considerando que as variáveis contextuais não exerceram influência sobre os salários pagos aos médicos contratados, e que importantes indicadores de desenvolvimento e desigualdade social, de saúde e de qualidade de assistência social, tais como IDH, Índice de Gini, IMRS e IVS não revelaram influência sobre o valor do salário pago a médicos contratados. E, mesmo em contextos muito semelhantes, municípios vizinhos da Macro Norte pagam aos médicos contratados da APS valores muito discrepantes.

Faz-se necessário destacar que, com a

adoção do Programa Previne Brasil³³ pelo MS, que instituiu um novo modelo de financiamento federal para a APS a partir de janeiro de 2020, 37 municípios da Macro Norte (43%) tiveram decréscimo dos valores a serem transferidos mensalmente para custeio da APS. Muitos dos quais são municípios de pequeno porte, pobres e com os mais baixos níveis de desenvolvimento humano da região³⁴. Esse fato acentua ainda mais o subfinanciamento das equipes da ESF³⁵, bem como a necessidade da racionalização e do planejamento do gasto em saúde com o objetivo de almejar melhores resultados assistenciais³⁶. Aproximadamente 60% (n=48) dos 78 municípios da Macro Norte estudados possuem população de até dez mil habitantes, ao passo que 97% (n=76) são classificados com IDH-M baixo ou médio. Ou seja, são municípios pequenos, com baixos níveis de desenvolvimento humano¹⁴ e de pouca autonomia financeira³⁷, sendo que quase a totalidade deles depende de transferências governamentais de recursos financeiros para realização das ações de saúde³⁸.

Em um contexto de crise política e econômica em que são adotadas medidas de austeridade fiscal com destaque para a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela os gastos públicos em saúde por vinte anos, e com possibilidade real de contingenciamento de gastos para áreas prioritárias como saúde e educação, é imperativo que os gestores municipais adotem critérios claros para definição de salários para os médicos contratados para trabalhar na ESF. A criação de um teto salarial regional visando à redução da rotatividade e a avaliação técnica e criteriosa da necessidade de pessoal, bem como das formas de contratação e ingresso nas carreiras municipais, são caminhos a serem considerados.

Convém ressaltar que, no Brasil, a problemática do financiamento, da escassez e provisão de médicos é amplamente discutida na literatura científica^{2,3,5}. Nesse contexto, a provisão de médicos para a APS encontra-se atualmente no centro de um crescente debate político, que inclui discussões sobre

provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas com mudanças na forma de alocação desses profissionais e formação de recursos humanos para o SUS que, junto ao financiamento, tem sido frequentemente apontada como uma estratégia essencial para a superação das iniquidades em saúde, das injustiças sociais e das desigualdades regionais no Brasil^{5,38,39}.

Estudos anteriores demonstraram que o PMMB foi preponderante na fixação de profissionais médicos nas localidades mais vulneráveis, longínquas e historicamente desprovidas desses profissionais e que trouxe expressivos resultados assistenciais nessas localidades, melhorando sobremaneira os indicadores assistenciais e de saúde^{2,5,40-42}. Considerando os resultados deste estudo, em que apenas a distância esteve associada aos salários dos médicos da ESF, recomenda-se a utilização do critério 'distância do município a centros regionais ou grandes centros' como parâmetro auxiliar para alocação de médicos nos programas governamentais de provimento de profissionais.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela, dadas as limitações próprias do delineamento adotado. A principal limitação dos estudos ecológicos é a impossibilidade de relacionar exposição e desfecho no nível individual (falácia ecológica). Por sua vez, os estudos transversais descrevem apenas associações entre variáveis sem possibilidade de estabelecer causalidade. Também devem ser citadas as limitações inerentes às bases de dados secundários consultadas, que dependem da alimentação, completude e atualização garantidas pelos órgãos de origem. A variável dependente foi coletada pela SRS-Montes Claros junto a gestores municipais de saúde e não junto aos profissionais médicos.

Contudo, apesar de tais limitações, o tema pesquisado é muito relevante para a saúde pública e apresenta respostas úteis a gestores e pesquisadores. Trata-se do primeiro estudo realizado sobre a temática no norte de Minas Gerais. Espera-se que seus resultados

contribuam para estimular as discussões sobre a necessidade da adoção de critérios para definição de salários para os médicos contratados para atuação na ESF, objetivando uma maior racionalização e transparência no uso do dinheiro público.

Ao mesmo tempo, é importante considerar as dificuldades enfrentadas nas diversas comunidades rurais da região, que refletem no interesse do profissional pelo trabalho no local, como, além da distância a grandes centros, a dificuldade de deslocamento devido à existência de barreiras geográficas, indisponibilidade de tecnologias como sinal de internet e de telefone, meios de transporte incompatíveis com a geografia ou relevo do terreno ou ausência de infraestrutura para hospedagem e alimentação, por exemplo.

Conclusões

Os resultados deste estudo evidenciam que não foram identificadas associações entre o salário e variáveis que caracterizam as condições sociodemográficas, geográficas e de assistência tais como IDH-M, Índice de Gini, Distância ao Centro Regional e Número de Médicos por

Mil Habitantes. Isso sugere que outros fatores, mais subjetivos e de difícil mensuração, como vontade política ou interesses particulares, podem estar envolvidos na determinação do valor dos salários pagos a médicos contratados da ESF. Portanto, percebe-se a necessidade de definição e implantação de parâmetros claros para contribuição de forma objetiva no estabelecimento do valor do salário de médicos contratados para a ESF.

Colaboradores

Pereira JA (0000-0003-0980-4454)*, Damasceno RF (0000-0002-9525-8527)*, Vieira MRM (0000-0001-5185-5381)* e Haikal DS (0000-0002-0331-0747)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: 1) concepção e o planejamento, análise e interpretação dos dados; 2) elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e 3) aprovação da versão final do manuscrito. De Paula AMB (0000-0002-8715-0030)* contribui para a elaboração do manuscrito com a seguinte atividade: 1) participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, et al. The challenges of teamwork in the family health strategy. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2018 ago [acesso em 2019 fev 2]; 22(4):e20170372. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205.
2. Campos GVS, Pereira Júnior N. Primary care in Brazil, and the Mais Médicos (More Doctors) Program in the Unified Health System: achievements and limits. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 set [acesso em 2018 dez 12]; 21(9):2655-2663. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/en_1413-8123-csc-21-09-2655.pdf.
3. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis* [internet]. 2017 jan/mar [acesso em 2018 dez 13]; 27(1):147-172. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100147&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
4. Poli Neto P, Faoro NT, Prado Júnior JC, et al. Variable compensation in Primary Healthcare: a report on the experience in Curitiba, Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon, Portugal. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 dez 18]; 21(5):1377-1388. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501377&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
5. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. The Mais Médicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 dez 15]; 21(09):2785-2796. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
6. Cavalli LO, Rizzotto MLF, Guimarães ATB. Physicians in the external assessment process of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care, cycles I and II – Brazil. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2018 dez 19]; 40(111):87-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000400087&script=sci_arttext&tlng=en.
7. Scheffer M, coordenador. *Demografia Médica no Brasil 2018* [internet]. São Paulo: FMUSP/CFM/CREMESP; 2018. [acesso em 2019 jun 23]. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf).
8. Cabreira FS, Ritter F, Aguiar VR, et al. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2020 maio 2]; 34(12):e00150117. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public_site/arquivo/CSP_1501_17_Despesa.pdf.
9. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2012 [acesso em 2020 maio 3]; 17(4):821-828. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>.
10. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* [internet]. 2012 [acesso em 2018 nov 11]; 22(4):1293-1311. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
11. Moreira LMC, Ferré F, Andrade EIG. Healthcare financing, decentralization and regional health planning: federal transfers and the healthcare networks in Minas Gerais, Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jan 19]; 22(4):1245-1256. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401245&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
12. Alves MO, Magalhães SCM, Coelho BA. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. *Saúde Soc* [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 25]; 26(1):141-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

- 12902017000100141&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. gov.br/estatisticas/downloads-estatisticas.html.
13. Damasceno RF, Caldeira AP. Teleconsultoria na atenção primária no norte de Minas Gerais: cenário e fatores associados à sua não utilização por médicos. *Reciis* [internet]. 2018 out/dez [acesso em 2019 jun 18]; 12(4):456-465. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1312/2232>.
 14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [internet]. 2013. [acesso em 2018 ago 21]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>.
 15. Menezes ASS, Alves MJS, Gomes TP, et al. Microcefalia relacionada ao vírus Zika e dinâmica familiar: perspectiva da mãe. *Av Enferm* [internet]. 2019 jan/abr [acesso em 2019 jul 19]; 37(1):38-46. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100038&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 16. Leite ME, Melo MASS. Juventudes e espaço urbano: uma análise geográfica na cidade de Montes Claros/MG. *Caderno de Geografia* [internet]. 2017 jan/mar [acesso em 2019 set 29]; 27(48):123-141. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/geografia/article/view/P.2318-2962.2017v27n48p123>.
 17. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [internet]. 2. ed. Brasília, DF: Opas; 2008 [acesso em 2017 dez 12]. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/>.
 18. Ministério da Saúde. Datasus [internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [2017] [acesso em 2017 dez 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthotm.exe?cnes/cnv/prid02MG.def>.
 19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [internet]. [Brasília, DF]: IBGE; [2017] [acesso em 2017 dez 12]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/downloads-estatisticas.html>.
 20. Field A. *Descobrimo a Estatística Utilizando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
 21. Martins PCR, Pontes ERJC, Paranhos Filho AC, et al. Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil – 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 22]; 23(1):91-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000100091&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 22. Pereira AGL, Medronho RA, Escosteguy CC, et al. Spatial distribution and socioeconomic context of tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 13]; 49:48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100234&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en.
 23. Oliveira BLCA, Luiz RR. Racial density and the socioeconomic, demographic and health context in Brazilian cities in 2000 and 2010. *Rev. bras. epidemiol* [internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 3]; 22:E190036. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31038617>.
 24. Clark J, Barnes A, Campbell M, et al. A life or “good death” situation? A worldwide ecological study of the national contexts of countries that have and have not implemented palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* [internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 4]; 57(4):793-801. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30594568>.
 25. Keown P, McBride O, Twigg L, et al. Rates of voluntary and compulsory psychiatric in-patient treatment in England: an ecological study investigating associations with deprivation and demographics. *Brit J Psychiat* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jul 15]; 209:157-161. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27284079>.
 26. Costa SM, Lima CA, Nobre ALCSD, et al. Hypertension bearers with high risk/big risk of cardiovascular

- lar diseases and socioeconomic and health indicators. *Rev. Assoc. Med. Bras* [internet]. 2018 jul [acesso em 2019 ago 1]; 64(7):601-610. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302018000700601.
27. Von Pressentin KB, Mash BJ, Esterhuizen TM. Examining the influence of family physician supply on district health system performance in South Africa: An ecological analysis of key health indicators. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 7]; 9(1):e1-e10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28470076>.
 28. Martins Júnior DF, Felzemburg RDM, Dias AB, et al. Trends in mortality from ill-defined causes among the elderly in Brazil, 1979-2013: ecological study. *Sao Paulo Med. J* [internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 11]; 134(5):437-45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27901244>.
 29. Galavote HS, Franco TB, Freitas PSS, et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde Soc* [internet]. 2016 out/dez [acesso em 2019 ago 15]; 25(4):988-1002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000400988&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 30. Girardi SN, Carvalho CL, Wan Der Maas L, et al. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 3]; 33(8):e00075316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 31. Kotzee TJ, Couper ID. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa? *Rural and Remote Health* [internet]. 2006 [acesso em 2019 ago 14]; 6(3):e581. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16965219>.
 32. Araújo CA, Michelotti FC, Ramos TKS. Government provision programs: profile and motivations of physicians who migrated from Provac to the More Doctors Program in 2016. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 19]; 21(supl1):1217-1228. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501217&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 13 Nov 2019. [acesso em 2020 ago 6]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 173, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União*. 31 Jan 2020. [acesso em 2020 ago 6]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-173-de-31-de-janeiro-de-2020-240912938>.
 35. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2020 maio 5]; 42(esp1):361-378. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nsp1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0361.pdf>.
 36. Cecilio LCO, Reis AAC. Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 25]; 34(8):e00056917. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30133653>.
 37. Caetano CCR, Ávila LAC, Tavares M. A relação entre as transferências governamentais, a arrecadação tributária própria e o índice de educação dos municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Administração Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 22]; 51(5):897-916. Disponível em: <http://www>.

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122017000500897&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

arttext&pid=S0103-49792019000100101&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

38. Massardi WO, Abrantes LA. Dependência dos municípios de Minas Gerais em relação ao FPM. *Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade* [internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 23]; 6(1):173-187. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/financ/article/view/1127/1465>.
39. Medina MG, Almeida PF, Lima JG, et al. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2020 maio 5]; 42(esp1):346-360. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0346.pdf>.
40. Telles H, Silva ALA, Bastos C. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. *Cad. CRH* [internet]. 2019 [acesso em 2019 set 12]; 32(85):101-123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_
41. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet* [internet]. 2019 [acesso em 2019 set 18]; 394(10195):345-356. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2931243-7>.
42. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2020 maio 5]; 42(esp1):208-223. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>.

Recebido em 01/10/2019

Aprovado em 07/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Avaliação participativa de um programa de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Participatory evaluation of a noncommunicable chronic disease prevention and treatment program

Patricia Asfora Falabella Leme¹, Gastão Wagner de Sousa Campos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012604

RESUMO Trata-se da avaliação de um programa de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) oferecido à comunidade de uma universidade pública por ambulatório localizado em suas dependências. O processo avaliativo teve como objetivo apreender a dinâmica e compreender a forma de interação entre os atores envolvidos no cotidiano do programa, partindo do entendimento dos seus grupos de interesse, formados pela equipe, usuários, gestores e profissionais encaminhadores. Realizou-se pesquisa qualitativa de caráter participativo e com dimensão formativa para ampliar a possibilidade de aperfeiçoamento do programa pelos sujeitos envolvidos a partir de elementos oriundos de sua prática. A Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln e o Método Paideia de Campos foram norteadores metodológicos da pesquisa. A análise do material empírico foi agrupada em três núcleos temáticos: método de trabalho, equipe e gestão do programa. Constatou-se que uma escuta reflexiva dos profissionais é fator decisivo para ampliar a autonomia dos usuários e sua adesão terapêutica; a realização de grupos educativos no local de trabalho favoreceu a captação para tratamento e participação dos usuários, especialmente os do gênero masculino; e os encontros dos grupos possibilitam diversos ganhos objetivos e subjetivos, como a interação social entre pessoas de diferentes áreas da universidade.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Planos e programas de saúde. Doenças crônicas. Gestão em saúde.

ABSTRACT *This work concerns the evaluation of a program for the prevention and treatment of Chronic Non-Communicable Diseases (NCD) offered to the community assisted by a public university by means of its outpatient health facility. The evaluation process sought to apprehend the dynamics and to understand the form of interaction between the actors involved in the daily routine of the Program grounded on the understanding of its interest groups, composed of staff, users, managers and referral professionals. A qualitative, participatory and formative research was conducted to broaden the Program possibilities of improvement by the stakeholders based on elements derived from their experience. Guba' and Lincoln' Fourth Generation Evaluation and Paideia' Method of Campos guided the research methodology. The empirical material analysis was grouped into three thematic clusters: working method, team, and program management. It was revealed that a reflective listening by professionals is a deciding factor to extend the autonomy of users and their therapeutic adherence; that the gathering of educational groups in the work premises favored the participation of users and their capture for treatment, especially as for males; and that the group meetings allow for various objective and subjective gains, such as social interaction among people from different areas of the University.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.
patricia@cecom.unicamp.br

KEYWORDS *Health evaluation. Health services research. Health programs and plans. Chronic disease. Health management.*



Introdução

Este artigo trata da avaliação de um programa de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ofertado por ambulatório que atende à comunidade interna de uma universidade pública da cidade de Campinas, São Paulo, com população estimada em 50 mil pessoas.

A ideia do programa, implantado em 2013, surgiu após a identificação de um perfil preocupante em um dos órgãos da universidade: a maioria com níveis de Pressão Arterial (PA) limítrofes ou elevados, sobrepeso ou obesidade, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo; grupo formado principalmente por funcionários não docentes do sexo masculino, entre 45 e 64 anos de idade, com menor faixa salarial e baixa escolaridade.

O programa foi pioneiro em sua instituição por utilizar intervenção coletiva com equipe multidisciplinar embasada nas publicações 'Como trabalhamos com grupos'¹ e 'Entrevista motivacional no cuidado à saúde'². A Entrevista Motivacional foi utilizada originalmente para auxiliar alcoolistas e posteriormente adaptada para diferentes contextos da área da saúde³. Os profissionais receberam recomendações para adotar postura de orientadores e evocar motivação para a mudança sem impor soluções, evitando julgamentos e respeitando a autonomia e a liberdade de escolha do usuário.

Existem duas vertentes do Programa: uma denominada Motivacional, voltada para toda a comunidade no campo da promoção de saúde, e outra que faz seguimento de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), denominada Terapêutico. A equipe de profissionais é formada por clínicos, dentistas, educador físico, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogas, psiquiatras e assistente social.

A vertente Motivacional possui dois objetivos: provocar mudanças benéficas por meio de reflexão coletiva sobre conceito de saúde, autocuidado, corresponsabilização,

cultura do excesso, poder de escolha *versus* vitimização, estilo de vida para se ter saúde, que inclui alimentação saudável, prática de atividade física, abandono de vícios etc., entre outros temas; e, por meio da aferição de PA, glicosimetria e Índice de Massa Corpórea (IMC), encaminhar os usuários com resultados alterados para outras formas de cuidado, como o Terapêutico. Realizam-se encontros com duração de 90 minutos, em grupos com cerca de doze usuários e três profissionais, orientados a operar com diretrizes gerais da saúde coletiva se posicionando para além do seu núcleo. A distinção entre campo e núcleo de saberes e práticas foi definida anteriormente por Campos⁴.

Para favorecer a adesão dos servidores, ocorre uma fase prévia de sensibilização das chefias e indica-se um facilitador local para organizar os encontros, que acontecem no próprio local de trabalho, em horário laboral. Até 29/08/2018, 1.011 usuários de 17 setores da universidade já haviam participado dos encontros. O perfil desses usuários é de aproximadamente 53% do gênero masculino e 79% na faixa entre 30 e 59 anos, sendo cerca de 30% encaminhados para a outra vertente do programa, dita Terapêutico.

O Terapêutico objetiva motivar o autocuidado e a adesão ao tratamento da HAS, doença que vem apresentando prevalência crescente: verificou-se entre municípios de São Paulo, de 2003 a 2015, um aumento de 27% na faixa de 20 a 59 anos e de 19% a partir de 60 anos⁵. O Ministério da Saúde prioriza esse agravo e recomenda seu manejo adequado, gestão da linha do cuidado, vinculação e responsabilização com equipes e produção da autonomia do usuário⁶. Nesse caminho, o Terapêutico cria um espaço de diálogo e troca de vivências e experiências, de forma a contribuir com o fortalecimento dos sujeitos para que se reconheçam capazes de provocar mudanças em suas vidas e resgatar poderes muitas vezes perdidos no contexto do adoecimento.

Além do cuidado individual, os usuários

participam, a cada quatro meses, de encontros grupais de uma hora com 15 pessoas. Os profissionais ofertam informações tanto no campo da promoção à saúde como em seus núcleos, como especialistas. Aferição de PA e cálculo de IMC seguem-se por fala aberta dos participantes, com estímulo ao compartilhamento de experiências e espaço para questões subjetivas. Logo após esse momento, usuários com demandas identificadas previamente nos prontuários ou durante os grupos passam em consulta com médico ou enfermeiro.

No momento da pesquisa, cerca de 600 usuários hipertensos estavam cadastrados no Terapêutico. O perfil de 2018 revelou 51% do sexo masculino, 6% na faixa etária dos 20 aos 40 anos, 18% dos 41 aos 50 anos, 34% dos 51 aos 60 anos e 42% acima de 60 anos.

Para elaborar o programa em questão, em termos de seu conteúdo e formato, aprendido sobre Entrevista Motivacional, e discussão sobre dinâmicas de grupo, foi criado um espaço coletivo de gestão com profissionais e gestores de diversas áreas; tal espaço foi mantido e, atualmente, é utilizado para discutir questões operacionais, construção de projetos terapêuticos singulares e contratar mudanças para melhor alcance dos objetivos. Definem-se como espaços coletivos:

[...] Arranjos ou dispositivos (settings) que propiciem a interação inter sujeitos. Mais ainda, espaços em que a análise de situações e a tomada de decisão seja possível. Instituir o hábito de avaliar os processos e tarefas, redefinindo-os conforme o acordado⁷.

Após alguns anos de implantação dessa oferta de saúde, nasceu em seus profissionais e gestores a vontade de compreendê-la melhor por meio de uma avaliação, que viria a ser a primeira avaliação sistemática de ação ou programa nessa unidade de saúde, e, por seu intermédio, gerar novos espaços coletivos de reflexão agregando usuários, possibilitando-se análises e intervenções mais qualificadas para trazer melhorias.

Metodologia

A pesquisa ocorreu em um centro de saúde universitário e o objeto da avaliação foi seu programa de prevenção e tratamento de DCNT. A escolha do método, pactuada em reunião do Colegiado Gestor do Órgão, partiu da premissa de envolvimento participativo de usuários, profissionais e gestores. Assim, muito além de ser instrumento de gestão do programa, se agregaria ao ato de avaliar uma oportunidade de trazer reflexões transformadoras de pessoas.

Assim, tomando-se como bases metodológicas a Avaliação de Quarta Geração de Guba & Lincoln⁸ e o Método Paideia de Campos⁴, realizou-se pesquisa qualitativa formativa centrada em grupos de interesse, adotando-se perspectiva construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética para análise do corpo de informações recolhidas.

A Avaliação de Quarta Geração baseia-se em ‘negociação e construção’ entre organizações, grupos ou indivíduos, denominados *stakeholders*, ou grupos de interesse. Propõe-se ouvir usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores para a avaliação de serviços e programas de saúde⁹⁻¹¹, desvelando-se aspectos das relações que constituem seu cotidiano, além de números e aspectos do que é ofertado. Já o Método Paideia ou Método da Roda, é uma proposta de reforma democrática das instituições que cria arranjos de cogestão de coletivos organizados para realizar alguma tarefa ou objetivo – com negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos e planos entre usuários, trabalhadores e governantes. Reconhece uma tríplice finalidade das instituições e organizações de saúde: produzir valores de uso; permitir e estimular os trabalhadores a ampliarem sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, sua realização profissional e pessoal; e garantir a própria sustentabilidade e reprodução da instituição. O método possui três eixos de aplicação: apoio institucional, apoio matricial e clínica ampliada e compartilhada^{4,12}.

Furtado¹¹ observou a existência de alinhamento entre Método Paideia e Avaliação de Quarta Geração: ambos possuem referencial participativo e construtivista e uma lógica da regulação democrática, oferecem espaços grupais de discussão e têm objetivos ligados à capacitação e desenvolvimento de coletivos implicados em programas ou serviços.

Esta pesquisa cumpriu as seguintes etapas da Avaliação de Quarta Geração:

1) Formalização do contrato e identificação dos grupos de interesse – a proposta foi validada pelo colegiado gestor da instituição e pela equipe de profissionais do programa, que elegeram quatro grupos de interesse:

a) Equipe: profissionais que atuavam no programa;

b) Usuários: selecionados por amostra intencional sob o critério de boas condições de comunicação e, para os do Terapêutico, também ter participado de pelo menos três encontros, ou frequentar o grupo há pelo menos um ano;

c) Gestores: profissionais hierarquicamente superiores aos membros da equipe ou do grupo gestor de promoção à saúde e prevenção de doenças da instituição; e

d) Profissionais encaminhadores: foram convidados por amostra intencional profissionais da assistência que poderiam encaminhar os usuários para o programa e não participavam diretamente dele.

A inclusão deste último grupo foi feita por sugestão da equipe; o surgimento de novos grupos de interesse durante a avaliação é considerado provável por Guba & Lincoln: “Aliás, é dever do avaliador fazer todo o possível para revelar outros públicos”⁸.

2) Coleta de dados – análise de documentação referente ao programa, observação livre e não participante e oficinas com cada grupo de interesse. As impressões colhidas foram registradas em diário de campo.

Conduziram-se seis ‘Oficinas de avaliação e proposições’ sob critérios de saturação da amostragem¹³: duas para o grupo equipe, duas para os usuários, uma para o grupo gestores e uma para os profissionais encaminhadores, com cerca de duas horas cada. Três questões iniciais orientadoras foram demandadas: O que você aprecia no programa?, O que não aprecia? e Você daria alguma sugestão para trazer melhorias ao programa?. Depois, realizaram-se círculos hermenêutico-dialéticos, que, ao final, resultaram em construções conjuntas de cada grupo de interesse a partir das falas originais dos participantes individuais. As oficinas foram gravadas e transcritas.

As respostas e os comentários coletados foram organizados em três Unidades de Análise Temáticas: Pontos Positivos, Pontos Negativos e Sugestões de Melhoria. Em seguida, utilizaram-se categorias de análise não apriorística para abrir a possibilidade de interpretação do material produzido. Essas categorias foram denominadas Unidades de Informação: Método, Profissionais e Gestão. Dessa forma, foram produzidos quadros que sistematizaram o conjunto de informações de cada grupo de interesse.

Por fim, conduziu-se uma ‘Oficina de negociação e validação’ com dois representantes de cada grupo de interesse selecionados por disponibilidade de data – à exceção do grupo de usuários, com apenas um – totalizando-se nove. Nessa etapa, foram realizados círculos hermenêutico-dialéticos em que os textos e narrativas elaborados pela pesquisadora foram devolvidos aos grupos para que fossem emendados ou validados, elaborando-se uma nova e única construção contendo ações separadas por ordem de prioridade para execução futura.

3) Análise – foi cumprida pela constituição do *corpus*, i.e, compilação de documentos referentes ao Programa, transcrição e resumo de cada oficina, síntese dos dados coletados na observação e na organização dos relatos provenientes do diário de campo, por leitura flutuante, identificação das Unidades Temáticas e das Unidades de Informação e leitura transversal e interpretação, utilizando-se a triangulação de métodos¹⁴.

O projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 831562176.0000.5404, e aprovado por meio de parecer substanciado de número 2.544.906. Realizou-se uma análise de implicação¹⁵ da pesquisadora, gestora na instituição em questão.

Resultados e análise

Houve 52 participantes distribuídos em quatro grupos de interesse (*quadro 1*). O grupo de

usuários, com maioria do sexo masculino, coincide com o perfil do programa, mas não com dados da literatura; Couto e cols.¹⁶ relataram que tais indivíduos participam menos de atividades educativas de grupo e consultas de enfermagem na atenção primária:

[...] verificamos pouca presença masculina nos grupos educativos ... A caracterização da presença dos homens nos serviços indica que estes costumam priorizar o aspecto curativo, a restauração da integridade corporal e sua funcionalidade adequada.

Quadro 1. Caracterização da amostra

Grupo de interesse	Nº	Média de idade (anos)	Gênero	Características
Equipe	14	44	F = 11 M = 3	4 enfermeiros 2 médicos clínicos 2 psicólogas 2 nutricionistas 2 fisioterapeutas 1 educador físico 1 assistente social - Participação média de 3 anos no programa
Usuários	21	52	M = 11 F = 10	Grupo Motivacional = 3 Grupo Terapêutico = 20 - Participação média de 8 encontros, maioria de funcionários Paepe*
Gestores	10	47	F = 6 M = 4	2 dentistas 2 médicos clínicos 2 enfermeiros 2 profissionais administrativos 1 médico psiquiatra
Profissionais encaminhadores	07	45	M = 4 F = 3	3 enfermeiros 2 médicos clínicos 1 técnica de enfermagem 1 dentista
Total	52			

Fonte: Elaboração própria.

*Funcionários Paepe = Profissionais de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão.

Estes autores também observaram maior presença de homens em serviços que disponibilizavam atendimento nas 24 horas, aos sábados ou à noite, assim como no horário de almoço; portanto, sendo quase toda a amostra

de usuários composta por servidores, acredita-se que a oferta do objeto avaliado no local e durante a jornada de trabalho tenha influenciado na maior adesão do público masculino ao programa.

A comunidade universitária é composta por docentes, técnicos e estudantes, e a presença de apenas um aluno pode relacionar-se à faixa etária mais jovem dessa categoria, com menor prevalência de HAS, além da dificuldade de horários pelas disciplinas cursadas. Ainda, a média de idade de 52 anos desse grupo de interesse segue o aumento da prevalência de HAS ao longo da vida¹⁷; já o baixo número de pessoas muito idosas explica-se por sua opção

frequente por transferir seu cuidado para a Unidade Básica de Saúde após a aposentadoria.

Construção de significados

Na fase de observação do ‘Motivacional’, captaram-se alguns significados construídos pelos usuários sobre o que é ter saúde, estratégias e dificuldades no autocuidado (*quadro 2*);

Quadro 2. Significados construídos pelos usuários do Motivacional

O que é ter saúde	Falas
1- Ser independente	1 - “É tudo, se a gente não tiver não faz nada, depende dos outros”
2 - Um bem valioso e insubstituível	2 - “Dinheiro a gente constrói com o trabalho, mas se perder a saúde não tem volta”
3 - Bem-estar	3 - “Sentir-se bem”
Estratégias de autocuidado	Falas
1 - Adotar um estilo de vida saudável	1 - “Comer bem e fazer exercícios”, “Tomar bastante água”, “Dormir bem”, “Não exagerar nos alimentos”
2 - Cuidar da saúde emocional	2 - “Saber ser feliz, ter o coração saudável... Equilíbrio emocional!”
3 - Fazer exames regularmente	3 - “Todo ano faço check up: avalio pressão, diabete, triglicérides, faço exame de toque retal”
Dificuldades no autocuidado	Falas
1 - Dupla jornada, sobrecarga, falta de tempo	1 - “Tenho tido dificuldades com o tempo. Filhos, marido, trabalho... estou sobrecarregada. Mas eu sei que preciso”
2 - Interpretar a mudança de hábito como compulsória	2 - “Quando a gente acha que é obrigação, depois de algum tempo, a gente quer se libertar, considera uma ‘privação’”
3 - Demora no alcance dos resultados	3 - “Tudo hoje é muito rápido, a comunicação, com a internet. Daí, quando a gente não consegue rápido o resultado que quer, a gente abandona... A gente não tem noção de que tem que ser contínuo e não pontual. Não tenho que fazer exercício para perder peso, mas pela saúde”.

Fonte: Elaboração própria.

Da mesma forma, a observação do Terapêutico trouxe à tona significados com relação às estratégias de autocuidado no

controle da PA e às dificuldades com esse objetivo (*quadro 3*).

Quadro 3. Significados construídos pelos usuários do Terapêutico

Estratégias de autocuidado para controle da pressão arterial	Falas
<ul style="list-style-type: none"> - Tomar as medicações prescritas - Fazer atividade física - Restringir a alimentação - Medir a PA no Centro de Saúde da Comunidade (Cecom) e em casa 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>"Tomo todo dia às 5h00 e às 17h00"</i> - <i>"Todo dia eu ando de bicicleta"</i> - <i>"Faço natação e controlo a alimentação"</i> - <i>"De duas a três vezes por semana. Aqui no grupo, me falaram para medir pelo menos uma vez por semana; mas quando estou muito suado, de noite, também meço"</i> - <i>"Recomendo para todo mundo a paz de espírito. Estou de bem com a vida"</i>
Dificuldades no autocuidado	Falas
<ul style="list-style-type: none"> - Esquecer de tomar a medicação - Muitos encontros sociais - Gostar de refrigerante 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>"Já me esqueci de tomar durante três dias. Aliás, agora tenho uma caixinha onde coloco os remédios por dia, para eu me lembrar se já tomei ou não"</i> - <i>"Muita festa, muita comida, Natal, Ano Novo..."</i> - <i>"Meus filhos é que dão bronca em mim, eu é que tomo refrigerante"</i>

Fonte: Elaboração própria.

Unidades de Análise Temática e Unidades de Informação

As 'Oficinas de avaliação e proposições' originaram as Unidades de Análise Temática

'Pontos positivos e pontos negativos, ou desafios, e sugestões', desdobradas nas Unidades de Informação: Método, Profissionais e Gestão, tanto para o Motivacional (*quadro 4*) como para o Terapêutico (*quadro 5*).

Quadro 4. Unidades de Análise Temáticas do Programa Motivacional

Pontos positivos
<p>A) método</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelo de 'fala aberta' e escuta qualificada - cuidado multidisciplinar - espaço para reflexão profissional após cada encontro - captação e oferta para continuidade de cuidado dos usuários com elevação de pressão arterial, glicemia capilar ou imc <p>B) profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> - clareza em seu papel e nos objetivos do programa - busca constante de aperfeiçoamento na escuta - aprendizado e aceitação com relação ao trabalho em grupos e em equipe - transferência da expertise dos grupos para os atendimentos individuais - melhoria na relação de poder com os usuários - participação ativa nas melhorias do programa - apropriação na construção do programa e expressão de satisfação em executá-lo <p>C) gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - 'apoio institucional' ao programa desde a sua idealização - espaço coletivo mensal com reflexões que resultam em melhorias para o programa - presença essencial de uma gestão administrativa do programa - apoio dos gestores das áreas assistenciais na valorização desse novo modelo de ação em saúde
Desafios e sugestões
<p>a) método</p> <ul style="list-style-type: none"> - ainda é preciso melhorar a escuta profissional e a forma de conduzir os grupos - alguns participantes dos encontros com medidas alteradas não são encaminhados para seguimento no ambulatório, por não serem parte da sua clientela, como, por ex., funcionários terceirizados da limpeza

 Quadro 4. (cont.)

Desafios e sugestões

B) profissionais

- reforçar um olhar mais sensível às singularidades, desejos e possibilidades dos usuários, evitando-se a culpabilização e auxiliando a construção da sua autonomia para a promoção da saúde

C) gestão

- criar um espaço ou instrumento oficial de feedback dos usuários que permitam melhor avaliação dos resultados e a construção de novas melhorias para o programa
 - melhorar a divulgação interna, ao cecom e à universidade, e externa do programa
 - ofertar ações de treinamento para os profissionais
 - garantir equipe mínima de profissionais necessária ao alcance dos objetivos do programa
-

Fonte: Elaboração própria.

 Quadro 5. Unidades de Análise Temáticas do Programa Terapêutico

Pontos positivos

A) método

- modelo de 'fala aberta' e escuta qualificada
- cuidado multidisciplinar
- favorece vínculo à equipe do programa
- monitoramento do peso e da pa como fator motivacional
- oportunidade de consulta médica ou de enfermagem após os encontros
- contato qualificado feito pela assistente social com os usuários faltosos

B) profissionais

- clareza em seu papel e nos objetivos do programa
- busca constante de aperfeiçoamento na escuta
- aprendizado e aceitação com relação ao trabalho em grupos e em equipe
- transferência da expertise dos grupos para os atendimentos individuais
- participação ativa nas melhorias do programa
- vínculo estreito com os usuários
- melhoria na relação de poder com os usuários
- empenho na solução das demandas dos usuários pela articulação com as demais ofertas do serviço

C) gestão

- 'apoio institucional' ao programa desde a sua idealização
 - eficácia do programa: resultados objetivos e subjetivos
 - espaço coletivo mensal com reflexões que resultam em melhorias para o programa
 - presença essencial de uma gestão administrativa do programa
 - apoio dos gestores das áreas assistenciais na valorização desse novo modelo de ação em saúde
-

Desafios e sugestões

A) método

- ainda é preciso melhorar a escuta profissional e a forma de conduzir os grupos: falar menos, focar nas conquistas
- diversificar as ofertas nos encontros e utilizar mais recursos audiovisuais
- refletir sobre número e composição multiprofissional ideal dos grupos
- criar um momento de integração entre usuários e profissionais ao final dos primeiros encontros, para início ou fortalecimento do vínculo
- estabelecer um espaço de reflexão dos profissionais ao final de cada encontro

B) profissionais

- reforçar um olhar mais sensível às singularidades, desejos e possibilidades dos usuários, evitando-se a culpabilização e auxiliando na construção da sua autonomia para a promoção da saúde
-

Quadro 5. (cont.)

Desafios e sugestões

- C) gestão
- estabelecer critérios formais de acesso, seguimento e alta do programa
 - criar estratégias para aumentar a captação dos usuários hipertensos
 - estratificar o risco dos usuários novos com vistas à atenção prioritária dos casos mais severos
 - criar estratégias de cuidado prioritárias para hipertensos de alto risco que não aderem a grupos
 - utilizar melhor ou criar novos espaços coletivos
 - melhorar a articulação do programa 'cuide-se' aos demais programas do cecom
 - inserir novas tecnologias ao programa: aplicativos, grupo de whatsapp
 - estimular a realização de pesquisas científicas
 - melhorar a divulgação interna e externa do programa
 - ofertar ações de treinamento para os profissionais
 - garantir equipe mínima de profissionais necessária ao alcance dos objetivos do programa

Fonte: Elaboração própria.

Na 'Oficina de negociação e validação', representantes dos grupos de interesse agruparam e priorizaram as sugestões em um plano de ação, a ser executado ao término da avaliação.

Reflexão

Considerando-se a frequência com que aparecem nas falas dos diversos grupos de interesse e relevância no contexto avaliatório, foram destacados alguns temas para discussão.

O PAPEL DA ESCUTA

O modelo de escuta qualificada e compartilhamento de experiências entre os usuários do Programa ora avaliado é, per se, instrumento que pode favorecer a ampliação do objeto de trabalho e a procura por resultados eficientes, além de auxiliar o desenvolvimento de habilidades pessoais e a produção crescente de autonomia no processo de cuidar da própria saúde, recomendação da Nova Promoção da Saúde¹⁸.

Eu participo do grupo há um bom tempo, é uma experiência que tá dando certo, e realmente os usuários gostam de participar, tem uma expressão livre 'né'? Ficam muito à vontade, trazem suas dúvidas. A fala aberta eu acho que é um dos pontos positivos mesmo. (Nutricionista).

Na prática clínica tradicional, a escuta objetiva auxiliar a formulação de diagnósticos, aprendendo inclusive o que deve ser ouvido e o que deve ser ignorado. Segundo Ramos Jr.¹⁹, citado por Bedrikow e Campos²⁰⁽⁶¹⁰⁾:

[...] a anamnese deve ser feita correspondendo à informação e à composição dos sintomas, de tal forma que seja possível o raciocínio para os diagnósticos obrigatórios, anatômicos, funcionais e etiológicos. Deverão ser expurgadas todas as informações ou expressões que nenhuma relação apresenta com a fisiopatologia do órgão em questão.

Outro tipo de escuta, centrada na relação clínica junto à fala do usuário, foi proposta por Freud no início do século 20, segundo Onocko Campos e Campos²¹; e Balint²⁰, citado por Bedrikow e Campos²⁰⁽⁶¹²⁾, sugeriu "entrevista prolongada, com base na habilidade da escuta por parte do médico". Tal escuta é ferramenta essencial da Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito, em que, além da enfermidade, segundo Campos⁷⁽⁵⁷⁾, "pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica". Nessa linha, Cunha entende que sujeitos com hipertensões arteriais semelhantes, mas contextos diferentes podem apresentar

consequências e gravidades distintas, e que o grande benefício seria produzir um projeto terapêutico considerando-se essas distinções singulares, como, por exemplo, estar ou não empregado²².

A equipe baseia-se neste segundo tipo de escuta, embora ressalte que profissionais ainda intervêm desnecessariamente durante os encontros, sugerindo mudanças de hábito baseadas em suas próprias vivências e realidade. Isso pode ocorrer em razão de sua pouca expertise no instrumento. Diante disso, foi sugerida uma ação educadora sobre ‘como conduzir a escuta’.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Motivacional, inicialmente, direcionava-se à prevenção de HAS, Diabetes Melito (DM) e obesidade, seguindo o modelo de Leavell & Clark²³ de foco na doença. Reflexão da equipe em seu espaço coletivo concluiu que os participantes, muitos sem doenças crônicas diagnosticadas, se beneficiariam mais de abordagem focada no cuidado à saúde. Assim, atualmente o modelo afina-se aos objetivos propostos na Carta de Ottawa²⁴, atuando para capacitar os usuários tanto na identificação como no controle dos fatores determinantes da sua saúde, por meio de mudanças no modo e nas condições de vida.

Todavia, parece assemelhar-se à ação de *empowerment* psicológico de Carvalho²⁵, restrita à esfera microindividual e superlativando o potencial de influência dos usuários sobre a própria saúde – ainda que importante –, desconsiderando o contexto sociopolítico em que estão inseridos. Assim, recomenda-se incluir uma reflexão sobre qualidade de vida no trabalho e seus determinantes, ampliando-se a dimensão do programa para uma ação de *empowerment* comunitário, objetivando uma transformação do *status quo*.

Outra sugestão é articular conceitos de promoção da saúde e redução de danos na proposição de estratégias aos usuários de contextos singulares difíceis, evitando-se

neles o sentimento de culpa e uma vida presa a “mecanismos disciplinares e higienistas”²⁶.

Às vezes, a gente pensa no ideal... a gente quer o bem deles, não é? Ontem, uma mulher falou: Eu tenho duas filhas, e não dá pra fazer exercício físico... Daí a gente pergunta: o que você enxerga que é possível fazer? Duas vezes por semana... Vai ser o suficiente pra diminuir a pressão dela? Talvez não, mas naquele momento é aquilo que ela consegue. (Profissional).

INTERDISCIPLINARIDADE

O cuidado multiprofissional foi outro destaque positivo do Programa capaz de mudar o paradigma da Instituição com relação aos atendimentos em grupo e ao sentido do trabalho em equipe:

É natural que na Saúde as pessoas formadas com foco principal na atenção individual desconfiem bastante da atenção coletiva, não valorizem o suficiente... e eu percebo que isso foi bastante superado. (Gestora).

Os resultados da pesquisa permitem classificar a equipe do programa como ‘interdisciplinar’ e ‘equipe integração’. Segundo Almeida Filho²⁷, interdisciplinaridade exige identificação de uma problemática comum e plataforma de trabalho conjunto, em que se produz “um discurso capaz de atravessar as fronteiras disciplinares”, e, segundo Peduzzi²⁸, na ‘equipe integração’ ocorreria uma contemplação da multidimensionalidade do objeto de trabalho de cada área profissional. A equipe relatou, em várias ocasiões, ganhos na troca de conhecimentos, colaboração e integração:

Antes de participar do programa ‘eu via uma Hipertensão’, e já encaminhava pro médico... Hoje em dia já dou aula, praticamente... Diminuí a minha angústia, melhorou a qualidade da consulta, a pessoa sai muito mais agradecida, muitas vezes até do Pronto Atendimento ... (Enfermeira).

RASTREAMENTO

É inequívoco o impacto da redução da PA na morbidade e mortalidade prematura²⁹; porém a HAS, frequentemente assintomática nos estágios iniciais, não é sequer diagnosticada, tanto que, no Brasil, essas taxas variam entre 22% e 77%³⁰. Assim, a identificação pelo Motivacional de indivíduos com PA elevada para tratamento e controle efetivo é considerada de extrema relevância, e foi reconhecida:

Lá mediram minha pressão, e estava um pouco acima do normal. Aí me encaminharam pra cá, comecei a fazer acompanhamento... Eu acho que se não tivesse ido lá, teria demorado mais tempo pra descobrir. (Usuária).

APOIO INSTITUCIONAL

“[...] é uma função gerencial para a cogestão usada nas relações entre serviços e entre gestores e trabalhadores. Pressupõe postura interativa, tanto analítica como operacional”³¹⁽⁵⁰⁾, podendo ampliar a capacidade de intervenção sobre a oferta e auxiliar a realização pessoal e profissional⁴. Oferecida regularmente à equipe do Programa, desde o seu embrião por gestora da própria instituição, foi fundamental na sua criação e na consolidação como modelo pioneiro.

Em 2012 fomos a um órgão da universidade e 85% dos funcionários tinham PA elevada... a maioria era SUS dependente, e por incrível que pareça, já eram pacientes daqui muito antigos. Daí resolvemos apostar num trabalho específico, coletivo pra abordar a hipertensão... Então fizemos um modelo experimental com uma equipe multiprofissional convidada, inclusive, pra opinar no modelo. Então é um programa que começou já de forma bem participativa.... (Gestora, apoiadora).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Identificou-se que o Terapêutico fez uso

inicialmente daquilo que Freire³²⁽⁷⁸⁾ chamou ‘educação bancária’ ao “ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir ‘conhecimentos’ e valores aos educandos, meros pacientes”. Um usuário explicou:

Porque fica assim, só vocês falam e a gente ouve aquelas coisas, maravilha, desperta bem a gente. Mas a gente fica só sentado, a gente não tem uma atividade... o cérebro da gente não trabalha, só acumula.

Atualmente, objetiva-se a prática oposta de ‘educação libertadora, problematizadora’, em que os participantes são vistos como reflexivos, críticos e criadores:

Minha alimentação era muito crítica... À noite eu comia 8 paçocas grandes... Hoje aprendi que não é bem por aí o caminho. Eu tenho me ensinado, os colegas também, os profissionais, que comer faz parte da vida, mas também você tem que ser regrado, principalmente na idade que a gente está. (Usuário).

Entretanto, os usuários também valorizam a necessidade de informação: “A gente está vendo bastante fakenews, não é? O que é realmente verdade, sobre os riscos da hipertensão?”. Na Oficina de Validação, combinou-se, então, estimular a reflexão autocrítica compartilhada e, simultaneamente, ofertar conhecimento seguro para auxiliar no aprendizado e na ampliação de autonomia pelos usuários.

ADSCRIÇÃO E VÍNCULO

A avaliação constatou adscrição formal dos usuários à sua equipe multiprofissional. Modelo do Programa, sítio do ambulatório dentro da universidade e registro dos encontros em prontuário foram considerados facilitadores de vínculo longitudinal³³. A oportunidade de consulta logo após os encontros tem servido para solicitação e análise de exames complementares; escuta a demandas particulares; reforço da adesão terapêutica; ou, simplesmente, emissão de receitas.

Acho legal essa coisa de passar no médico depois do grupo. Um dia minha pressão estava alta, então o médico já avaliou se ia precisar de medicação, entendeu? Vai ganhando tempo! (Usuário).

Seus principais ganhos decorrem de potencial terapêutico, com redução significativa da mortalidade na maior continuidade dos cuidados³⁴, somado à possibilidade de se construírem sujeitos autônomos, aprimorar relações interpessoais e gerar um melhor ambiente de cuidado.

O grupo de usuários valorizou o contato com faltosos como estratégia de cuidado que reforça adesão terapêutica:

Eu tinha grupo e no dia faleceu alguém da família e acabei não indo. Aí eu falei: já que eu não fui, nem vou mais! Então me ligaram pra saber o motivo... mostrou realmente que eles estão preocupados com a minha saúde. Ela falou: não, você não pode, você tem que cuidar da sua saúde... e ela já agendou pra mim de novo. (Usuário).

RELAÇÕES DE PODER E SEUS EFEITOS

Segundo Foucault³⁵, ao longo dos séculos, uma relação de poder vem sendo consentida entre profissionais de saúde e usuários por meio de uma tecnologia que chamou ‘biopoder’, intervindo ao mesmo tempo sobre cada um e sobre a população. O filósofo encontrou nos conhecimentos instrumento e justificativa para o exercício do poder e declarou sua luta contra os privilégios do saber³⁶.

Eu acho que a gente muitas vezes faz essa marcação, tanto do doente, hipertenso, quanto do profissional, que detém o conhecimento. E a gente detém o conhecimento a partir da perspectiva da nossa realidade. (Nutricionista).

A equipe preocupa-se enfaticamente em melhorar essa relação, exercitando sua escuta com menos falas e conhecimentos impostos e criando maior oportunidade de posicionamento,

reflexão e autocrítica por parte dos usuários; entretanto, simultaneamente, está impelida de transformar o estilo de vida dos usuários. Os resultados, medidos por meio de esfigmomanômetros, balança e exames, lhes têm feito experimentar ora alegria e otimismo ora angústia e sensação de impotência:

Às vezes a gente insiste: Você tem que mudar..., mas a pessoa não quer, não está motivado, está numa fase de negação, por diversos motivos, e a gente se frustra, porque trabalhar com saúde e com doença é uma coisa muito difícil. Não é?

As dificuldades para mudar hábitos nem sempre se relacionam à falta de motivação ou de conhecimento sobre os benefícios da mudança, com destaque para os determinantes sociais da saúde³⁷ e para a influência exercida pela desigualdade social. Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013³⁸, a prevalência de HAS revelou-se maior naqueles com menor escolaridade, que também apresentaram cinco vezes mais limitações dela provenientes. Ademais, conhecer essa doença não tem se associado à atitude de práticas saudáveis, porque, embora entendam como necessário, poucos mostram motivação concreta para adotá-las³⁹, provavelmente pela evolução silenciosa e natureza crônica da hipertensão, além da presença de modelos de estilos de vida e de condições sociais que tendem a ser estáveis⁴⁰.

RESULTADOS E GANHOS

Um resultado almejado nesse Programa é a adesão terapêutica, que sofre influência de características do medicamento, relação de confiança entre usuário e profissional e atitudes do prescritor⁴¹. Podem ser facilitadores, além do maior tempo dispensado pela equipe, o respeito pelos pacientes e suas crenças, utilizando-se linguagem popular e tentando-se alcançar o seu universo cultural. E a dificultam pela ausência de sintomas, ‘uma má compreensão acerca da importância do tratamento ou da gravidade da enfermidade’, ou a falta

de aceitação quanto a ser portador de uma doença crônica estigmatizante:

Quando eu me vi com hipertensão tive uma resistência, e depois o grupo foi me ajudando a aceitar essa condição... O teu psicológico demora pra... Falei: 'Eu não sou hipertensa, eu estou num estado de pressão alta, mas eu não aceito isso...', mas eu acredito que eu possa melhorar e que posso sair do remédio e falar: 'Eu não sou mais hipertensa'. (Usuária).

Profissionais que atendem usuários, mas não participam do Programa, o reconhecem como uma ferramenta valiosa e eficaz na complementaridade do cuidado da HAS:

[...] a gente acaba não tendo tempo na consulta de se aprofundar naquele assunto. No geral, o paciente que adere ao programa, acaba se beneficiando bastante.

E os encontros também se revelaram um lugar de convívio social para os usuários:

Acho que essa conversa com outras pessoas da universidade é essencial pra nós... O encontro, a interação, acho melhor do que vir aqui me preocupar com peso...

Finalmente, um melhor controle da PA parece estar sendo alcançado. Por tratar-se de estudo qualitativo, obteve-se esta validação pelos depoimentos dos *stakeholders*:

Minha pressão era sempre alta! Então, depois que criaram o grupo, eu procurei ir em todas as 'palestras'. A partir daí eu sinto que a minha pressão está mais controlada... de não ingerir tanto sódio... E também pela prática de atividade física, que tem ajudado bastante também. (Usuário).

Nós fizemos um levantamento, e após a implantação do programa houve uma redução de 40% nas crises hipertensivas. (Gestora).

E, acima de qualquer resultado concreto

e planejado, a fala de uma das profissionais resume de forma brilhante os potenciais ganhos do Programa avaliado:

Tem muito ganho. Não adianta a gente imaginar que é só o controle da pressão. Um vai melhorar a pressão, outro vai emagrecer... e muitos vem pra cá porque estão sozinhos, e que virão ao grupo 15 anos não só pra tratar a pressão, mas pra se relacionar... O grupo é terapêutico mesmo: pelas trocas, por ter toda uma equipe disponível ali, fazendo uma escuta, estimulando, que a maioria deles não sabe nem perguntar, e aí a pergunta do outro ajuda muito ele a refletir... Pensa: nossa, aquele lá é magrinho, vai fazer 80 anos... puxa, aquele homem mexeu comigo... Então o efeito terapêutico do grupo, é antes, durante e depois. E cada um aproveita do seu jeito.

Considerações finais

O Programa avaliado envolve relevantes campos como promoção da saúde e cuidado aos indivíduos portadores de hipertensão arterial. Avaliar serviços e programas de saúde pode servir apenas como ferramenta para produzir e melhorar índices de desempenho ou, por meio de espaços coletivos, tornar-se um exercício de cogestão, com acréscimo à própria ação, à democracia nas instituições e à construção de pesquisadores, gestores, profissionais e usuários mais reflexivos e autônomos, menos 'egóicos' e restritos, mais empáticos e inclusivos.

Nesse sentido, foi decisiva a escolha de uma avaliação participativa com base na Avaliação de Quarta Geração e no Método da Roda. Desde Donabedian, citado por Vaitsman e Andrade⁴²⁽⁶⁰¹⁾, a inclusão de usuários é considerada fundamental quando se quer avaliar a qualidade dos serviços de saúde: "A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados".

A boa participação do seu público masculino, atribuída à oferta do Programa no local e horário de trabalho, reforça a importância

em considerar tais fatores no planejamento das ações de saúde. No Motivacional, rastreamento periódico e abrangente de HAS, DM e obesidade representa linha de cuidado interessante e oportuna, considerando-se seu perfil assintomático e de grave repercussão quando não tratadas.

No Terapêutico, sentimentos incômodos foram externados pela equipe por não perceber, algumas vezes, mudanças objetivas na saúde dos seus usuários; todavia, o modelo de escuta e compartilhamento de experiências e saberes tem se mostrado eficaz na criação de vínculo, com todos os seus benefícios, no aprendizado, e para diversos outros ganhos, ‘mais subjetivos’, decorrentes da interação social dentro do grupo, como a possibilidade de encontrar em seus pares exemplos para se espelhar e se transformar – o que Freud chamou ‘identificação’⁴³. Finalmente, a presença de

apoio institucional foi e tem sido alavanca para o programa nos espaços coletivos criados para esse fim.

Espera-se, para esta e para outras instituições de saúde, uma mudança de paradigma no caminho da democratização da gestão. Recomenda-se, portanto, considerar, na escolha do modelo para novas ações e em seu método de avaliação, a participação de todos os grupos de interesse, a fim do alcance mais abrangente de ganhos, além de meros resultados.

Colaboradores

Leme PAF (0000-0002-0496-0581)* e Campos GWS (0000-0001-5195-0215)* contribuíram igualmente para a elaboração o manuscrito. ■

Referências

1. Zimerman DE, Osorio LC, organizadores. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
2. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Lundahl B, Burke BL, Tollefson DR, et al. A Meta analysis of Motivational Interviewing: Twenty Five Years of Empirical Studies. Res. Soc. WorkPract. 2010; 20(2):137-160.
4. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
5. Stopa SR, Cesar CLG, Segri NJ, et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(10):e00198717.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Hucitec; 2013. Cap. 3. Saúde Paidéia. p. 51-82.
8. Guba E, Lincoln Y. Avaliação de quarta geração, Campinas: Unicamp; 2011.
9. Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, et al. Uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas. Saúde debate. 2009; 33(82):273-82.
10. Bosi MLM, Pontes RJS. Notas sobre a segunda avaliação externa do programa de treinamento em epidemiologia aplicada aos serviços do sistema único de saúde do Brasil - EPISUS: potencialidades do enfoque qualitativo-participativo. Saúde Soc. 2009; 18(3):549-53.
11. Furtado JP. A Avaliação como dispositivo [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001. 282 p.
12. Campos GWS, 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(sup1):983-95.
13. Minayo MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. Rev. Pesq. Qualit. 2017; 5(7):1-12.
14. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
15. Lourau R. La clé des champs. Paris: Éditions Anthropos; 1997.
16. Couto MT, Pineiro TF, Valença AO, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface (Botucatu). 2010 [acesso em 2020 set 22]; 14(33):257-270. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_abstract&tlng=pt.
17. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015; 24(2):297-304.
18. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc. Saúde Colet. 2004; 9(3):669-678.
19. Ramos Jr J. Semiotécnica da observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais. São Paulo: Sarvier; 1986.
20. Bedrikow R, Campos GWS. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(6):610-613.
21. Onocko Campos R, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 719-38.
22. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
23. Leavell H, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: Macgraw Hill; 1965.
24. Carta de Ottawa. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986 [acesso em 2018 dez 5]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.
25. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(4):1088-1095.
26. Campos GWS, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2004 [acesso em 2020 set 22]; 9(3):745-749. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000300025&script=sci_abstract&tlng=pt.

27. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 1997; (1/2):5-20.
28. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998. [acesso em 2020 set 22]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/310392>.
29. European Society of Cardiology; European Society of Hypertension. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Eur Heart J* 2018; 39(33):3021-3104.
30. Scala LC, Magalhães LB, Machado A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.
31. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e gestão em saúde. São Paulo, SP: Hucitec; 2013.
32. Freire P. Pedagogia do oprimido. 42.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
33. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(supl1):1029-42.
34. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors - a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* [internet]. 2018 [acesso em 2018 dez 3]; 8(6):e021161. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e021161>.
35. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.
36. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
37. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991.
38. Malta DC, Bernal RTI, Souza MFM, et al. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. *Int J Equity Health.* 2016; (15):153.
39. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Damascena GN, et al. Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(supl2):132-45.
40. Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad. Saúde Pública* 2004; (20):1079-87.
41. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2003; (8):775-782.
42. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005; 10(3):599-613.
43. Freud S. Por que a guerra? (1933 [1932]). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago; 1976. p. 235-259.

Recebido em 29/11/2019

Aprovado em 11/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Design de uma tecnologia mHealth para escores de estratificação de risco cardiovascular apoiado no Letramento em Saúde

Design of an mHealth technology for cardiovascular risk stratification scores supported by Health Literacy

Daniele Souto Galeno¹, Thereza Maria Magalhães Moreira², Clarice Maria Araújo Chagas Vergara², Helena Alves de Carvalho Sampaio², José Eurico de Vasconcelos Filho¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012605

RESUMO Objetivou-se desenvolver um protótipo de *design* de baixa e alta fidelidade à luz do Letramento em Saúde e contribuir com o profissional de saúde para a escolha do escore de risco cardiovascular mais adequado para cada indivíduo. Estudo metodológico em que se utilizou a metodologia do processo de *design* de interação participativo centrado no usuário, com contribuições de uma equipe interdisciplinar composta por nutricionista, enfermeira e *designer*. Contribuiu-se para a concepção do *design* de dez telas de baixa fidelidade e de dez telas de alta fidelidade, apoiando-se no *checklist*, com recomendações para a construção de tecnologias em saúde, considerando-se aspectos fundamentais do Letramento em Saúde. Buscou-se, nos protótipos de baixa e alta fidelidade, desenvolver um *layout* interativo e agradável para facilitar a utilização pelos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Aplicativos móveis. Doenças cardiovasculares. Letramento em Saúde. Promoção da saúde.

ABSTRACT *The objective was to develop a low and high fidelity design prototype in the light of Health Literacy and to contribute with the health professional to the choice of the most appropriate cardiovascular risk score for each individual. Methodological study using the methodology of the participatory interaction design process centered on the user, with contributions from an interdisciplinary team composed of nutritionist, nurse and designer. Contributes to the design conception of ten low fidelity screens and ten high fidelity screens, based on the checklist, with recommendations for the construction of health technologies, considering fundamental aspects of Health Literacy. We sought, in the low and high fidelity prototypes, to develop an interactive and pleasant layout to facilitate the use by health professionals.*

KEYWORDS *Mobile applications. Cardiovascular diseases. Health Literacy. Health promotion.*

¹Universidade de Fortaleza (Unifor) - Fortaleza (CE), Brasil.
danielegaleno@yahoo.com.br

²Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil.

Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, responsáveis por 7,4 milhões de óbitos no mundo, sendo a principal causa de morte mundial. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram acometidas por DCV em 2015, representando 31% de todos os óbitos no planeta¹. De acordo com a Organização Mundial da Saúde¹, as doenças coronarianas, cerebrovasculares, arteriais periféricas, cardíacas reumáticas, além das cardiopatias congênitas, trombozes venosas profundas e embolias pulmonares, são classificadas como doenças do coração e vasos sanguíneos. Os principais fatores de risco para essas doenças são: hiperlipidemia, sedentarismo, hipertensão arterial, tabagismo, consumo nocivo de álcool, diabetes e excesso ponderal^{1,2}.

O envelhecimento da população pode ser considerado como o principal responsável pelo crescente número de óbitos por DCV, revelando a necessidade de investimento em ações de saúde que promovam a prevenção, o controle e o tratamento dessas enfermidades³.

Torna-se relevante, portanto, a avaliação do Risco Cardiovascular (RCV) da população pelos profissionais de saúde. Além disso, é por meio da estratificação do RCV que os profissionais de saúde poderão estabelecer metas, buscando incentivar os cidadãos à adesão de um estilo de vida saudável. Para a avaliação do RCV, diversos algoritmos e escores de risco, baseados em estudos com a população, foram elaborados e validados. Conforme a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial⁴, deve-se evitar a utilização de apenas um escore, pois os fatores de risco considerados pelos instrumentos de estratificação de risco podem variar.

Nas últimas décadas, diversos instrumentos foram desenvolvidos para estimar o risco de desenvolvimento de DCV, como o Escore de Risco de Framingham, a Systematic Coronary Risk Evaluation (Score) e a calculadora de risco QRisk⁵.

O Departamento de Aterosclerose, oficializado como departamento da Sociedade

Brasileira de Cardiologia desde 1994, reconhece oito escores de estratificação de RCV, podendo citar: escores de Framingham, Reynolds, HeartScore Europe, Prospective Cardiovascular Munster Heart Study (Procam), Assessing Cardiovascular Risk to Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Assign), QIntervention®, ARIC modificada e Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (Mesa) idade arterial.

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) podem facilitar a transmissão de conteúdo aos usuários, pois são responsáveis por captar, transmitir e distribuir informações, por meio de textos, imagens, vídeos ou som⁶. Dentro dessa grande área, está a mobile health (mHealth), definida como a utilização de informações e de tecnologias de comunicação com o intuito de contribuir para a melhoria nos serviços de saúde. A utilização dessas tecnologias pode auxiliar na promoção dos cuidados à saúde, visto que permite o acesso do usuário a dados, além de fornecer um direcionamento sobre tratamento⁷.

Outro ponto positivo desse tipo de tecnologia é a possibilidade de uso pelos profissionais de saúde, permitindo maior agilidade da coleta de informações e transmissão de dados, facilitando a comunicação entre profissional e paciente. Diante disso, há maior contribuição para a adoção de estilo de vida mais saudável, uma vez que o profissional acompanha o paciente pelo monitoramento por mensagens de alerta⁸.

Um estudo revelou que a utilização de aparelhos móveis pelos profissionais de saúde é crescente, alcançando 85%, favorecendo melhoria na assistência à saúde⁹.

Dessa forma, é válido refletir sobre a maneira que essas tecnologias são concebidas, já que as informações sobre saúde contidas nos Aplicativos móveis (App) podem ser de difícil compreensão pela população. Nessa perspectiva, o Letramento em Saúde (LS) apresenta-se como uma ferramenta valiosa, permitindo aos usuários que utilizam essas tecnologias móveis maior compreensão dos conteúdos acessados. Ademais, os App podem

ser utilizados e acessados por profissionais de saúde a fim de contribuir para a tomada de decisão e elaboração de metas, e as informações de saúde contidas neles podem colaborar também no processo de aprendizagem para futuros profissionais.

O ‘Guia para Desenvolvedores e Usuários das Tecnologias mHealth’ foi elaborado para orientar a informação em saúde disseminada em *websites* e App. Diante desse contexto, buscou-se desenvolver um protótipo de *design* de baixa e alta fidelidade à luz do LS pautado no direcionamento proposto pelo Guia existente¹⁰. A intenção é contribuir com o profissional de saúde para a escolha do escore de RCV mais adequado para cada indivíduo.

Material e métodos

Estudo metodológico, que propôs a concepção do *design* do aplicativo Calculadora de Estratificação de Risco Cardiovascular (Cerc). Para isso, é fundamental a busca por aplicativos existentes envolvendo essa temática para identificação das necessidades em uma avaliação comparativa (*Benchmarking*). O processo de *Benchmarking* caracteriza-se pela determinação do objeto, identificação de parceiros, coleta e análise de dados, definição das metas, implementações das ações e monitoramento dos resultados encontrados¹¹. Foi realizada uma busca com a palavra ‘risco cardiovascular’ nos dois maiores sistemas operacionais portáteis existentes na atualidade, Android e IOS, nas lojas virtuais Play Store® e App Store®.

Para melhor compreensão, esse processo foi dividido em quatro etapas descritas a seguir: 1ª etapa: levantamento nas lojas virtuais Google Play Store® e App Store® com a palavra ‘risco cardiovascular’; 2ª etapa: seleção dos App com foco no cálculo de RCV; 3ª etapa: exclusão dos aplicativos pagos e em línguas distintas do português brasileiro; 4ª etapa: número final de App selecionados, conforme os critérios de inclusão.

Para a construção do protótipo de *design* da tecnologia mHealth, utilizou-se

a metodologia do processo de Design de Interação Participativo Centrado no Usuário. Esse modelo possibilita o desenvolvimento de produtos interativos fáceis, eficientes e agradáveis de usar. Quatro aspectos básicos foram considerados para o processo do *design*: estabelecimento de requisitos por meio da identificação das necessidades; elaboração de alternativas de *design*; concepção do protótipo; e avaliação da versão interativa, estes devem complementar um ao outro¹².

O estabelecimento dos requisitos básicos a serem considerados no *design* do aplicativo ocorreu após reuniões de *brainstorming*, no intuito de identificar as funções que deveriam ser contempladas pelo protótipo do sistema. Para estabelecer a prioridade dos requisitos, foram adotadas as denominações sugeridas pelos pesquisadores ‘essencial’, ‘importante’ e ‘desejável’. Após essa etapa, foram elaborados os requisitos funcionais da ferramenta apresentados a seguir:

- Cadastro no aplicativo: o aplicativo deveria permitir que o profissional realizasse seu cadastro em uma opção na tela inicial. Para isso, os seguintes campos deveriam ser preenchidos: nome, sobrenome, número do conselho de classe, como identificador de *login* (obrigatório); *e-mail* (obrigatório), senha (obrigatório); confirmação da senha (obrigatório);
- Acesso ao sistema: o sistema deveria permitir que o profissional realizasse *login* no aplicativo por meio dos dados de cadastro, sendo solicitado o número do conselho e a senha;
- Recuperação de senha: na tela inicial de acesso, o sistema deveria oferecer a funcionalidade de recuperação de senha da conta do profissional via *e-mail* cadastrado;
- Cadastro clínico do paciente (escore de RCV): o aplicativo permitiria ao profissional logado cadastrar as características de saúde

dos pacientes/usuários sob seus cuidados a fim de associá-los a um perfil clínico, possibilitando a escolha de um tipo de Escore de RCV de acordo com os dados disponíveis para cálculo. O profissional poderia escolher o melhor instrumento a ser utilizado de acordo com os fatores de risco apresentados pelo paciente. Os Escores de Risco RCV considerados no estudo foram: Framingham, Reynolds, HeartScore Europe, Procam, ASSIGN, QRisk 2, ARIC modificada e a Estratificação de risco, pois são reconhecidas pela VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão;

- Perfil: o sistema permitiria a edição dos seguintes dados de perfil: nome, sobrenome, e-mail e senha;
- Acompanhamento do paciente: com base nas informações do cadastro clínico do paciente/usuário, o profissional receberia informações sobre qual o resultado do cálculo de estratificação de RCV específico para seu perfil, bem como o escore considerado pelo profissional, podendo editar os fatores de risco a qualquer momento;
- Informações gerais: o aplicativo deveria possuir uma área contendo informações sobre: notícias e eventos relativos à saúde, o profissional poderia compartilhar as informações com seus alunos e outros profissionais.

Após a definição desses requisitos, a segunda fase contemplou os processos de *design* e *re-design*, ou seja, a definição de como seriam as telas do aplicativo. O processo de *design* ocorreu por meio da criação do protótipo de baixa fidelidade, caracterizado por não apresentar recursos de interação¹³. Para a construção do protótipo de baixa fidelidade, dez telas foram desenvolvidas. Nessa etapa, houve a contribuição de profissionais da saúde – médico, enfermeira e nutricionista – com o profissional de *designer* para a concepção das telas e interfaces, considerando o *checklist* proposto por Eichner e Dullabh¹⁰ com recomendações

para a construção de tecnologias em saúde considerando aspectos fundamentais do LS. O *checklist* enfoca quatro domínios: linguagem, conteúdo, formato e aspectos culturais. Cada bloco de domínio apresenta itens específicos que devem ser atendidos.

Já na construção da versão interativa, elaborou-se o protótipo de alta fidelidade, contemplando, além do protótipo de baixa fidelidade, tipografia, iconografia e paleta de cores, gerando dez telas interativas. Para a construção do *design* do protótipo de baixa fidelidade e alta fidelidade, utilizou-se a ferramenta Adobe Photoshop[®].

O estudo descreve a concepção do *design* de um aplicativo, mas existe a pretensão de idealização do desenvolvimento do aplicativo móvel.

A presente pesquisa seguiu a Resolução nº 466/201214, que rege pesquisas com seres humanos, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará (Uece), sob número CAAE 694593170.0000.5534, no projeto guarda-chuva ‘Plano Conecta Saúde: aliando inovação tecnológica e letramento em saúde na luta contra as DCNT’.

Resultados e discussão

O quantitativo de aplicativos para dispositivos móveis voltados a RCV disponível na plataforma tecnológica Google Play Store[®] foi: 1ª etapa, n=250; 2ª etapa, n=53; 3ª etapa, n=50; 4ª etapa, n=3. Já na plataforma tecnológica App Store[®], encontrou-se: 1ª etapa, n=293; 2ª etapa, n=26; 3ª etapa, n=22; 4ª etapa, n=4.

Uma constatação, logo de início, é o baixo número de App voltados à temática RCV que atendem aos critérios de inclusão, o que reforça a necessidade da concepção do aplicativo proposto pelo estudo. Ademais, das tecnologias móveis incluídas na avaliação comparativa, nenhuma apresentou um compilado dos escores de estratificação de RCV.

Dados de uma pesquisa que propôs a identificação da tendência de pesquisas no Brasil

que utilizam tecnologia móvel na área da saúde revelou que, dos 27 artigos incluídos no estudo – alguns sobre concepção de aplicativos para identificação de melanomas, acesso para dados clínicos de pacientes hospitalizados, aplicativo sobre vacinação no Brasil, entre outros –, nenhum envolvia a concepção de uma tecnologia móvel voltada ao cálculo para estratificação de RCV¹⁵.

Outro estudo¹⁶ investigou artigos que discutem o *design*, desenvolvimento e avaliação de App para profissionais de saúde, estudantes de medicina, enfermagem e pacientes. Nele, 83 aplicativos foram encontrados, sendo 57 destinados a uso médico, 11 projetados para estudantes de medicina ou enfermagem e 15 voltados ao paciente. Oito App foram identificados como calculadora médica, contemplando assuntos diversos, como: queimadura corporal, dosagem de medicamentos, fórmulas médicas, entre outros.

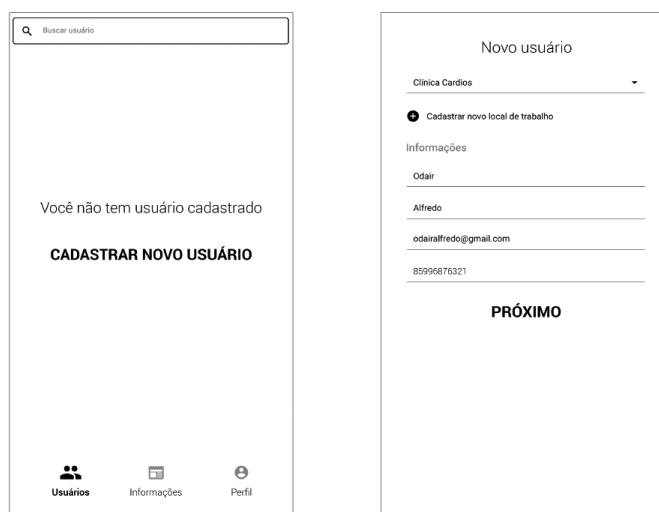
O *design* do aplicativo Cerc proposto neste estudo buscou ofertar para os profissionais de saúde, que acompanham indivíduos acometidos por doenças crônicas, uma tecnologia

que apresentasse um compilado de escores de estratificação de RCV validados, a fim de contribuir e apoiar os profissionais na tomada de decisão com a possibilidade de identificar precocemente o risco de acometimento por essas doenças.

A pesquisa considerou as percepções e experiências da equipe interdisciplinar (nutrição, medicina, enfermagem e *designer* em tecnologia) sobre informações relacionadas com a saúde e desenvolvimento de tecnologia mHealth específico para esse problema.

A primeira etapa de construção do protótipo de baixa fidelidade gerou dez telas (*figuras 1 e 2*). Nela, buscou-se contemplar requisitos fundamentais para a correta avaliação por meio dos escores de estratificação de risco selecionados, além da utilização do *checklist* na intenção de contemplar o máximo de aspectos de cada domínio, como: escrita em voz ativa, informações relevantes para os usuários, texto escuro escrito em fundo de tela claro, estilo e tamanho da fonte consistente ao longo do texto, utilização de letras maiúsculas e minúsculas, margem dos textos justificadas à esquerda, entre outros.

Figura 1. Telas de cadastro do usuário do protótipo de baixa fidelidade



Fonte: Elaboração própria.

Figura 2. Telas de fatores de risco consideradas pelos escores de estratificação de risco do protótipo de baixa fidelidade

Fonte: Elaboração própria.

Após avaliação pela equipe interdisciplinar das telas do protótipo de baixa fidelidade, percebeu-se a necessidade de alguns ajustes relevantes, como a presença do botão de retorno nas telas, contemplando um dos aspectos propostos pelo *checklist*, inclusão da resposta ‘*dado não fornecido*’, considerando

que possivelmente os profissionais não tenham acesso a todas as informações no momento da avaliação.

Diante disso, a fase seguinte deteve-se à concepção do protótipo de alta fidelidade com o desenvolvimento de dez telas (*figuras 3 a 5*).

Figura 3. Telas de cadastro do usuário do protótipo de alta fidelidade

Fonte: Elaboração própria.

Figura 4. Telas de fatores de risco consideradas pelos escores de estratificação de risco do protótipo de alta fidelidade

Fonte: Elaboração própria.

Figura 5. Telas de resultado pelos escores de estratificação de risco do protótipo de alta fidelidade

Fonte: Elaboração própria.

O *design* do protótipo do aplicativo desenvolvido buscou contribuir para a identificação precoce do risco para o desenvolvimento de DCV, oferecendo ao profissional uma tecnologia contendo diferentes Escores de RCV, possibilitando

a escolha conforme os fatores de risco apresentados pelos pacientes e usuários. A construção interdisciplinar contribuiu para elaboração de um produto que buscou contemplar diversos olhares dos diferentes campos do saber.

A participação da equipe interdisciplinar no processo de construção do *design* do protótipo do aplicativo melhora a definição das etapas e avalia melhor os caminhos para alcançar o objetivo proposto. Os autores defendem ainda que o processo metodológico centrado no protótipo possibilita o *design* mais criativo, ampliando os ciclos interativos por meio das correções realizadas em cada fase¹⁷.

Acredita-se que o *design* do protótipo do aplicativo proposto neste trabalho poderá contribuir também para o ensino superior na área da saúde, pois o conteúdo ofertado por tecnologias de informação e comunicação é apresentado de forma lúdica e interativa, possibilitando que o professor compartilhe informações ligadas à temática com seus alunos, para que o processo ensino-aprendizagem possa ser mais prazeroso e prático.

Os App de uso médico tornam as informações em saúde acessíveis de qualquer lugar. As calculadoras médicas oferecem, além de informações, oportunidades de aprendizagem móvel para estudantes da área da saúde¹⁸. Alguns autores¹⁹ defendem que esse tipo de aplicativo deve ser utilizado especialmente na atenção primária. Muitos aplicativos em saúde estão disponíveis nas lojas virtuais, no entanto, muitos deles não foram discutidos na literatura se apresentam respaldo científico¹⁶.

É preciso ampliar o olhar aos protótipos voltados à área da saúde para além de uma simples ferramenta, compreendendo que estes podem contribuir para o levantamento de parâmetros com usuários, além da realização de avaliações para sucesso do produto¹⁷.

As telas apresentadas na *figura 4* foram divididas em três apenas para apresentação, pois, na proposta do *design*, as informações são apresentadas em apenas uma tela, evitando que o profissional necessite utilizar o botão de voltar caso não se lembre de algum valor registrado. Considera-se que a necessidade apenas de ‘deslizar’ o botão de rolagem em uma única tela facilite a visualização de todas as informações, mesmo que o profissional sinta necessidade de editar alguma informação anterior. Apesar

de apresentarem muitas informações, estas são necessárias, pois são os diferentes fatores de risco considerados pelos Escores de RCV, possibilitando que o profissional, no momento da avaliação, selecione de forma rápida as respostas de cada fator de risco.

Acredita-se que a concepção do *design* do protótipo do aplicativo proposto, apoiado em alguns aspectos do *checklist*¹⁰, poderá contribuir para apresentação das informações aos profissionais de saúde de forma mais clara, pois os quesitos do *checklist* foram respeitados.

Os termos utilizados em cada bloco de domínio foi descrito atendendo às capacidades de entendimento de cada público, seja ele do usuário ou profissional de saúde, segundo o LS. Algumas terminologias comuns à área dos profissionais de saúde que lidam com as DCV foram também inseridas.

Conclusões

O *design* do protótipo do aplicativo proposto desenvolvido buscou contribuir com informações relevantes sobre o RCV, oferecendo apoio para a tomada de decisão pelos profissionais de saúde, além de considerar o LS, pois é imprescindível que esse tipo de tecnologia seja concebida apoiada nesses princípios.

Outro diferencial da proposta foi a inclusão de diferentes escores de estratificação de RCV para que o profissional de saúde possa escolher o mais adequado de acordo com os fatores de risco apresentados pelos usuários.

Ante o exposto, destaca-se a necessidade de desenvolver requisitos e funções que sejam relevantes para a temática, com participação interdisciplinar na construção do *design* do protótipo do aplicativo buscando diferentes olhares. A concepção desse tipo de tecnologia apresenta-se também como ferramenta de apoio ao ensino, contribuindo para o processo de formação profissional. Buscou-se, nos protótipos de baixa e alta fidelidade, desenvolver um *layout* interativo e agradável para facilitar a utilização pelos profissionais de saúde.

Colaboradores

Galeno DS (0000-0002-3976-7271)*, Moreira TMM (0000-0003-1424-0649)*, Vergara CMAC (0000-0003-1709-9951)*, Sampaio

HAC (0000-0001-5353-8259)*, Vasconcelos Filho JE (0000-0002-6881-0814)*, contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental [internet]. [acesso em 2018 jun 11]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
3. Brant LCC, Nascimento BRP, Valéria MA, et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 21]; 20(supl):116-128. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2017000500116&lng=en.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – VII DBH. *Rev. Soc. Bras. Hipert.* 2016; 107(supl3):1-103.
5. Damen JA, Hooft L, Schuit E, et al. Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. *BMJ.* 2016; (353):i2416.
6. Veloso FC. *Informática: conceitos básicos*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.
7. Rocha FS, Santana EB, Silva ES, et al. Uso de Apps para a promoção dos cuidados à saúde. In: *Anais III Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde – STAES; 8-9 maio 2017; Salvador (BA): Universidade do Estado da Bahia; 2017.*
8. Mann S. Wearable computing [internet]. In: *The Interaction Design Foundation. The encyclopedia of human-computer interaction*. 2. ed. Aarhus: Denmark: The Interaction Design Foundation; 2014 [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em: <https://www.interaction-design.org/encyclopedia/wearable-computing.html>.
9. Oliveira TR, Costa FMR. Desenvolvimento de aplicativo móvel de referência sobre a vacinação do Brasil. *J. Health Inform.* [internet]. 2012 [acesso em 2018 out 10]; 4(1):23-7. Disponível em: <http://www.jhi-sbis>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/161/109.
10. Eichner J, Dullabh P. Accessible Health Information Technology (Health IT) for Populations With Limited Literacy: A Guide for Developers and Purchasers of Health IT [internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. [acesso em 2018 out 10]. Disponível em: https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/page/LiteracyGuide_0.pdf.
 11. Melo AM, Carpinetti LC, Silva WT. Proposta de Metodologia para Identificação de Objeto de Estudo de Benchmarking. São Paulo: ENEGEP; 2000.
 12. Preece J, Rogers Y, Sharp H. Design de interação: além de interação homem-computador. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2013.
 13. Santos RLG. Usabilidade de interfaces para sistemas de recuperação de informação na web: estudo de caso de bibliotecas on-line de universidades federais brasileiras. [tese] [internet]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006. 347 f. [acesso em 2018 mar 3]. Disponível em: http://www2.dbd.pucRio.br/pergamum/tesesabertas/0313143_06_cap_10.pdf.
 14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [internet]. Diário Oficial da União. 13 Dez 2013. [acesso em 2018 mar 3]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 15. Tibes CMS. Aplicativo móvel para prevenção e classificação de úlceras por pressão. [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2014. 134 p.
 16. Mosa ASM, Yoo I, Sheets L. A systematic review of healthcare applications for smartphones. BMC Med. Info. Decis. Making. 2012; 12(67):1-31.
 17. Oliveira LMR, Vergara CMAC, Sampaio HAC, et al. Tecnologia mHealth na prevenção e no controle de obesidade na perspectiva do letramento em saúde: Lisa Obesidade. Saúde debate. 2018; 42(118):714-723.
 18. Cibulka NJ, Crane-Wider L. Introducing Personal Digital Assistants to Enhance Nursing Education in Undergraduate and Graduate Nursing Programs. J Nurs Educ. 2010; 50:115-118.
 19. Ordúñez P, Tajer C. Disseminating cardiovascular disease risk assessment with a PAHO mobile app: a public eHealth intervention. Rev Panam Salud Pública. 2015; (38):82-5.
-
- Recebido em 07/02/2019
Aprovado em 07/06/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica

Family Health Support Centers (Nasf): strategic and logical analysis

Patrícia Iacabo¹, Juarez Pereira Furtado¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012606

RESUMO Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família frequentemente possuem questões relacionadas ao próprio modelo tecnoassistencial que sustenta estes núcleos, indicando a necessidade de investigações de sua estratégia e lógica interna. Realizou-se pesquisa avaliativa utilizando estudo de caso, observação participante, grupos focais e análise documental. Observou-se que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família expandem o escopo da atenção e possibilitam incorporação de novos conhecimentos pelas equipes da Atenção Básica, pertinentes às suas principais estratégias. No entanto, a pertinência das parcerias estratégicas esbarra na necessidade de cooperação entre as duas equipes, o que pode não se concretizar ou se concretizar parcialmente. A análise de sua lógica de funcionamento evidencia impasses na efetivação da colaboração profissional e no dilema entre atuar como generalistas ou especialistas na Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Estratégia Saúde da Família. Relações interprofissionais.

ABSTRACT Professionals of the Family Health Support Centers (Nasf) often have questions related to the techno-assistance model that supports these centers, indicating the need for investigations of their strategy and internal logic. Evaluative research was carried out using case study, participant observation, focus groups and documentary analysis. It was observed that Family Health Support Centers expand the scope of care and allow the incorporation of new knowledge by Primary Care teams, pertinent to their main strategies. However, the relevance of strategic partnerships runs counter to the need for cooperation between the two teams that may not materialize or be partially done. The analysis of its functioning logic shows deadlocks in the effectiveness of professional collaboration and in the dilemma between acting as generalists or specialists in Primary Care.

KEYWORDS Health evaluation. Family Health Strategy. Interprofessional relations.

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
patricia.iacabo@gmail.com

Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) representa a incorporação, pela Atenção Básica (AB)^{1,2}, de novos saberes oriundos de especialidades da saúde por meio do apoio ofertado às equipes de Saúde da Família (eSF), visando à ampliação da resolutividade da AB^{1,3}. A proposta formulada em 2008 teve adesão em vários estados², contando com mais de 5 mil equipes cadastradas no Ministério da Saúde (MS), em dezembro de 2017⁴. Apesar deste crescimento numérico, o cenário apresentado na literatura científica é de enfrentamento de desafios para sua consolidação, inclusive em aspectos centrais, como o apoio matricial⁵.

Sob influência de entidades profissionais, áreas técnicas do MS e de grupo de pesquisa ligado ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)⁶, referenciais de apoio matricial e clínica ampliada, aliados às Redes de Atenção à Saúde (RAS), passaram a balizar a prática nesses núcleos^{7,8}. Tal organização da assistência demanda arranjos, entre as equipes, significativamente distintos da prática corrente⁸. Diferentes e mesmo divergentes concepções sobre matriciamento, trabalho interdisciplinar e intersetorial, além de descompasso entre a atuação do Nasf e as expectativas das eSF, evidenciam problemas que tangenciam o modelo tecnoassistencial destes núcleos^{9,10}.

Entre as principais questões dos profissionais desses núcleos, encontra-se explícita dificuldade em implementá-los, ou seja, transpor os seus princípios para a prática¹¹. Tal situação torna a análise das concepções, as hipóteses teóricas e a implementação dos Nasf tão importantes quanto seus possíveis resultados e efeitos – aspectos tradicionalmente abordados em avaliação. Assim, as chamadas análises estratégica e lógica – que podem integrar processos avaliativos e considerar aspectos da própria formulação da proposta^{12,13}, conforme vem sendo feito por alguns estudos¹⁴⁻¹⁶ – permitiriam abordar os Nasf no que concerne à sua constituição mais

essencial, como seu modelo tecnoassistencial, suas premissas e hipóteses.

A Análise Estratégica (AE) pretende determinar a coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a ela endereçados. Para isto, considera-se como objetos de análise a escolha do problema, a definição dos objetivos e a pertinência das parcerias para a implementação de uma dada iniciativa¹³. A AE avalia se há correspondência entre as ações propostas em um programa e o contexto epidemiológico, político, sanitário e financeiro¹⁵. A Análise Lógica (AL), por sua vez, considera a adequação entre os objetivos da proposta e os meios implantados para atingi-los¹², verificando a coerência entre um programa, seus objetivos e os fluxos estabelecidos para obter os resultados¹⁴.

A mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁷ atingiu os ‘Núcleos de Apoio à Saúde da Família’ (Nasf), que, entre outras coisas, passaram a ser nomeados ‘Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica’ (Nasf-AB). Esta mudança reaproxima os núcleos de seus precursores, os ‘Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família’ (Naisf), que eram voltados à assistência direta aos usuários⁷. Nesse momento, seria prematuro analisar as consequências dessas mudanças, no entanto, os três distintos nomes refletem indefinições importantes sobre a natureza, o objeto e o *modus operandi* desses serviços, desde a sua criação. Tal indefinição foi observada em significativo número de agentes envolvidos com a iniciativa¹¹, reforçando a necessidade de pesquisas com foco na investigação de aspectos essenciais da proposta – como a aposta estratégica, articulação e implementação de suas ações – a partir de experiências práticas que subsidiem as análises estratégica e lógica citadas.

Material e métodos

O caso é constituído por dois Nasf (Nasf A e Nasf B) de município da região metropolitana de São Paulo, com aproximadamente 450 mil habitantes¹⁸, dividido em cinco territórios

de saúde e com 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 12 Unidades de Saúde da Família (USF) e 11 compostas simultaneamente pelos modelos tradicional e de Estratégia Saúde da Família (ESF). As 12 USF têm apoio dos 5 Nasf implantados em 2015. Os dois Nasf constituíram amostra intencional, caracterizados pela gestão do município como: 1) aquele que mais se aproximava da proposta oficial do MS; e 2) que apresentava mais desafios para a sua implantação.

A triangulação de métodos^{19,20} permitiu a agregação de diferentes fontes sobre a iniciativa, sendo constituída de: a) revisão integrativa da literatura; b) observação participante; c) Grupos Focais (GF); e d) análise dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) relativos a junho, setembro e outubro de 2016. Não houve coleta dos BPA nos meses de julho e agosto, pois os núcleos sofreram reestruturação de atribuições nesse período. A composição do *corpus* considerou a saturação teórica²¹, e a coleta de dados se deu no período de maio a outubro de 2016.

A revisão bibliográfica possibilitou a identificação dos principais pontos em questão no Nasf, e a observação participante se deu pela imersão no contexto natural em que se desenvolvem as ações dos serviços analisados²². Foram realizadas 180 horas de observação, registradas em diários de campo, e três GF (com cada um dos dois Nasf e, separadamente, com profissionais da AB), abordando questões do modelo técnico-assistencial e do cotidiano do Nasf. A elaboração dos roteiros dos GF recebeu subsídios da observação participante. Os BPA

dos dois Nasf (relativos a junho, setembro e outubro de 2016) permitiram especificar e objetivar os procedimentos realizados pelos profissionais. A partir das noções de análises estratégica e lógica, foi realizada leitura sistemática do material empírico.

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 0861/2015. Foi entregue a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sanar dúvidas sobre a pesquisa.

Caracterização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Os modos como são concebidos e concatenados recursos, atividades e resultados dos Nasf, com base em documentos do MS¹¹, estão sistematizados por meio de Modelo Lógico (*figura 1*). No entanto, a linearidade desse fluxo idealizado não poderia estabelecer, a priori, as tensões e resistências a que estão sujeitas as articulações interprofissional e intersetorial, entre outras, para o êxito desses núcleos. Nesse sentido, o estudo empírico objetivou identificar potencialidades e entraves à transposição da proposta para um meio específico, com base nos dois Nasf acompanhados (*quadro 1*). Sua forma de organização e seu funcionamento serão abordados a seguir, em um esforço de síntese que priorizou a descrição de aspectos centrais e eventualmente problemáticos, ligados aos interesses do presente estudo, de analisar sua lógica e sua estratégia.

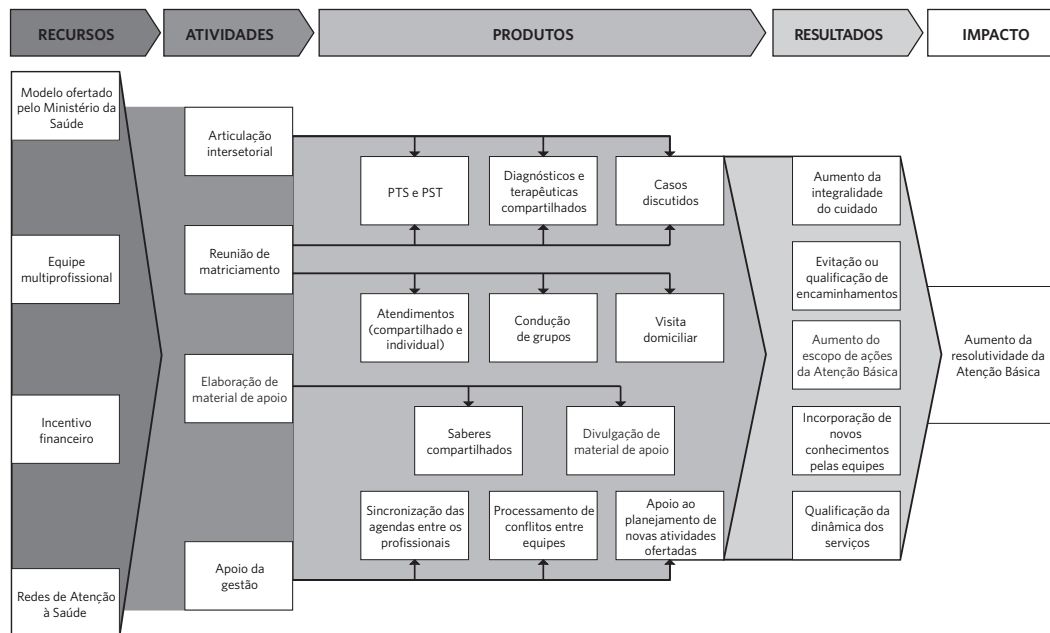
Quadro 1. Caracterização das equipes dos Nasf A e B

	Nasf A	Nasf B
Composição da equipe	Assistente social (1), educador físico (1), fisioterapeuta (1), fonoaudiólogo (1), nutricionista (1), psicólogo (2)	Assistente social (1), educador físico (1), fisioterapeuta (1), fonoaudiólogo (1), nutricionista (1), psicólogo (2)
Carga horária semanal	240 horas (modalidade 1)	230 horas (modalidade 1)
Nº de eSF apoiadas	14	12
Nº de USF apoiadas	3	3
Formação da equipe	6 profissionais da rede do município; 1 de processo seletivo para o Nasf	3 profissionais da rede do município; 4 de processo seletivo para o Nasf
Vínculo empregatício	6 por OS; 1 estatutário	4 por OS; 3 estatutários

Fonte: Elaboração própria.

Nasf: Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família; eSF: equipe(s) de Saúde da Família; USF: Unidade(s) de Saúde da Família.

Figura 1. Modelo Lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.



Fonte: Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP¹¹.

PTS: Projeto Terapêutico Singular; PST: Projeto de Saúde no Território.

A organização da agenda de trabalho de ambos os Nasf se baseia na presença de duplas de profissionais do núcleo nas reuniões das eSF. Se a dupla não representar áreas afins às do caso, este é levado à reunião da equipe do Nasf. Esta situação, na visão de alguns profissionais, apresenta o risco de reprodução da tradicional ‘passagem de casos’ ou

‘encaminhamentos’, com distanciamento e demora no atendimento.

No entanto, o rompimento de práticas tradicionais é visto como desafio. Profissionais do Nasf se sentem sobrecarregados ao ter que ensinar as eSF a discutir casos e compartilhar diagnósticos e terapêuticos, o que frequentemente requer diversas etapas e apresenta retorno

lento. Há o entendimento de que a gestão não exige que as eSF trabalhem ‘com’ o Nasf:

Na proposta do Ministério, é muito lindo. E funcionaria muito bem, se todo mundo tivesse aberto pra essa proposta, mas quem tá aberto pra proposta é só a gente. (Profissional do Nasf).

[...] sempre é a gente que tem que conquistar. (Profissional do Nasf).

Alguns episódios denotam problemas de articulação ou mesmo conflitos entre os núcleos e as eSF, como prescindir da presença do Nasf nas reuniões de matriciamento entre Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e eSF ou, explicitamente, não convidar os profissionais do Nasf para eventos comemorativos internos à USF. Mesmo o necessário encontro entre as equipes é, às vezes, comprometido quando as eSF não ajustam seus horários de reuniões para possibilitar a participação de todos os profissionais do Nasf.

Mas os encontros podem ser dificultados pelos próprios núcleos. Com o intuito de otimizar o tempo, os profissionais do Nasf participam apenas de parte da reunião das eSF, restringindo possibilidades de matriciamento e priorizando os chamados ‘casos do Nasf’ – situações de impasse para a eSF, constituídas de casos cuja resposta requer ações especialmente complexas. Para os trabalhadores do núcleo, as críticas sintetizadas na afirmação de que “O Nasf não funciona”, vinda da eSF, se devem à frustração dos colegas pela relativa demora no atendimento e/ou resposta a alguns casos, pela dificuldade de assumir conjuntamente a sua condução e pela impossibilidade de os núcleos solucionarem situações extremamente difíceis.

A insuficiente colaboração entre Nasf e eSF pode ser ilustrada quando profissionais desta última não compartilham informações sobre casos ou, por alguma razão, se recusam a realizar atendimentos conjuntos: “A gente fala compartilhada, já fica aquele silêncio assim” (Profissional do Nasf). Ou esbarram na expectativa dos profissionais das eSF de atuação

tradicional pelos especialistas: “É difícil você fazer matriciamento com o outro que não quer compartilhar, (...) ele [médico da eSF] só quer passar o caso” (Profissional do Nasf).

A ausência de formação acadêmica para o exercício do matriciamento pelos integrantes do Nasf, a formação em saúde calcada na assistência curativa e a mudança repentina das unidades tradicionais para o modelo de ESF, juntamente à ‘cultura do encaminhamento’, são elementos considerados, pelos profissionais do Nasf, que explicam a predileção das eSF pela passagem de casos e por encaminhamentos.

Os profissionais do núcleo se consideram poupados pela posição de matriciadores, ao não serem acionados pelas urgências cotidianas, como são os colegas da eSF (equipes de referência):

[...] a gente tá aqui na reunião de equipe nossa, de Nasf, já vem gente bater na porta, né? Imagina com um enfermeiro e com um médico, que toda hora vem alguém [...] ‘Fulano, tem uma receita aqui! Ó, o acolhimento! Ó, sua gestante tá aí fazendo barraco!’. É muito complicado [...] a gente ainda é privilegiado de conseguir ter esses momentos, a gente tranca a porta e deixa o bicho pegar ali fora [...]. (Profissional do Nasf).

Há concentração de demanda em determinadas categorias profissionais, principalmente na psicologia e na nutrição, mais reconhecidas pelos profissionais das eSF, que acabam sendo mais demandadas por atendimentos especializados de seu núcleo profissional (*tabela 1*). Neste processo de afunilamento da atuação de profissionais às suas áreas de origem, podem também ser privilegiados determinada área e/ou público (infantil, gestante, idoso, entre outros), de acordo com a especialidade, experiência ou afinidade de um dado profissional. Ou o direcionamento, pela gestão, do exercício específico de uma área, como destinar ao serviço social atividades ligadas à isenção tarifária. Na *tabela 1*, observa-se a distribuição das atividades realizadas pelos dois Nasf, de acordo com cada categoria profissional.

Tabela 1. Distribuição das atividades realizadas pelos profissionais das equipes Nasf* A e B, nos meses de junho, setembro e outubro de 2016, a partir dos dados do BPA.

Profissionais	Atividades	Distribuição (%)
Assistente social	Atendimento individual	68,9
	Atividade educativa e orientação em grupo	21,9
	Atendimento domiciliar	6,3
	Terapia em grupo	3
Educador físico	Atividade educativa e orientação em grupo	40
	Prática corporal em grupo	45,5
	Oficina terapêutica em grupo	14,5
Fisioterapeuta	Atendimento individual	19,5
	Atividade educativa e orientação em grupo	32,1
	Prática corporal em grupo	25,3
	Atendimento domiciliar	23,2
	Avaliação antropométrica	0
Fonoaudiólogo	Atendimento individual	44,5
	Atividade educativa e orientação em grupo	4,1
	Avaliação de linguagem escrita, leitura e oral; e miofuncional de sistema estomatognático	29,5
	Atendimento domiciliar	6,2
	Terapia em grupo	15,8
Nutricionista	Atendimento individual	43,8
	Atividade educativa e orientação em grupo	28,5
	Atendimento domiciliar	5,5
	Avaliação antropométrica	22,1
	Psicólogo	69,1
	Atividade educativa e orientação em grupo	17,5
	Atendimento domiciliar	4,2
	Terapia em grupo	7,7
	Oficina terapêutica em grupo	1,5
Equipe Nasf	Atendimento individual	50,8
	Atividade educativa e orientação em grupo	23
	Oficinas, terapias e práticas corporais em grupo	12,1
	Atendimento domiciliar	6,6
	Avaliações específicas do núcleo de conhecimento	7,5

Fonte: Elaboração própria.

*Nasf: Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família; BPA: Boletim(ns) de Produção Ambulatorial; AB: Atenção Básica; SM: Saúde Mental.

Atividades como atendimento domiciliar, oficinas terapêuticas e práticas corporais são realizadas em colaboração com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, em menor número, com outros profissionais da USF. Os atendimentos individuais são realizados pelos profissionais do Nasf e, raramente, compartilhados com outros profissionais das eSF. No entanto, a tentativa de tomar o caso para si pode não ser resolutiva devido ao pouco tempo

que os profissionais do Nasf dispõem para cada unidade apoiada. Mesmo casos solucionados podem ser fontes de frustração para estes profissionais, que consideram a baixa abrangência de seu trabalho frente à elevada demanda. Para a eSF e o Nasf, o apoio deveria ser distribuído em menor número de equipes por núcleo.

Os grupos conduzidos pelo Nasf, em sua maioria, são voltados a uma queixa ou doença

específica, como de linguagem e fala, dislipidemias, dores crônicas, e não contam com a participação dos profissionais das eSF, por falta de interesse destes ou pela restrição, por parte da gestão, que preza pela produção das atividades obrigatórias. Por sua vez, os grupos conduzidos pelas eSF não possuem participação do núcleo e parecem responder às atribuições dos profissionais das eSF previstas na legislação. Os grupos terapêuticos e as atividades de prevenção e promoção à saúde não são planejados conjuntamente entre eSF e Nasf.

Atendimentos individuais e atividades de educação permanente do Nasf subsidiam a eSF na condução de casos ou no enriquecimento de atividades típicas desta, como o programa de educação em saúde voltado ao aleitamento materno. Nesse último caso, o Nasf incentivou as eSF a revisarem suas ações com as gestantes e compartilharem visitas domiciliares com os núcleos. Podem-se observar efetivas contribuições do núcleo qualificando discussões em reuniões da eSF, como aquelas ligadas à reforma psiquiátrica ou a melhor resposta às escolas (ou ao Conselho Tutelar) em situações limítrofes entre o normal e o patológico no comportamento de crianças, por exemplo.

Quando atendimentos individuais e grupos são compartilhados, observa-se abordagem ampliada daqueles casos, como o reconhecimento de médicos das eSF frente aos benefícios da atuação conjunta:

[...] ela [profissional do Nasf] acha que o matriciamento ampliou o olhar do médico porque ele aceitou discutir o caso depois da VD [Visita Domiciliar - neste caso, compartilhada] e evoluir no prontuário juntos. [...] ela [profissional do Nasf] disse que encontrou com outra médica da unidade, que cobrou essas VDs compartilhadas também. (Trecho do diário de campo de 26 de julho de 2015).

Observa-se que alguns profissionais do Nasf propõem ações que visam ao cuidado integral e tentam trabalhar diante de uma RAS pouco

articulada. Esta característica é reconhecida pelos demais profissionais da USF:

[...] elas são inconformistas! É só isso que a gente vai fazer? Não! Vamos fazer mais! (Gerente de uma das USF apoiadas).

[...] não é a rede que funciona, elas funcionam bem, elas fazem funcionar. E se elas faltassem? (Médica de uma das eSF apoiadas).

Alguns profissionais da USF consideram o Nasf resolutivo e reconhecem que o núcleo ajuda as eSF a discutir casos e a desenvolver aspectos específicos de sua missão:

[...] com o Nasf, as equipes aprenderam realmente a se ver como PSF [Programa Saúde da Família] [...] [o Nasf e o supervisor do Mais Médicos] começou a ensinar pr'a gente o que era discutir caso. Que na discussão de um caso, todo mundo da equipe era importante. (Gerente de uma das USF apoiadas).

Ainda que com dificuldades, a constante interação entre Nasf e eSF parece exigir abertura para o cuidado integral em saúde, incorporando novos conhecimentos às equipes. O leque de atribuições do núcleo amplia a oferta de ações na AB e qualifica encaminhamentos para serviços e demandas de outros setores. Por outro lado, observam-se questões, como a tensão entre a atuação generalista e específica, além das dificuldades para a colaboração interprofissional, constituindo fatores que podem comprometer a implantação e o desenvolvimento da proposta, como discutirá a seguir.

Discussão

Análise Estratégica

A AE considera a intervenção sob três perspectivas: a escolha do problema; a definição dos objetivos da intervenção e sua população-alvo;

e as parcerias estratégicas¹³. No caso do Nasf, o problema escolhido foi a baixa resolutividade e integralidade das ações da AB, no que tange às especialidades. A ampliação do conhecimento e da gama de intervenções das eSF, por meio de apoio matricial do Nasf, foi o principal objetivo estabelecido, sendo tanto pacientes como colegas trabalhadores suas populações-alvo. Finalmente, equipes da AB e gestores distritais e municipais integram grupo de potenciais parceiros da iniciativa.

Destinada a resolução de 80% dos problemas em saúde¹⁷, é de se esperar que a atenção cotidiana na AB se depare com situações demandando conhecimentos que extrapolam os limites das eSF. A constituição dos grupos a partir de demanda reprimida nas unidades e os casos de elevada complexidade – os chamados ‘casos do Nasf’ – ilustram a situação e apontam para a pertinência dos núcleos, à medida que permitem romper com o modelo de cuidado hospitalocêntrico e o enfrentamento de problemas dos territórios nos quais estão inseridos. Nessa direção, pôde-se observar a qualificação de encaminhamentos e dos modos de apresentar demandas a outros setores, o que levou ao aprimoramento da construção e condução dos casos, justamente por meio da ampliação dos conhecimentos das eSF e de sua capacidade de intervenção.

No entanto, para a ampliação de saberes e da capacidade de intervenção, pressupõe-se formato de interação entre Nasf e eSF que coloca esta última na condição simultânea de clientela-alvo e parceira. Tal condição contrasta com o formato da passagem de caso e atendimento individual feito pelo especialista – ambos fortemente arraigados nas expectativas e práticas das equipes envolvidas – e que constitui obstáculo evidente à proposta Nasf. Neste sentido, a estratégia de ampliar o conhecimento e escopo dos integrantes das equipes da AB deve levar em conta sua bidirecionalidade, visto tratar-se de ação condicionada à efetiva cooperação da clientela-alvo para o seu sucesso, por meio do estabelecimento de plena parceria entre núcleos e AB. Poderia residir aí

especial fragilidade na concepção estratégica dos Nasf, na medida em que esses núcleos detêm baixa governabilidade sobre as eSF e acumulam poucos instrumentos, tanto na formação individual de seus integrantes quanto nos modelos tecnoassistenciais da RAS, para fazerem frente à cultura pouco colaborativa entre disciplinas, profissões e instituições, e, desta forma, promoverem a ampliação do conhecimento e conjunto de ações na AB. Em outras palavras, a estratégia da proposta implica abertura e permeabilidade à cooperação, que não estão garantidas no encontro entre profissionais de ambas as equipes.

Em outra perspectiva, o formato do modelo assistencial dos Nasf dá margem a situações de certo isolamento, como é o caso da pressão assistencial, suportada pela eSF. Neste caso, os profissionais do Nasf sentem-se até privilegiados por não serem requisitados pela intensa demanda das USF, poupados pela intermediação a que estão relegados. Nesta perspectiva, a lógica profissional da diferenciação acaba prevalecendo em detrimento da colaboração²³ e poupando os trabalhadores dos Nasf de mais contato e comprometimento com as práticas da AB.

Outra questão estratégica a ser considerada é o fato de o Nasf integrar a AB e, apesar de constituído por especialistas, ser requisitado a desenvolver atividades de caráter generalista, como ações voltadas ao território e iniciativas de promoção. Esta característica, entre outras questões, pode ocasionar superposição entre as duas equipes e distanciar os matriciadores de seu núcleo de competência²⁴.

O desenvolvimento das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) se dá de maneira centralizada e percorre, verticalmente, diferentes instâncias até chegar aos serviços municipais²⁵. Desta forma, os gestores municipais e distritais são fundamentais para articulação com os demais níveis federativos e para atuação alinhada com os princípios do SUS, no desenvolvimento de ações de saúde do Nasf no território. No entanto, apesar da pertinência das parcerias estratégicas estabelecidas para o Nasf, há conflito na vinculação

empregatícia por Organização Social (OS). Os profissionais ficam submetidos à métrica quantitativa de procedimentos destas organizações, que induz a práticas desarticuladas e fragmentadas, deixando o papel de intervenção do gestor municipal limitado.

Análise Lógica

A AL considera a razoabilidade das hipóteses teóricas e a coerência e pertinência dos meios implementados para alcançar os objetivos da intervenção, o que pode ser facilitado pelo uso de modelização¹². No estudo empírico, foi possível identificar questões da validade pragmática, relativa à propriedade dos meios para o alcance dos objetivos da intervenção. As questões principais são o apoio matricial e a colaboração entre os profissionais.

O apoio matricial, referencial teórico-metodológico de orientação para o trabalho no Nasf, possui duas dimensões, a assistencial e a técnica-pedagógica. A dimensão assistencial, caracterizada por ação direta aos usuários com devolutiva da intervenção realizada para as equipes de referência²⁶, foi mais frequentemente encontrada na prática do Nasf. A realização dos atendimentos especializados favoreceu a dinâmica entre as duas equipes em relação às expectativas das eSF de resolução dos casos encaminhados para o Nasf. Por outro lado, a prática dessa dimensão do apoio auxiliou os profissionais das eSF a compreenderem as atribuições das diferentes categorias profissionais do núcleo.

Para alguns gestores, o apoio matricial é entendido e reduzido à sua vertente assistencial, o que ocasionou cobranças de remodelação das equipes Nasf para atuarem com as eSF e gerou insatisfação dos matriciadores, explicitada no entendimento de que as eSF não eram cobradas para trabalhar ‘com’ o Nasf.

A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial, caracterizada por ações e apoio educativo²⁶, se deu por meio de indução de reflexões e análises sobre ações isoladas, fragmentadas e centradas na doença. Em diversas

situações, foram identificados obstáculos à realização de atividades compartilhadas e educativas. A abertura para o compartilhamento do trabalho era mais frequente entre profissionais que detêm menos poder no contexto institucional (como os ACS), que têm mais a ganhar do que a perder²⁷.

A dubiedade entre pertencer ou não à AB, entre atuar de acordo com a colaboração profissional ou a lógica profissional, é evidenciada pelo significativo volume de publicações cuja indagação central versa sobre o papel de uma dada categoria nesses núcleos. Curiosamente, no interior de si própria – em seu núcleo de competências e responsabilidades –, respostas sobre como atuar no Nasf, quando, na verdade, a resposta parece situar-se na articulação entre os diferentes profissionais especialistas e destes com as equipes de referência¹¹.

Como dito anteriormente, o tipo de atividade proposta pelo Nasf se concentrava em ações do núcleo de saber de cada profissional, mas há que se considerar a existência de limites que qualquer saber estruturado encontrará, independentemente da infinidade de casos acompanhados, uma vez que se trata da prática na vida real e concreta⁸. Assim, sendo coletivas ou individuais, compartilhadas com as eSF ou especializadas, houve agregação de novas ofertas na AB e aumento de gradientes de interdisciplinaridade. Ainda que ponderassem sobre as dificuldades para ensinar as eSF a discutir casos, estas afirmações se sustentam, sobretudo, na constante busca pela troca de conhecimento entre eSF e Nasf, quer seja no matriciamento através das devolutivas de casos atendidos pelas especialidades, quer pela troca de informações, discussão de casos e compartilhamento de atividades entre os próprios profissionais do núcleo, contribuindo para o alcance das dimensões relacionais que influenciam a colaboração profissional²³.

Ao mesmo tempo em que a conformação multiprofissional das equipes Nasf e o estabelecimento de espaços rotineiros de discussão, a partir de ações compartilhadas e de reflexão,

potencializaram o fortalecimento de uma nova forma de organização do serviço, em determinados momentos, a baixa articulação entre as equipes Nasf e das USF levou a ações fragmentadas. A colaboração profissional permeia a dificuldade de transposição da interdisciplinaridade para a prática, o trânsito entre campo de atuação e núcleo de responsabilidades e a tensão entre a atuação generalista e a específica, reforçada pelas diretrizes oficiais. Considerando 'campo' como espaço estruturado de posições em que dominantes e dominados lutam pela manutenção e pela obtenção de determinadas posições, no caso da saúde e, mais especificamente, da AB, o processo colaborativo poderia sofrer resistência justamente pelo receio de perda de capitais valiosos dos agentes, na medida em que o compartilham²⁸, voltado à preservação do território profissional. Assim, considera-se que a lógica de atuação do Nasf está produzindo práticas colaborativas, mas se defronta, constantemente, com aspectos não considerados pela política, como a dificuldade de transposição da proposta teórica de uma equipe multidisciplinar para atuação prática interprofissional colaborativa, e disputas inerentes a esse processo de horizontalidade das relações.

Conclusões

O modelo hegemônico de atenção à saúde, hospitalocêntrico e centrado no profissional de saúde, predomina na formação das diferentes profissões de saúde. Por outro lado, as diretrizes do Nasf orientam o trabalho no sentido da articulação interdisciplinar e inter-setorial, do matriciamento e da integralidade nas ações de saúde, ou seja, somam esforços

para romper com este modelo, em busca da AB como ordenadora de cuidados resolutivos e promotora de acesso à RAS. Observa-se que somente a inserção de uma equipe multiprofissional para atuar colaborativamente, entre si e com os demais profissionais da AB, ampliando as ofertas em saúde, não é suficiente para o aumento da integralidade do cuidado.

Considera-se que o aumento da resolutividade da AB e a integralidade da atenção não serão alcançados somente com a exigência de um novo perfil profissional, orientado pela lógica da colaboração. Há necessidade de enfrentamento de outras questões, como a desarticulação da rede, a verticalização das relações, a escassez de profissionais qualificados, a sobrecarga de trabalho das eSF, a carência de serviços especializados e o conflito existente entre a necessidade de mudança do modelo biomédico e a submissão à métrica quantitativa de procedimentos das OS. Por fim, identifica-se a necessidade de criar mecanismos que exponham os núcleos e seus profissionais às demandas que pressionam diariamente os profissionais da AB, ou seja, que se aumente a permeabilidade e porosidade dos Nasf ao cotidiano das eSF e da AB.

Colaboradores

Iacabo P (0000-0003-2457-0166)* contribuiu para a concepção do estudo, para o desenho metodológico, o trabalho em campo, para a produção dos dados, análise e discussão dos resultados, redação e revisão crítica do texto. Furtado JP (0000-0001-6605-1925)* contribuiu para a concepção do estudo, para o desenho metodológico, para a discussão dos resultados e revisão crítica do texto. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF; 2008. Diário Oficial da União. 25 Jan 2008.
2. Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*. 2012; 22(2):477-506.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 22 Out 2011.
4. Datasus. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [internet]. 2018 [acesso em 2018 jan 5]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equip.esp.
5. Shimizu HE, Fragelli TBO, Shimizu HE, et al. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan 5]; 40(2):216-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02702014>.
6. Almeida ER. A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Salvador: UFBA; 2016.
7. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 3(2):399-407.
8. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Análise do sofrimento no trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev da Esc Enferm da USP* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan 5]; 50(5):848-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600019>.
10. Klein AP, d'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 5]; 33(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00158815>.
11. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 5]; 41(esp):345-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s25>.
12. Champagne F, Brousselle A, Contandriopoulos A-P, et al. A análise lógica. In: *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 105-14.
13. Champagne F, Brousselle A, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. A análise estratégica. In: *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 95-104.
14. Figueiró AC, Sóter AP, Braga C, et al. Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle da Dengue. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(1):93-106.
15. Soares BC, Cardoso GCP, Figueiró AC. Análise estratégica da Vigilância Epidemiológica em tuberculose: uma experiência local. *Saúde debate*. 2017; 41(esp):22-33.
16. Campelo LM, Santos EM, Oliveira PTR. Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. *Saúde debate*. 2017; 41(esp):34-49.
17. Brasil. Diário Oficial da União nº 183 [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=71&totalArquivos=120>.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações completas, São Paulo [internet]. [acesso em 2017 jun 17]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sp/>.
19. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
20. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um Manual Prático. Petrópolis: Vozes; 2012.
21. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.
22. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 11. ed. São Paulo: Cortez; 2010.
23. D'amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sci Soc Sante [internet]. 1999 [acesso em 2017 nov 20]; 17(3):67-94. Disponível em: http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468.
24. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. Interface – Comun Saúde, Educ [internet]. 2016 [acesso em 2018 mar 19]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>.
25. Furtado JP, Onocko-Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2005; 8(1):109-22.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica N. 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
27. Bourdieu P. Algumas propriedades dos campos. In: Questões de Sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.
28. Bourdieu P. A gênese dos conceitos de habitus e campo. In: O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. p. 59-73.

Recebido em 10/09/2019
Aprovado em 07/05/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira

Structure and adequacy of work processes in the care of obesity in Brazilian Primary Care

Ana Laura Brandão¹, Erika Cardoso dos Reis², Cláudia Valéria Cardim da Silva³, Cristiane Marques Seixas³, Juliana Pereira Casemiro³

DOI: 10.1590/0103-1104202012607

RESUMO Este artigo analisa a disponibilidade de estrutura e adequação do processo de trabalho no cuidado à obesidade na Atenção Básica (AB) no Brasil e regiões. Para tanto, realizou-se um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa a partir dos dados secundários do componente da avaliação externa disponíveis no PMAQ-AB, ciclo 2. A análise de dados partiu de três dimensões: vigilância alimentar e nutricional; coordenação do cuidado e assistência; e ações de promoção e educação em saúde. Os resultados revelam valores elevados no que se refere à disponibilidade de infraestrutura para cuidado à obesidade, embora nenhuma das variáveis atinja 100%. Quanto à adequação de processos de trabalho no cuidado à obesidade, no entanto, identificaram-se proporções mais reduzidas, indicando um desempenho incipiente nas três dimensões. As análises sugerem que o cuidado à obesidade se beneficiou do provimento de recursos para estruturação de Unidades Básicas de Saúde e que sustentar esse investimento na AB é relevante para a manutenção da estrutura e para a qualificação de processos de trabalho. O desenvolvimento de estudos avaliativos nesta temática pode cumprir papel importante para o planejamento de ações.

PALAVRAS-CHAVES Obesidade. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Integralidade em saúde.

ABSTRACT This article analyzes the availability of structure and adequacy of the work process in the care of obesity in Primary Care (PC) in Brazil and regions. To this end, a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out based on secondary data from the external evaluation component available in the NPIAQ-PC, cycle 2. Data analysis started from three dimensions: food and nutritional surveillance; coordination of care and assistance; and health promotion and education actions. The results point to high values regarding the availability of infrastructure to care for obesity, although in none of the variables it reaches 100%. Regarding the adequacy of care work processes to obesity, however, smaller proportions were identified, indicating an incipient performance in the three dimensions. The analysis suggest that obesity care has been benefited from the provision of resources for structuring Basic Health Units and that sustaining this investment in PC is relevant for maintaining the structure and for qualifying work processes. The development of evaluative studies on this theme can play an important role in the planning of actions.

KEYWORDS Obesity. Primary Health Care. Health evaluation. Integrality in health.

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

²Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Espírito Santo (ES), Brasil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A Atenção Básica (AB) é um espaço estratégico para o cuidado da obesidade em função de sua alta capilaridade e maior proximidade dos indivíduos e famílias em seu contexto social, indicando para o seu potencial de enfrentamento da situação epidemiológica por meio da consolidação de um modelo assistencial baseado nas necessidades de saúde da população e na integralidade em saúde^{1,2}.

A atenção integral ao indivíduo com excesso de peso no Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir um conjunto de cuidados que englobe ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, incluindo procedimentos de diagnóstico e tratamento, que devem ser ofertados pela articulação das três esferas de governo e por diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A pactuação da Linha de Cuidado da obesidade exerce papel estratégico, pois tem por função registrar a organização dos serviços, bem como coordenar os fluxos de referência e contrarreferência para o atendimento dos usuários com sobrepeso e obesidade. A construção de rede integrada, resolutiva e humanizada é essencial, cumprindo à AB ocupar o lugar de coordenadora do cuidado³.

Além de organizar o cuidado, cabe à AB as seguintes atribuições na prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na RAS das pessoas com doenças crônicas: acolhimento adequado, Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); ações de prevenção e promoção da saúde; apoio ao autocuidado; e assistência terapêutica multiprofissional aos adultos com sobrepeso e obesidade e aos usuários após cirurgia para tratamento da obesidade⁴.

Ao definir tais atribuições para a AB no cuidado ao sobrepeso e obesidade é necessário, contudo, recordar que existem obstáculos e dificuldades históricas inerentes ao processo de consolidação da AB no Brasil. A organização e gestão de serviços é muito variada nas diversas partes do País e se reconhece que a melhoria dos processos assistenciais e a integração da AB com os demais pontos da RAS são desafios

importantes para a consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁵.

A partir dos anos 2000, elevaram-se os esforços no sentido de avaliar a AB em seus diversos aspectos, empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo Ministério da Saúde (MS) por meio de financiamento, apoio e realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação⁶. Esse investimento na institucionalização da avaliação deve ser entendido como contribuição decisiva e tem como objetivo qualificar a AB, por meio da construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e abrangente em suas várias dimensões da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico⁷.

Com o intuito de monitorar as condições de acesso e de qualidade das unidades e equipes de saúde por meio de políticas indutoras, foi implantado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), conduzido pelo MS em parceria com universidades brasileiras com experiência reconhecida na área de avaliação de políticas públicas de saúde. O Programa inclui o levantamento de informações dos municípios e das equipes de AB participantes por meio de visita da equipe de avaliação externa e certificação⁸. No que tange à avaliação externa, cabe registrar que ela ocorre de acordo com padrões específicos para avaliar infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), processo de trabalho e satisfação dos usuários.

A expansão da AB e das equipes multiprofissionais promove ampliação do acesso à saúde, aspecto relevante para oportunizar o cuidado. Contudo, cabe salientar que o processo de trabalho das equipes e a estrutura das UBS são essenciais para a configuração de um modelo assistencial efetivo, de qualidade, integral e voltado ao planejamento territorial com base nos determinantes de saúde, no quadro demográfico e epidemiológico da população atendida. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo analisar a disponibilidade de estrutura e a adequação dos processos de trabalho no cuidado à obesidade na AB no Brasil e regiões.

Metodologia

Trata-se de estudo de abrangência nacional e com recorte para as regiões do País, caracterizando-se como um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa a partir de dados secundários. A técnica de investigação baseou-se na análise de dados secundários do componente da Avaliação Externa disponíveis no PMAQ-AB, onde foram consideradas informações do ciclo 2 do programa, realizado no período de 2013 a 2014, cujo banco de dados é de livre acesso e está disponibilizado no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS).

A fim de sistematizar análises à luz do cuidado em obesidade, foram considerados

os seguintes documentos de referência para o cuidado da obesidade: Portaria nº 424 de 2013⁹; ‘Manual instrutivo para a organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas’³; Portaria nº 483 de 2014¹⁰, ‘Cadernos de Atenção Básica’ – ‘Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade’¹¹; ‘Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade’¹²; ‘Marco de referência para Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica’¹³.

A partir dessa leitura, foram identificadas dimensões e subdimensões dos processos de trabalho a serem desenvolvidos na AB e aspectos da estrutura das UBS a eles relacionadas, conforme descrição no *quadro 1*.

Quadro 1. Dimensões e subdimensões de análise dos processos de trabalho para o cuidado do sobrepeso e obesidade na Atenção Básica

Dimensões	Subdimensões
1. Vigilância Alimentar e Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de avaliação antropométrica e de consumo alimentar - Análise da situação individual e coletiva e estratificação de risco - Identificação de ações de cuidado individual e coletivo - Acompanhamento de resultados e metas pactuadas
2. Coordenação do cuidado e assistência	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 e 40 kg/m² - Coordenação do cuidado de indivíduos adultos com IMC 30 kg/m² com comorbidades ou IMC acima de 40 kg/m² - Assistência terapêutica multiprofissional aos usuários no pós-operatório de tratamento obesidade
3. Ações de promoção e educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Ações coletivas de apoio ao autocuidado, como consultas compartilhadas, grupos terapêuticos - Articulação intersetorial e atividades em equipamentos sociais do território, como escolas, creches, Centros de Referência em Assistência Social, centros de esporte e lazer, associações de bairro, outros - Promoção de práticas corporais e atividade física.

Fonte: Elaboração própria.

Para definir as variáveis de análise, utilizou-se o instrumento do PMAQ-AB, que é constituído por módulos, sendo que este artigo analisa os dados do Módulo I, composto por observação nas UBS em relação às questões de infraestrutura da UBS; e o Módulo II, que é composto por entrevistas aos profissionais sobre os processos

de trabalho da equipe de AB, saúde bucal e verificação de documentos na UBS.

Selecionaram-se as variáveis relacionadas às ações do cuidado em obesidade a partir das dimensões e subdimensões descritas no *quadro 1*. Após essa etapa, foi realizada análise descritiva por meio de frequência simples das

variáveis selecionadas para cada região do Brasil. Para as análises foram utilizados os *softwares* SPSS 22.0 e no Microsoft Excel® versão 2010.

A análise considerou os conceitos de disponibilidade e adequação. Segundo Penchansky e Thomas¹⁴, disponibilidade é compreendida como o volume e tipo de serviços ofertados pelos serviços de saúde, enquanto adequação refere-se à forma como os processos de trabalho são organizados no âmbito dos serviços de saúde para atender aos usuários.

Para avaliar a disponibilidade, selecionaram-se as variáveis relacionadas aos equipamentos, materiais e insumos previstos como necessários ao cuidado da obesidade nas UBS, utilizando como parâmetro a presença em 100% da variável analisada. Para a perspectiva da adequação dos processos de trabalho, selecionaram-se as variáveis presentes que refletissem o cuidado da obesidade desenvolvidos pelos profissionais das UBS.

Essas variáveis foram analisadas em relação ao que se espera que seja realizado nesse âmbito de atenção, conforme descrito nos documentos nacionais e oficiais sobre o tema. Os resultados e a discussão foram organizados segundo a disponibilidade de estrutura e a adequação dos processos de trabalho desenvolvidos no cuidado à obesidade a partir das três dimensões propostas no *quadro 1*.

Resultado e discussão

Em relação aos dados do Módulo I do PMAQ-AB, destaca-se o registro de 24.501 UBS, embora apenas 24.055 possuam informações disponíveis. Já para o Módulo II, identificaram-se 30.523 unidades registradas, num total de 29.778 com informações. A *tabela 1* apresenta a distribuição de unidades avaliadas nos módulos 1 e 2 do PMAQ-AB por região do Brasil.

Tabela 1. Distribuição das unidades avaliadas nos módulos 1 e 2 do PMAQ-AB segundo região do Brasil, 2013-2014

Região	Módulo 1	Módulo 2
	n (%)	n (%)
Norte	1.690 (7,0)	2.160 (7,3)
Nordeste	9.704 (40,3)	10.768 (36,2)
Centro-Oeste	1.889 (7,9)	2.241 (7,5)
Sudeste	7.165 (29,8)	10.100 (33,9)
Sul	3.607 (15,0)	4.509 (15,1)
Total	24.055 (100,0)	29.778 (100,0)

Fonte: Elaboração própria.

Cabe considerar que em 2014, ano em que os dados do PMAQ-AB foram coletados, a cobertura de AB no Brasil era de 78,4% na região Nordeste; 62,9% na região Sul; 60,7% na região Norte; 58,7% no Centro Oeste; e 49,7% no Sudeste. As regiões que tiveram maior adesão aos Módulos 1 e 2 foram o Nordeste e o Sudeste, justamente aquelas com maior e menor cobertura, respectivamente.

Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

Entende-se como VAN o monitoramento das condições de alimentação e nutrição de uma determinada população. Com relação ao sobrepeso e à obesidade, destaca-se a relevância de as ações de VAN serem contínuas e sistemáticas, de modo a permitir identificação dos casos, estratificação

de risco e organização da oferta de cuidado. Sua execução deve estar associada às demandas espontâneas e programadas das UBS^{11,13}.

A disponibilidade de equipamentos e materiais, assim como a existência de rotinas com

distribuição de responsabilidades pela execução das ações de VAN, impacta de maneira importante nos processos de trabalho desenvolvidos no cuidado. Os dados referentes a essa dimensão são apresentados na *tabela 2*.

Tabela 2. Disponibilidade de estrutura e adequação dos processos de trabalho, conforme a dimensão de Vigilância Alimentar e Nutricional, realizados por Equipes de Atenção Básicas relacionadas à obesidade, segundo variáveis dos módulos 1 e 2 do PMAQ-AB das grandes regiões do Brasil, 2013-2014

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Balança antropométrica de 150 kg (n=24055)						
Sim	1422 (84,1)	8572 (88,3)	1514 (80,1)	5747 (80,2)	2807 (77,8)	20062 (83,4)
Não	268 (15,9)	1132 (11,7)	375 (19,9)	1418 (19,8)	800 (22,2)	3993 (16,6)
Quantos em condições de uso? (n=20062)						
Nenhuma	20 (1,4)	113 (1,3)	16 (1,0)	52 (0,9)	18 (0,7)	219 (1,1)
1 a 5	1394 (98,0)	8387 (97,8)	1474 (97,4)	5250 (91,4)	2732 (97,3)	19237 (95,9)
6 ou mais	8 (0,6)	72 (0,9)	24 (1,6)	445 (7,7)	57 (9,4)	606 (3,0)
Balança antropométrica de 200 kg (n=24055)						
Sim	235 (13,9)	1228 (12,7)	495 (26,2)	2332 (32,5)	1278 (35,4)	5568 (23,1)
Não	1455 (86,1)	8476 (87,3)	1394 (73,8)	4833 (67,5)	2329 (64,6)	18487 (76,9)
Quantos em condições de uso? (n=5568)						
Nenhuma	4 (1,7)	29 (2,4)	9 (1,8)	41 (1,8)	23 (1,8)	106 (1,9)
1 a 5	229 (97,4)	1169 (95,2)	484 (97,8)	2180 (93,4)	1236 (96,7)	5298 (95,2)
6 ou mais	2 (0,9)	30 (2,5)	2 (0,4)	111 (4,8)	19 (1,5)	164 (2,9)
Balança infantil (n=24055)						
Sim	1394 (82,5)	8768 (90,4)	1747 (92,5)	6927 (96,7)	3515 (97,4)	22351 (92,9)
Não	296 (17,5)	936 (9,6)	142 (7,5)	238 (3,3)	2,6	1704 (7,1)
Quantos em condições de uso? (n=22351)						
Nenhuma	41 (2,9)	121 (1,4)	31 (1,8)	43 (0,6)	8 (0,2)	244 (1,1)
1 a 5	1346 (96,6)	8611 (98,2)	1695 (97,0)	6502 (93,9)	3460 (98,4)	21614 (96,7)
6 ou mais	7 (0,5)	36 (0,4)	21 (1,2)	382 (5,5)	47 (1,4)	493 (2,2)
Régua antropométrica (n=24055)						
Sim	1177 (69,6)	8266 (85,2)	1626 (86,1)	6852 (95,6)	3471 (96,2)	21392 (88,9)
Não	513 (30,4)	1438 (14,8)	263 (13,9)	313 (4,4)	136 (3,8)	2663 (11,1)
Quantos em condições de uso? (n=21392)						
Nenhuma	5 (0,4)	60 (0,7)	17 (1,0)	28 (0,4)	4 (0,1)	114 (0,5)
1 a 5	1164 (98,9)	8130 (98,4)	1593 (98,0)	6396 (93,3)	3413 (98,3)	20696 (96,8)
6 ou mais	8 (0,7)	76 (0,9)	16 (1,0)	428 (6,3)	54 (1,6)	582 (2,7)
Fita métrica (n=24055)						
Sempre disponíveis	1591 (94,1)	9364 (96,5)	1806 (95,6)	6917 (96,5)	3554 (98,5)	23232 (96,6)
Às vezes disponível	53 (3,1)	169 (1,7)	43 (2,3)	123 (1,7)	20 (0,6)	408 (1,7)
Nunca disponíveis	46 (2,7)	171 (1,8)	40 (2,1)	125 (1,8)	33 (0,9)	415 (1,7)
Não se aplica	-	-	-	-	-	-

Disponibilidade

Tabela 2. (cont.)

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
A equipe possui o registro do seu território das pessoas com obesidade (n=29778)						
Sim	412 (9,1)	3921 (36,4)	594 (26,5)	4274 (42,3)	1631 (36,2)	10832 (36,4)
Não	1748 (80,9)	6847 (63,6)	1647 (73,5)	5826 (57,7)	2878 (63,8)	18946 (63,6)
A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários: (n=29778)						
Das crianças menores de dois anos de idade (n=29778)						
Sim	2021 (93,6)	10428 (96,8)	2107 (94,0)	9708 (96,1)	4304 (95,5)	28568 (95,9)
Não	139 (6,4)	340 (3,2)	134 (6,0)	392 (3,9)	205 (4,5)	1210 (4,1)
Das crianças menores de dez anos (n=29778)						
Sim	1703 (78,8)	77719 (71,7)	1737 (77,5)	8055 (79,8)	3291 (73,0)	22505 (75,6)
Não	457 (21,2)	3049 (28,3)	504 (22,5)	2045 (20,2)	1218 (27,0)	7273 (27,4)
Das gestantes (n=29778)						
Sim	2076 (96,1)	10504 (97,5)	2137 (95,4)	9593 (95,0)	4244 (94,1)	28554 (95,9)
Não	84 (3,9)	264 (2,5)	104 (4,6)	507 (5,0)	265 (5,9)	1224 (4,1)
Dos adultos com hipertensão e diabetes (n=29778)						
Sim	2025 (93,8)	10192 (94,7)	2020 (90,1)	9009 (89,2)	3798 (84,2)	27044 (90,8)
Não	135 (6,3)	576 (5,3)	22 (9,9)	1091 (10,8)	711 (15,8)	2734 (9,2)
Dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde (n=29778)						
Sim	1801 (83,4)	6865 (63,8)	1699 (75,8)	6854 (68,4)	3332 (73,9)	20551 (69,0)
Não	359 (16,6)	3903 (36,2)	542 (24,2)	3246 (32,1)	1177 (26,1)	9227 (31,0)
Outros (n=29778)						
Sim	339 (15,7)	2062 (19,1)	400 (17,8)	1738 (17,2)	903 (20,0)	5442 (18,3)
Não	1821 (84,3)	8706 (80,9)	1841 (82,2)	8362 (82,8)	3606 (80,0)	24336 (81,7)
Não realiza (n=29778)						
Sim	43 (2,0)	78 (0,7)	39 (1,7)	105 (1,0)	54 (1,2)	319 (1,1)
Não	2117 (98,0)	10690 (99,3)	2202 (98,3)	9995 (99,0)	4455 (98,8)	29459 (98,9)
A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros (n=29778)						
Sim	2121 (98,2)	10583 (98,3)	2178 (97,2)	9928 (98,3)	4434 (98,3)	29244 (98,2)
Não	39 (1,8)	185 (1,7)	63 (2,8)	172 (1,7)	75 (1,7)	534 (1,8)
A equipe realiza avaliação nutricional (n=29778)						
Sim	1255 (58,1)	8031 (74,6)	1474 (58,8)	5561 (55,1)	2777 (61,6)	19098 (64,1)
Não	524 (24,3)	1662 (15,4)	410 (18,3)	2391 (23,7)	989 (21,9)	5976 (20,1)
Não se aplica	381 (17,6)	1075 (10,0)	357 (715,9)	2148 (21,3)	743 (16,5)	4704 (15,8)

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à disponibilidade, foram identificadas nove variáveis no PMAQ-AB relacionadas à avaliação da VAN no cuidado à obesidade. Dentre elas, destaca-se a presença de balanças de três tipos: infantil, com capacidade até 150kg e até 200 kg. Nesse item, nenhuma região apresentou 100% de disponibilidade.

Destaca-se, contudo, que, com relação à balança infantil, registra-se sua existência em 92,9% das UBS respondentes, com destaque

para a região Sul, que chega a 97,4%. Em contrapartida, a existência de régua antropométrica, equipamento também essencial ao diagnóstico nutricional na infância, foi registrada em apenas 88,9% das Unidades, com destaque para a região Norte, que não possui o instrumento em 30,4% de suas Unidades.

A priorização do público infantil no período inicial de proposição das ações de VAN no Brasil (década de 1970) e a posterior vinculação

de suas ações a programas assistenciais, como o programa Leite é Saúde (na década de 1990)¹⁵, podem, em parte, explicar a elevada disponibilidade desse tipo de balança em UBS. Historicamente, as crianças foram priorizadas pelas ações de VAN pelo perfil de vulnerabilidades em saúde, a elevada prevalência da desnutrição infantil e a identificação de sua correlação com doenças evitáveis.

Nascimento e colaboradores¹⁵, avaliando a cobertura do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), confirmaram a predominância de informações para o público materno-infantil em detrimento das outras faixas etárias. Destacam que tal perfil de cobertura poderia ser considerado consonante em contextos de altas prevalências de desnutrição infantil, mas é incoerente com o atual cenário de aumento da obesidade, sobretudo entre adolescentes e adultos.

As balanças para 150 kg estão presentes em 83,4% das UBS brasileiras, sendo que no Nordeste chega a 88,3%. Já no caso das balanças antropométricas de 200 kg, os dados para o Brasil correspondem a 23,1%, com destaque para a região sul, com 35,4% das Unidades.

É preocupante a baixa presença de balança de 200 kg, uma vez que esse equipamento é listado dentre os aspectos de infraestrutura das UBS necessários ao apoio diagnóstico e terapêutico da obesidade³. Ainda que se possa considerar o fato que, na organização da RAS, existam outros pontos responsáveis pelo atendimento a esses usuários e que as características locais da rede possam influenciar na avaliação sobre os impactos dessa baixa disponibilidade, cabe frisar que a mudança de perfil epidemiológico impõe a necessidade do equipamento nas atividades de diagnóstico e classificação de risco na AB. Completando este panorama, observa-se que a fita métrica, utilizada para as medições de circunferências, possui alta disponibilidade em todas as regiões.

Importante ressaltar que as condições de manutenção e uso são semelhantes para todos os itens avaliados, revelando que a quase totalidade dos equipamentos existentes nas UBS

estavam em condições de utilização. Destaca-se este como um ponto relevante para o monitoramento contínuo, uma vez que o desgaste pelo uso é previsível no caso dos itens listados. Ressalta-se, assim, que a necessidade de reposição e manutenção devem ser previstos de forma continuada no orçamento da AB.

Desse ponto de vista, o MS, sobretudo entre 2006 e 2011, tem se dedicado a normatizar a questão da estrutura física, equipamentos e insumos necessários para o desenvolvimento das ações no âmbito da AB no território nacional. Dentre tais normativas estão: a PNAB (2006), que ressaltou os aspectos estruturais das unidades de saúde, assim como itens necessários à realização das ações de AB, e definiu uma lista de equipamentos e materiais adequados para a AB de qualidade¹⁶; o 'Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde' de 2008, que orienta profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para o bom funcionamento das unidades básicas¹⁷; a Portaria nº 2.226 de 2009, que instituiu o Plano Nacional de Implantação de UBS para Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁸, e, em 2011, o Programa de Requalificação das UBS, que propõe a estrutura física adequada para o funcionamento das UBS e desenvolvimento das ações, além de criar incentivo financeiro para esse fim¹⁹.

No tocante à adequação, os dados permitem destacar que ainda são muitos os desafios relacionados aos processos de trabalho da VAN. O registro da obesidade nos territórios é realizado por apenas 36,4% das equipes no Brasil, e na região Norte apenas é realizado por 9,1% das equipes.

Semelhante à tendência encontrada para a disponibilidade de equipamentos, a realização de mensuração de peso e altura ocorre nas faixas etárias tradicionalmente acompanhadas no programa Saúde da Mulher e da Criança, e que, justamente, também estão atrelados a outros programas nacionais, como ao Programa Bolsa Família (PBF) e ao Sisvan. A mensuração de crianças menores de dois anos e gestantes apresentam valores iguais

(95,9%) no Brasil e sem diferenças importantes entre as regiões. No caso da mensuração de peso e altura de hipertensos e diabéticos também observa-se alta realização (90,8% no Brasil), podendo estar associada às atividades do Hiperdia, programa nacional que destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial ou diabetes mellitus atendidos^{20,21}. Nas demais faixas etárias, a realização dessa atividade é bem menor do que nos casos citados anteriormente.

O registro dos dados de peso e altura apresentou 98,2% de realização por parte das Unidades no País. Nessa pergunta, é considerado o registro em prontuário, sistemas de informação, caderneta ou 'outros', o que dificulta a análise adequada. Dessa forma, a formulação da pergunta não deixa claro se o registro para fins de avaliação individual e para inclusão em sistemas de informação, por exemplo, é feito de forma simultânea para todos os atendimentos. Cabe ressaltar que, do ponto de vista do cuidado à obesidade, a simultaneidade do registro é muito relevante, porque indica a preocupação com os processos de VAN, apoio à gestão e coordenação do cuidado e de apoio ao autocuidado.

O aumento da cobertura da VAN tem relação com a maior aplicação financeira em

equipamentos, materiais, estrutura das unidades, dinamização dos sistemas informatizados, capacitações em todas as fases do ciclo de gestão e produção do cuidado¹⁵.

Em 2011, por meio da Portaria nº 2975, foi instituído apoio financeiro para aquisição de equipamentos antropométricos e, assim, estruturar a VAN nos municípios²². O foco dos investimentos foram os polos de Academia da Saúde e UBS com Equipes de Atenção Básica (EAB) com adesão ao PMAQ-AB, cujos dados revelam que, de forma geral, as equipes possuem equipamentos básicos para avaliação antropométrica. Por outro lado, permanecem os desafios relacionados aos processos de trabalho.

Chama a atenção o fato de os dados serem registrados, em sua maioria, e não serem avaliados. A avaliação nutricional é realizada apenas por 64,1% das equipes no Brasil. Essa atividade é essencial para realização de diagnóstico de obesidade e coordenação do cuidado.

Destaca-se, ainda, que, ao contrário da avaliação antropométrica, a avaliação de consumo alimentar tem menor tradição nos serviços de saúde. Os formulários de marcadores de consumo alimentar, destinados ao uso cotidiano nas UBS, passaram a ser disponibilizado a partir de 2008²³. Nenhuma das atividades do PMAQ-AB trata do componente alimentar da VAN.

Ressalta-se que 319 unidades no País (1,1%) não realizam nenhum tipo de mensuração de peso e altura, assim como há 3993 (16,6%) Unidades que não possuem balança de 150 kg e 18487 (76,9%) Unidades que não possuem balança de 200 kg. Dentre as unidades que possuem essas balanças, 1,1% e 1,9% respectivamente, encontram-se sem balanças em condições de uso no Brasil. A região Nordeste foi a que apresentou maior proporção de Unidades sem balança em condições de uso.

Dados dos diagnósticos individuais e coletivos de VAN devem subsidiar ações que deem consequência prática por um lado às ações de assistência terapêuticas exigidas para cada caso e por outro à tomada de decisão sobre as intervenções no território e na comunidade, envolvendo as articulações intersetoriais e ações de promoção e educação em saúde¹². Desse ponto de vista, a dimensão da VAN está intrinsecamente associada aos debates das duas dimensões de análise abordadas nos tópicos seguintes: coordenação do cuidado e assistência e ações de promoção e educação em saúde.

Coordenação do cuidado e assistência

A coordenação do cuidado é um atributo essencial da AB e uma das diretrizes da PNAB, e sua efetivação representa um desafio estratégico para a consolidação da integralidade

do cuidado. Coordenar o cuidado pressupõe organizar e acompanhar o caminho do usuário na RAS e implica capacidade resolutiva,

comunicativa e de responsabilização da EAB²⁴. Os dados referentes a esta dimensão estão apresentados na *tabela 3*.

Tabela 3. Disponibilidade de estrutura e adequação dos processos de trabalho de acordo com a dimensão de coordenação do cuidado e assistência terapêutica multiprofissional realizadas por Equipes de Atenção Básicas relacionadas à obesidade, segundo variáveis dos módulos 1 e 2 do PMAQ-AB das grandes regiões do Brasil, 2013-2014

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aparelho de pressão adulto (n=24055)						
Sim	1667 (98,6)	9615 (99,1)	1870 (99,0)	7121 (99,4)	3599 (99,8)	23872 (99,2)
Não	23 (1,4)	89 (0,9)	19 (1,0)	44 (0,6)	8 (0,2)	183 (0,8)
Quantos em condições de uso? (n=23872)						
Nenhuma	10 (0,6)	47 (0,5)	13 (0,7)	12 (0,2)	3 (0,1)	85 (0,4)
1 a 5	1577 (94,6)	9300 (96,7)	1734 (92,7)	5655 (79,4)	2895 (80,4)	21161 (88,6)
6 ou mais	80 (4,8)	268 (2,8)	123 (6,6)	1454 (20,4)	701 (19,5)	2626 (11,0)
Glicosímetro (n=24055)						
Sim	1504 (89,0)	9306 (95,9)	1811 (95,9)	6950 (97,0)	3533 (97,9)	23104 (96,0)
Não	186 (11,0)	398 (4,1)	78 (4,1)	215 (3,0)	74 (2,1)	951 (4,0)
Quantos em condições de uso? (n=23104)						
Nenhum	18 (1,2)	80 (0,9)	6 (0,3)	12 (0,2)	1 (0,0)	117 (0,5)
1 a 5	1471 (97,8)	9134 (98,1)	1768 (97,6)	6523 (94,0)	3368 (95,3)	22264 (96,4)
6 ou mais	15 (1,0)	92 (1,0)	37 (2,1)	415 (6,0)	164 (4,7)	723 (3,1)
Tiras reagentes de medida de glicemia capilar (n=24055)						
Sempre disponíveis	1317 (77,9)	8621 (88,8)	1688 (89,5)	6552 (91,4)	3506 (97,2)	21684 (90,1)
Às vezes disponível	222 (13,1)	716 (7,4)	175 (9,3)	385 (5,4)	69 (1,9)	1567 (6,5)
Nunca disponíveis	151 (8,9)	367 (3,8)	26 (1,4)	228 (3,2)	32 (0,9)	804 (3,4)
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde						
Creatinina (n=29778)						
Sim	2028 (93,8)	10456 (97,1)	2139 (95,4)	9965 (98,7)	4452 (98,7)	29037 (97,5)
Não	135 (6,3)	312 (2,9)	102 (4,6)	135 (1,3)	57 (1,3)	741 (2,5)
Perfil lipídico (n=29778)						
Sim	1771 (82,0)	9566 (88,8)	2050 (91,5)	9766 (96,7)	4334 (96,1)	27487 (92,3)
Não	389 (18,0)	1202 (11,2)	191 (8,5)	334 (3,3)	175 (3,9)	2291 (7,7)
Hemoglobina glicosilada (n=29778)						
Sim	1732 (80,2)	9712 (90,2)	1902 (84,9)	9757 (96,6)	4316 (95,7)	27419 (92,1)
Não	428 (19,8)	1056 (9,8)	339 (15,1)	343 (3,4)	193 (4,3)	2359 (7,9)
Para quais grupos a equipe oferta ações. Obesidade (n=29778)						
Sim	916 (42,4)	6444 (59,8)	1125 (50,2)	6125 (60,6)	2400 (53,2)	17010 (57,1)
Não	1244 (57,6)	4324 (40,2)	1116 (49,8)	3975 (39,4)	2109 (46,8)	12768 (42,9)
A equipe programa oferta de consultas para quais situações. Obesidade (n=29778)						
Sim	819 (37,9)	4670 (43,4)	1002 (44,7)	5238 (51,9)	2053 (45,5)	13782 (46,3)
Não	1341 (62,1)	6098 (56,6)	1239 (55,3)	4862 (48,1)	2456 (54,5)	15996 (53,7)

Tabela 3. (cont.)

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado e para quais situações. Obesidade (n=29778)						
Sim	530 (24,5)	3833 (35,6)	667 (29,8)	4069 (40,3)	1579 (35,0)	10678 (35,9)
Não	1630 (75,5)	6935 (64,4)	1574 (70,2)	6031 (59,7)	2930 (65,0)	19100 (64,1)
A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. Obesidade (n=29778)						
Sim	526 (24,4)	3793 (35,2)	737 (32,9)	4634 (45,9)	1918 (42,5)	11608 (39,0)
Não	1634 (75,6)	6975 (64,8)	1504 (67,1)	5466 (54,1)	2591 (57,5)	18170 (61,0)
Após a identificação de usuário adulto com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), quais condutas a equipe realiza. (n=29778)						
Organiza consultas de acompanhamento deste usuário na UBS (n=29778)						
Sim	905 (41,9)	5831 (54,2)	987 (44,0)	6643 (65,8)	2775 (61,5)	17141 (57,6)
Não	1255 (58,1)	4937 (45,8)	1254 (56,0)	3457 (34,2)	1734 (38,5)	12637 (42,4)
Convida usuário para participação em atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física (n=29778)						
Sim	716 (33,1)	5492 (51,0)	1016 (45,3)	6744 (66,8)	2502 (55,5)	16470 (55,3)
Não	1444 (66,9)	5276 (49,0)	1225 (54,7)	3356 (33,2)	2007 (44,5)	13308 (44,7)
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento do usuário na UBS (n=29778)						
Sim	825 (38,2)	6920 (64,3)	895 (39,9)	5924 (58,7)	2303 (51,1)	16867 (56,6)
Não	1335 (61,8)	3848 (35,7)	1346 (60,1)	4176 (41,3)	2206 (48,9)	12911 (43,4)
Encaminha para serviço especializado (n=29778)						
Sim	1372 (63,5)	8119 (75,4)	1768 (78,9)	8248 (81,7)	3686 (81,7)	23193 (77,9)
Não	788 (36,5)	2649 (24,6)	473 (21,1)	1852 (18,3)	823 (18,3)	6585 (22,1)
Outro(s)						
Sim	228 (10,6)	1277 (11,9)	255 (11,4)	1162 (11,5)	560 (12,4)	3482 (11,7)
Não	1932 (89,4)	9491 (88,1)	1986 (88,6)	8938 (88,5)	3949 (87,6)	26296 (88,3)
Não realiza nenhuma conduta específica (n=29778)						
Sim	210 (9,7)	304 (2,8)	106 (4,7)	167 (1,7)	139 (3,1)	926 (3,1)
Não	1950 (90,3)	10464 (97,2)	2135 (95,3)	9933 (98,3)	4370 (96,9)	28852 (96,9)

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à disponibilidade de equipamentos e insumos, como aparelho de pressão, glicosímetro, tiras de reagentes de medida de glicemia capilar, a disponibilidade é alta no País, sendo a região Norte a que menos apresenta esses itens mencionados.

No que se refere à disponibilidade de exames solicitados e realizados pela rede, para o âmbito nacional, encontra-se alta porcentagem, chegando próximo ao 100% da oferta desse item (97,5% creatinina, 92,3% perfil lipídico e 92,1% hemoglobina glicosilada). Porém, destaca-se que a pior região, em todos os exames citados, novamente, é a Norte (93,8% creatinina, 82% perfil lipídico e 80,2% hemoglobina glicosilada).

Esses dados revelam que, assim como observado para VAN, a disponibilidade de

equipamentos e insumos encontra-se compatível em grande parte das UBS do País. Mais uma vez, essa elevada disponibilidade de estrutura pode estar relacionada e influenciada pelas condições necessárias para a realização do Hiperdia.

No que concerne aos processos de trabalho relacionados à assistência, quando verificada a oferta de ações para obesidade, observa-se que, no País, cerca de 42,9% das equipes não realizam essas ações, 53,7% das equipes não realizam consultas para obesos e 64,1% não programam a agenda de acordo com classificação de risco para obesidade. Com referência às atividades realizadas, 57,6% das equipes afirmam organizar consultas de acompanhamento dos obesos e 55,3% das equipes convidam os usuários obesos para participar de

atividades coletivas voltadas para alimentação saudável e atividade física.

Levando-se em consideração a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade, assim como a sua associação com o desenvolvimento de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), chama a atenção que tantas equipes registrem a não realização de consultas, a não programação de agenda segundo classificação de risco ou o não encaminhamento para atividades coletivas.

Em relação à coordenação do cuidado, 61,0% das equipes no País não mantém o registro dos usuários obesos encaminhados para outros pontos de atenção, embora 77,9% das equipes relate o encaminhamento dos obesos para serviço especializado. Destaca-se ainda o fato de existirem equipes que não realizam nenhuma conduta para os usuários obesos. Elas representam 3,1% das Unidades do Brasil e 9,7% das Unidades na região Norte.

No que diz respeito à atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), ressalta-se que ele é acionado por apenas 56,6% das equipes no País para apoiar o acompanhamento de usuários obesos. Esse dado é revelador, uma vez que o Nasf tem o objetivo de ampliar o escopo e a resolutividade das ações das equipes da ESF, além de atuar no apoio especializado a elas por meio do compartilhamento das responsabilidades e saberes das diversas áreas do conhecimento envolvidas na complexidade do lidar com situações de vida e saúde da comunidade²⁵.

O conjunto desses dados sugere fragilidade no acompanhamento dos usuários, comprometendo, assim, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, ou seja, identificam-se desafios ainda no que se refere a atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, postulados por Starfield²⁶. As condições de registro por parte das equipes sugerem deficiências na continuidade da assistência, refletindo baixa qualidade das informações, pois os registros dos profissionais de saúde devem ser considerados como ponto-chave para informar acerca do processo, e seu resultado imediato evidencia

a qualidade e resolutividade do atendimento.

Cabe destacar que não foi possível avaliar questões importantes sobre infraestrutura relacionadas ao acolhimento, diagnóstico e terapêutica de usuários obesos que envolve o mobiliário apropriado (macas e cadeiras para mais de 200 kg), bem como a existência de rampas de acesso e portas largas.

Ações de promoção e educação em saúde

Ações de promoção e educação em saúde são consideradas como atribuições compartilhadas por todos os membros das equipes da AB²⁴ e devem ser pautadas não apenas pelo setor saúde, mas compartilhado por outros setores comprometidos com a temática¹². Nesse cenário, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) coloca-se como importante e desafiadora estratégia relacionada à promoção e educação em saúde voltada para a temática do sobrepeso e obesidade¹¹. Com a publicação do ‘Marco de Educação Alimentar e Nutricional para as políticas públicas’²⁷, consolidou-se a orientação para a proposição de práticas elaboradas a partir de recursos educacionais problematizadores e ativos, reforçando o caráter transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional da EAN. Essa perspectiva, que vem sendo gradativamente incorporada na AB, é destaque entre os esforços para o reconhecimento da complexidade da relação entre saúde, alimentação e nutrição.

Sobre esse aspecto, tomando essa atribuição da AB no cuidado ao sobrepeso e obesidade, evidencia-se o convite para um olhar atento aos ambientes e territórios em suas potencialidades e fragilidades. Nesse sentido, os documentos oficiais têm destacado a importância da atenção às oportunidades geradas pela existência de equipamentos públicos (creches, escolas, centros de esporte e lazer, associações de moradores), sejam eles governamentais ou não, existentes em cada localidade, e a oportunidades de realização de ações intersetoriais^{12,13}. A *tabela 4* apresenta os dados dessa dimensão.

Tabela 4. Adequação dos processos de trabalho segundo a dimensão de ações de promoção e educação em saúde realizadas por Equipes de Atenção Básicas relacionadas à obesidade, segundo variáveis do módulo 2 do PMAQ-AB das grandes regiões do Brasil, 2013-2014

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Alimentação saudável (n=29778)						
Sim	1533 (71,0)	7967 (74,0)	1633 (72,8)	6756 (66,9)	3001 (66,5)	20890 (70,2)
Não	520 (24,0)	2489 (23,1)	492 (22,0)	2920 (28,9)	1268 (28,1)	7689 (25,8)
Não se aplica	107 (5,0)	312 (2,9)	116 (5,2)	424 (4,2)	240 (5,4)	1199 (4,0)
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas (n=29778)						
Sim	1231 (57,0)	7223 (67,0)	1475 (65,8)	7351 (72,8)	3162 (70,1)	20442 (68,7)
Não	822 (38,0)	3233 (30,0)	650 (29,0)	2325 (23,0)	1107 (24,5)	8137 (27,3)
A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: Práticas corporais (n=29778)						
Sim	597 (27,6)	4028 (37,4)	813 (36,3)	5325 (52,7)	1871 (41,5)	12634 (42,5)
Não	1456 (67,4)	6428 (59,7)	1312 (58,5)	4351 (43,1)	2398 (53,2)	15945 (53,5)
A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: Atividade física (n=29778)						
Sim	1035 (47,9)	6795 (63,1)	1332 (59,4)	7623 (75,5)	2879 (63,8)	19664 (66,1)
Não	1018 (47,1)	3661 (34,0)	793 (35,4)	2053 (20,3)	1390 (30,8)	8915 (29,9)
Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza? Ações de SAN e promoção da alimentação saudável (n=29778)						
Sim	1347 (62,4)	8159 (75,8)	1471 (65,6)	5546 (54,9)	2679 (59,4)	19202 (64,5)
Não	432 (20,0)	1564 (14,2)	413 (18,4)	2406 (23,8)	1087 (24,1)	5872 (19,7)
Não se aplica	381 (17,6)	1075 (10,0)	357 (15,9)	2148 (21,3)	743 (16,5)	4704 (15,8)
Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza? Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas (n=29778)						
Sim	886 (41,0)	5478 (50,9)	996 (44,4)	3687 (36,5)	1731 (38,4)	12778 (42,9)
Não	893 (41,3)	4215 (39,1)	888 (39,6)	4265 (42,2)	2035 (45,1)	12296 (41,3)
Não se aplica	381 (17,6)	1075 (10,0)	357 (15,9)	2148 (21,3)	743 (16,5)	4704 (15,8)

Fonte: Elaboração própria.

Dentre as questões do PMAQ-AB, foram destacadas seis capazes de contribuir com os debates sobre ações de promoção e educação em saúde no cuidado à obesidade. Nas duas questões referentes às ações educativas e promoção da saúde, os itens identificados como relevantes foram 'alimentação saudável' e 'apoio ao autocuidado para doenças crônicas'. Considerando os dados nacionais, registra-se que a resposta foi afirmativa para 70,2% das equipes com relação à 'alimentação saudável' e 68,7% para 'apoio ao autocuidado para doenças crônicas'. A constatação de que cerca de 30% das equipes não aborda tais temas em ações coletivas é preocupante e revela a necessidade de reflexões e investigações que

permitam mapear as barreiras e dificuldades para a efetivação dessas ações, que são preconizadas nos diversos documentos orientadores para atenção aos usuários com sobrepeso e obesidade^{11,12}.

Quanto ao incentivo e desenvolvimento nas UBS ou territórios de 'práticas corporais' e 'atividades física', a situação piora de forma geral no País: 53,5% e 29,9% das equipes não realizam essas atividades, respectivamente.

Sobre as atividades intersetoriais desenvolvidas por meio da ação ESF e Programa Saúde na Escola (PSE), 19,7% das equipes não realiza atividades de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e 41,3% das equipes não realiza atividades de práticas corporais

e atividade física nas escolas. Ainda que se considere atividades prioritárias, considerando o aumento da obesidade infantil, salienta-se que o PSE não é a única oportunidade de oferecer esse tipo de ação, visto que, por meio de programas como Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e atividades previstas no currículo escolar, já são contempladas atividades com esse objetivo²⁸.

As ações de promoção e educação em saúde aparecem em número reduzido de questões do PMAQ-AB, o que prejudica a análise dessa dimensão. Além disso, os dados apresentados captam os aspectos quantitativos e não os qualitativos, ou seja, permite apenas identificar o percentual de equipes e UBS que afirmam realizar tais ações, não permitindo inferências sobre a forma de realizar – pressupostos, dinâmicas, metodologias, periodicidade etc. Contudo, os dados quantitativos são suficientes para indicar a necessidade de investir em estratégias que apoiem e encorajem a realização de ações coletivas no intuito de qualificar os processos de prevenção e cuidado à obesidade.

Ações coletivas cumprem significativo papel na adesão às recomendações relacionadas a mudanças de hábitos alimentares e práticas de atividade física²⁹⁻³¹, representando espaço propício à troca de experiências, apoio mútuo e compartilhamento de dificuldades, sofrimentos e estratégias relacionados ao cuidado da obesidade e outras DCNT³². Aspectos potentes que relacionam as ações coletivas ao cuidado são preciosos nesse caminho, destacando-se possibilidades de (re)conhecimento de estigmas e preconceitos relacionados à obesidade, bem como o desvelamento das potencialidades e barreiras presentes no território que se relacionam aos processos de prevenção e cuidado.

Considerações finais

Dentre os grandes desafios do SUS, destaca-se a consolidação de uma RAS capaz de dar suporte às políticas e ações engendradas a partir das premissas da universalidade, equidade e

integralidade do cuidado. A análise dos dados do PMAQ-AB demonstra que a disponibilidade de estrutura (equipamentos, materiais e insumos) nas UBS observadas é capaz de sustentar ações de cuidado à obesidade. Esse resultado está relacionado ao histórico de três décadas de dedicação à construção de condições que propiciem a promoção do direito à saúde no Brasil. Destaca-se que as ações que foram reforçadas como política pública por meio de implementação de programas, como o caso do Hiperdia e do Sisvan, impactaram positivamente na garantia da disponibilidade de insumos e equipamentos.

A adequação dos processos de trabalho das ações de cuidado preconizadas por instrumentos técnicos está em descompasso com a disponibilidade de estrutura. Os itens analisados não são capazes de, isoladamente, explicar a baixa adequação dos processos de trabalho. Nesse sentido, uma abordagem aprofundada sobre esse debate deve levar em consideração questões como vínculo empregatício e remuneração dos profissionais de saúde; oportunidades de qualificação dentro e fora dos serviços; conformidade do tamanho das equipes em relação às demandas, entre outros aspectos que podem interferir de forma decisiva nos processos de trabalho e prejudicar a oferta do cuidado como um todo.

A coleta de dados antropométricos realizada na AB pode representar uma importante estratégia tanto no que se refere à prevenção como no tratamento do excesso de peso. Para tanto, é necessária a realização e registro relacionados tanto às ações de diagnóstico nutricional como à oferta dos cuidados individuais (consultas na AB e ou encaminhamentos para outros pontos da RAS) e coletivos (ações de promoção e educação em saúde). Os dados do PMAQ-AB sugerem a necessidade de aprimorar os processos de trabalho no sentido de qualificar a atuação das equipes no que se refere à coordenação e garantia de longitudinalidade do cuidado integral aos indivíduos com sobrepeso e obesidade.

Não foram encontrados na literatura outros estudos de abrangência nacional com análise da disponibilidade de estrutura e adequação do processo de trabalho no cuidado à obesidade na AB. Embora haja um limite explicativo para análises realizadas exclusivamente por meio de dados secundários, é importante ressaltar, porém, que os dados deste estudo podem orientar e subsidiar novas pesquisas e estudos avaliativos, a fim de direcionar o planejamento dos gestores para a organização dos serviços e ações de alimentação e nutrição, em especial ao cuidado à obesidade. Propiciam, também, subsídios para a discussão de ações de educação permanente dos profissionais já inseridos no âmbito da AB, além da discussão da formação dos futuros profissionais.

Colaboradoras

Brandão AL (0000-0002-7148-2268)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Reis EC (0000-0003-4459-9345)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Silva CVC (0000-0003-4939-5106)* contribuiu para a análise e a interpretação dos dados. Seixas CM (0000-0003-2630-9746)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo. Casemiro JP (0000-0001-6940-2479)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e a interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol*. [internet]. 2009 [acesso em 2019 jan 3]; 12(4):688-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2009000400018&script=sci_abstract&tlng=pt.
2. Jaime PC, Silva AC, Gentil PC, et al. Brazilian obesity prevention and control initiatives. *Obesity Reviews* [internet]. 2013 [acesso em 2018 dez 11]; 14(S2):88-9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/obr.12101>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo – Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: MS; 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 19 Fev 2013.
5. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia de Saúde da Família na rede de

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ- AB. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jan 2]; 38(esp):13-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600013&script=sci_abstract&tlng=pt.
6. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2008 [acesso em 2018 fev 13]; 24(8):1727-1742. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002.
 7. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* [internet]. 2004 [acesso em 2018 mar 23]; 4(3):317-321. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*. 19 Jul 2011.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União*. 19 Mar 2013.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 01 de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*. 1 Abr 2014.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: MS; 2014. (Cadernos de Atenção Básica. n. 38).
 12. Brasil. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação saudável para a população brasileira. Brasília, DF: CAISAN; 2014.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de Referência para Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2015.
 14. Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981; (19):127-140.
 15. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 dez 2]; 33(12):e00161516. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00161516.pdf>.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2006.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2008.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. 18 Set 2009.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. Brasília, DF: MS; 2011.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: MS; 2013.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: MS; 2013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Apoiar financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. Diário Oficial da União. 15 Dez 2011.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2015.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. 24 Jan 2008.
26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
27. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; 2012.
28. Henriques P, O'Dwyer G, Dias PC, et al. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 2]; (25):4143-4152. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n12/en_1413-8123-csc-23-12-4143.pdf.
29. Bernardes MS, Arín-Léon L. Group-based food and nutritional education for the treatment of obesity in adult women using the family health strategy. Rev. Nutr [internet]. 2018 [acesso em 2019 fev 8]; 31(1):59-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v31n1/1415-5273-rn-31-1-0059.pdf>.
30. Abravanel F, Socha TC, Sell IM, et al. Eficácia de um programa de educação nutricional em grupo como estratégia para controle do sobrepeso e obesidade. Demetra [internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 22]; 12(4):953-963. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/28677/22861>.
31. Deus RM, Mingoti AS, Jaime PC, et al. Impacto de intervenção nutricional sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa academia da saúde. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 12]; 20(6):1937-1946. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1937.pdf>.
32. Torres HC, Souza ER, Lima MHM, et al. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 8]; 24(4):514-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a11v24n4.pdf>.

Recebido em 16/08/2019

Aprovado em 31/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde

Referral processes to services specialized in cardiology and endocrinology for Primary Health Care

Sérgio Vieira Bernardino Junior¹, Cássia Regina Gotler Medeiros¹, Camila Furtado de Souza¹, Jordana Kich¹, Alessandro Menna Alves¹, Luís César de Castro¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012608

RESUMO Este estudo objetivou analisar encaminhamentos de pessoas a serviços de cardiologia e endocrinologia pelos médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de um município do Rio Grande do Sul. Estudo transversal com questionários a 25 médicos da APS, 2 cardiologistas, 2 endocrinologistas e 1 médico regulador. A análise estatística foi realizada no SPSS, sendo as variáveis contínuas apresentadas como média ou mediana; e as variáveis categóricas, como frequência absoluta e relativa. Entre os médicos da APS, 96% conhecem, 84% utilizam protocolos de encaminhamento e 92% encaminham os pacientes principalmente para manejo de doenças complicadas que necessitam de avaliação do especialista. Entre os especialistas, 50% conhecem os protocolos, e todos apontam que o principal motivo de encaminhamentos para eles ocorre devido a condições crônicas prevalentes mal controladas na APS, sendo considerados pelos endocrinologistas como mal indicados. O médico regulador avalia que a maioria dos documentos de encaminhamento é incompleta e não permite verificar a gravidade do problema. Conclui-se que os protocolos de encaminhamento não estão sendo utilizados de forma a otimizar os fluxos dos usuários na rede de atenção à saúde, indicando a necessidade de revisão de processos de trabalho, capacitação dos profissionais e articulação entre APS, regulação e Atenção Especializada.

PALAVRAS-CHAVE Doenças crônicas. Endocrinologia. Cardiologia. Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT This study aimed to analyze referrals of people to cardiology and endocrinology services by doctors in Primary Health Care (PHC) in a city in Rio Grande do Sul. Cross-sectional study with questionnaires applied to 25 PHC doctors, 2 cardiologists, 2 endocrinologists and 1 regulatory doctor. Statistical analysis was performed in SPSS, with continuous variables being presented as mean or median; and categorical variables, such as absolute and relative frequencies. Among PHC doctors, 96% know, 84% use referral protocols, and 92% refer patients mainly to manage complicated diseases that require specialist evaluation. Among the specialists, 50% know the protocols, and all point out that the main reason for referrals to them occurs due to prevalent chronic conditions poorly controlled in PHC, being considered by endocrinologists as poorly indicated. The regulatory doctor assesses that most referral documents is incomplete and does not allow to verify the seriousness of the problem. It is concluded that the referral protocols are not being used in order to optimize the flow of users in the health care network, indicating the need for review of work processes, training of professionals and articulation between PHC, regulation and Specialized Care.

KEYWORDS Chronic disease. Endocrinology. Cardiology. Primary Health Care. Health services.

¹Universidade do Vale do Taquari (Univates) - Lajeado (RS), Brasil. cgotlermedeiros@gmail.com



Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem atualmente as principais causas de morte no mundo, tendo como característica o início progressivo, o prognóstico normalmente incerto e a duração longa ou indefinida. Nos seus trajetos, possuem períodos críticos que podem levar à incapacitação, possuindo, assim, a necessidade de uma atenção contínua¹. Na esfera global, segundo a Organização Mundial da Saúde, as DCNT foram responsáveis, em 2015, por cerca de 40 milhões de mortes, o que representa, aproximadamente, 70% do total da mortalidade ocorrida naquele ano².

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, entre as DCNT, as mais prevalentes e com os maiores coeficientes de morbimortalidade, especialmente quando associadas ao Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). No Brasil, em 2015, as DCV geraram 807.304 internações clínicas e 279.010 internações cirúrgicas; e o custo provocado por essas patologias e suas consequências foi de cerca de R\$ 37 bilhões, representando 0,7% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional³. Da mesma forma, segundo a Federação Internacional de Diabetes, em 2017, o Brasil esteve na quarta posição mundial em relação ao número de pessoas com DM2 entre os 20 anos e 79 anos, com o acometimento de cerca de 12,5 milhões de pessoas, sendo 5,7 milhões sem diagnóstico⁴, gerando um custo para o sistema de saúde estimado, em 2015, de cerca de 24 US\$ bilhões⁴. No estado do Rio Grande do Sul (RS), essas doenças também possuem uma grande relevância: o coeficiente de mortalidade por DCV aumentou de 127 em 2013 para 155,7/100 mil hab. em 2016; e por DM2, o coeficiente de mortalidade passou de 39,6 para 53,2/100 mil hab. no mesmo período⁵.

No Brasil, os serviços públicos de saúde são promovidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como diretrizes e princípios: universalidade, equidade, integralidade, direito à informação, resolutividade, autonomia das pessoas e epidemiologia como base.

No entanto, um dos grandes problemas do SUS é o acesso à consulta especializada, inclusive para o manejo das DCNT⁶. Muitos usuários com DCV e DM2 necessitam de avaliação em serviço ambulatorial especializado, seja para a realização de exames complementares não disponíveis na Atenção Primária à Saúde (APS), seja para melhor avaliação diagnóstica ou otimização de um tratamento que já está sendo oferecido. A dificuldade e o tempo prolongado de espera para o acesso aos serviços ambulatoriais especializados decorrem de fatores como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e a organização das ofertas, bem como do grau de resolutividade local da APS. Esses gargalos requerem, para a sua superação, que se constituam estratégias que impactem na APS, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da Atenção Especializada (AE)^{7,8}.

O uso dos protocolos de encaminhamento da APS para a AE, disponibilizados, desde 2013, pelo Projeto TelessaúdeRS em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Secretaria de Saúde do RS e incorporados pelo Ministério da Saúde (MS), otimiza a regulação das referências, orienta a priorização do atendimento para os pacientes mais graves e atenta os médicos da APS para as condições que podem ser resolvidas em seu próprio município e aquelas que devem ser encaminhadas para a AE. O protocolo de endocrinologia foi um dos primeiros a ser elaborado em 2013 e foi publicado em Resolução CIB/RS 171/2013; enquanto o protocolo de cardiologia foi elaborado em 2014 e publicado conforme Resolução CIB/RS nº 370/14. Ambos foram revisados conforme resolução CIB/RS 764/2014^{9,10}. Tanto o RS como o MS disponibilizam e recomendam o uso desses documentos para os gestores e os profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos de APS como guias para o encaminhamento mais preciso de várias condições clínicas de diferentes especialidades médicas.

Quando os usuários são encaminhados aos serviços especializados de cardiologia e

endocrinologia sem indicação, formam-se filas de espera e aumenta a demanda reprimida ao AE. Essa situação dificulta o acesso dos usuários que realmente precisam do manejo dos profissionais especialistas, o que prejudica o fluxo na Rede de Atenção à Saúde (RAS). O acesso à AE requer articulação regional para que ocorra de forma regulada, equitativa e oportuna, evitando-se a demanda reprimida e adotando-se protocolos pactuados no sistema localregional. Esses protocolos ordenam o acesso e minimizam a realização de múltiplos exames diagnósticos sem adequada indicação clínica¹¹.

Não se encontraram estudos que tenham avaliado o uso dos protocolos de encaminhamento pelos profissionais da APS em municípios pequenos, com regulação local; assim como estudos que tenham avaliado a adequação dos encaminhamentos da APS pelos médicos reguladores ou pelos médicos da AE. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar os processos de encaminhamento de pessoas com DCV e DM2 a serviços de cardiologia e endocrinologia pelos médicos da APS.

Material e métodos

Realizou-se um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, por meio da aplicação de questionários, elaborados e aplicados pelo pesquisador, aos médicos da APS, ao médico regulador e aos médicos dos serviços de endocrinologia e cardiologia de um município de médio porte, no interior do RS. A RAS do município conta com 14 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 3 Centros de Saúde (CS), 1 Unidade Básica de Saúde (UBS), 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 1 Hospital macrorregional e um Ambulatório de Especialidades Médicas Universitário (Aemu).

O acesso da população aos serviços de cardiologia e endocrinologia do Aemu, pelo SUS, se dá por meio do primeiro contato com os profissionais médicos da APS, que avaliam a necessidade de encaminhamento para a AE. O documento de referência para a AE é avaliado

pelo médico regulador, que verifica sua adequação e determina a prioridade da consulta.

Todos os médicos generalistas dos serviços de APS do município (n=27), o médico regulador (n=1), os médicos cardiologistas (n=2) e endocrinologistas (n=2) do Aemu foram convidados a participar do estudo. Estes eram os profissionais que atuavam no período da coleta, que ocorreu entre o dia 1º de agosto e 15 de novembro de 2018.

Três questionários diferentes foram aplicados, um para os médicos da APS (19 perguntas), um para o médico regulador (21 perguntas) e um para os médicos da AE (18 perguntas). Dados pessoais, de formação e de processo de trabalho foram itens comuns aos três questionários: idade, local de nascimento, sexo, ano de graduação, nome da instituição e local da instituição de graduação, especialidade médica, maior título acadêmico, tempo de trabalho nos serviços do SUS de APS, regulação e AE e tempo de trabalho no serviço na RAS do município, conhecimento dos protocolos de encaminhamento do estado/MS (sim/não) e utilização desses protocolos como base para o encaminhamento (sim/não).

O questionário dos médicos da APS incluiu perguntas sobre os motivos para que os protocolos não sejam utilizados (não conheço esses materiais; não estão facilmente disponíveis; não são práticos para uso diário; não concordo com os critérios utilizados; não é uma exigência do município onde atuo; outro, qual?) e as situações que com maior frequência geram o encaminhamento de pacientes da APS para a AE (para solicitação de exames não disponíveis na atenção primária; para avaliação e tratamento de condições cujo manejo não domina; para manejo de doenças complicadas que necessitam de avaliação do especialista, independentemente dos protocolos de encaminhamento disponíveis; para investigação ou manejo de doenças, após o manejo possível na atenção básica, seguindo as recomendações dos protocolos disponíveis; por insistência do paciente ou da família; a pedido de outros médicos que avaliaram

o paciente anteriormente; outros, qual? – podendo ser assinalada mais de uma opção). Nessa última pergunta, mais de uma opção poderia ser assinalada. O uso dos canais do TelessaúdeRS para discussão de casos clínicos ou regulação de encaminhamentos também foi questionado (sim/não).

O questionário para o médico regulador abordou: a experiência prévia de trabalho na APS; o uso dos protocolos de encaminhamento no processo de regulação e os motivos para não os utilizar (não estão facilmente disponíveis; não são práticos para o uso diário; não concordo com os critérios utilizados; não é uma exigência do município onde atuo; utilizo protocolos regionais ou locais, quais? Utilizo outros critérios para a regulação dos encaminhamentos; outro motivo, qual?); a regulação em si (autorização e priorização, cancelamento, devolução à APS por pendências); a qualidade dos encaminhamentos (bons: completos, permitem avaliar gravidade do problema; regulares: incompletos, não permitem avaliar gravidade do problema; ruins: não especificam o motivo do encaminhamento nem a sua gravidade); e o uso do canal do TelessaúdeRS para regulação de casos e se há estímulo para que os médicos da APS o utilizem (sim/não).

O questionário para os médicos cardiologistas e endocrinologistas da AE incluiu perguntas sobre sua percepção da utilização dos protocolos como base para os encaminhamentos que recebem; os motivos de encaminhamento que com maior frequência chegam ao seu ambulatório (pacientes encaminhados para solicitação de exames não disponíveis na atenção primária; pacientes encaminhados por condições prevalentes mal controladas na atenção primária; pacientes encaminhados para manejo de doenças graves, complicadas ou raras que necessitam avaliação do especialista; pacientes encaminhados para investigação ou manejo de doenças, após manejo possível na atenção primária, seguindo a recomendação de protocolos disponíveis; pacientes encaminhados por insistência do paciente ou de sua família; pacientes encaminhados pelos

médicos da atenção primária por solicitação de outros especialistas; outros, qual? – podendo ser assinalada mais de uma opção); a qualidade dos encaminhamentos (bons: encaminhamentos bem feitos, bem indicados; ruins: encaminhamentos mal feitos, mal indicados); se há solicitação prévia para que os protocolos sejam utilizados como base para o encaminhamento a sua especialidade e se há contato com médicos da APS para discussão de casos clínicos atendidos no ambulatório (sim/não).

Após a coleta dos dados, a análise estatística foi realizada no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 25.0. As informações foram apresentadas da seguinte forma: as variáveis contínuas, como médias \pm desvio-padrão ou mediana (intervalo interquartil); e as variáveis categóricas, como frequência absoluta (número) e relativa (porcentagem).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Coep) da Universidade do Vale do Taquari (Univates), sob o número 2.196.011; e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Perfil sociodemográfico dos médicos da atenção primária e especializada

O perfil dos profissionais da APS e da AE está descrito na *tabela 1*. Dos 27 médicos da APS convidados, 25 aceitaram participar do estudo (um não aceitou e o outro não pôde participar por fazer parte do grupo de pesquisadores). Quatro médicos que trabalham no Aemu, sendo 2 cardiologistas e 2 endocrinologistas, e o médico regulador que trabalha na Secretaria Municipal da Saúde (Sesa) responderam aos questionários da pesquisa.

A média de idade dos médicos da APS é de $38,2 \pm 11,9$ anos, sendo a idade mínima de 26 anos, e a máxima, de 75 anos; a média do tempo de formação de $12,3 \pm 11,5$ anos, tendo o profissional com a formação mais antiga concluída no ano de

1976, e o mais novo, no ano de 2018; a mediana de tempo de trabalho na APS é de 60 (12 – 172) meses; e a mediana de tempo de trabalho na APS do município é de 17 (5 – 48) meses. Oito profissionais da APS são cubanos; destes, sete possuem, além da formação, especialização em medicina generalista, e um, com especialização em medicina de família; enquanto os profissionais brasileiros (n=17) possuem uma formação heterogênea, em várias especialidades. Apenas uma médica brasileira tem formação generalista, que foi concluída em Cuba.

Com relação aos quatro médicos da AE, estes possuem: média de idade de $47,3 \pm 5$ anos, sendo a idade mínima de 40, e a máxima, de 51; a média do tempo de formação de $23,3 \pm 6,6$ anos, tendo o profissional com a formação mais antiga concluída em 1991, e com a mais nova, em 2005; a mediana do tempo de trabalho no SUS é de 30 (23,5 – 133,5) meses; e a média do tempo de trabalho no Aemu de $23,6 \pm 5,1$ meses, em que o mínimo foi de 18 meses, e o máximo, de 30 meses (2 anos e meio).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos médicos da atenção primária e Atenção Especializada

	Atenção Primária (n = 25)		Atenção Especializada (n = 4)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	6	24	2	50
Feminino	19	76	2	50
Idade				
De 26 a 36 anos	15	60	-	-
De 37 a 47 anos	5	20	1	25
De 48 a 58 anos	3	12	3	75
Acima de 59 anos	2	8	-	-
Nacionalidade				
Brasileira	17	68	4	100
Cubana	8	32	-	-
Tempo de conclusão da graduação				
Menos de 10 anos	13	52	-	-
De 10 a 20 anos	6	24	1	25
Há mais de 20 anos	6	24	3	75
Maior título acadêmico				
Graduação	4	16	-	-
Pós-graduação	12	48	-	-
Residência médica	7	28	-	-
Mestrado	2	8	3	75
Doutorado	-	-	1	25
Especialidade*				
Cardiologia	-	-	2	50
Clínica médica	10	47,6	-	-
Cirurgia geral	2	9,5	-	-
Dermatologia	1	4,8	-	-

Tabela 1. (cont.)

	Atenção Primária (n = 25)		Atenção Especializada (n = 4)	
	n	%	n	%
Endocrinologia	-	+	2	50
Geriatra	1	4,8	-	-
Ginecologia/Obstetrícia	1	4,8	-	-
Medicina do Trabalho	2	9,5	-	-
Medicina de Família	2	9,5	-	-
Nefrologia	1	4,8	-	-
Psiquiatria	1	4,8	-	-

Fonte: Elaboração própria.

*Os especialistas apresentaram um n = 21.

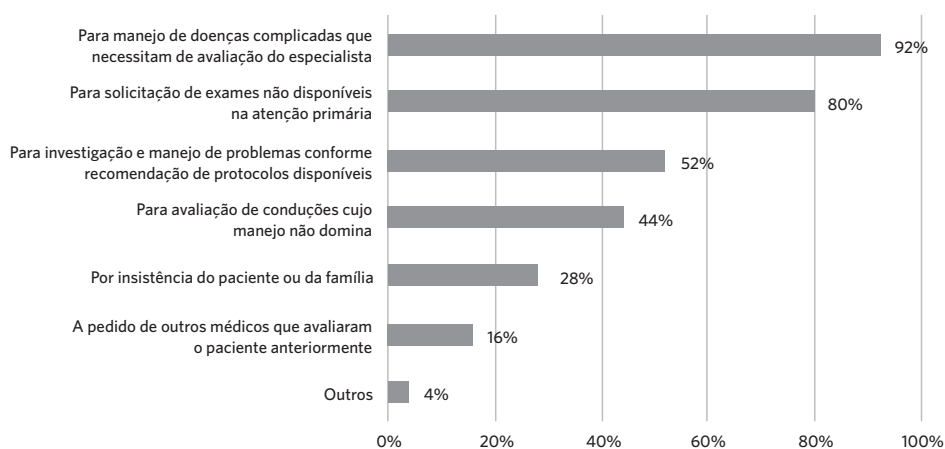
Resultados dos questionários aplicados aos médicos da atenção primária

Com relação aos protocolos de encaminhamento para a AE, 96% (n=24) dos médicos responderam que conhecem, e 84% (n=21) responderam que os utilizam em sua rotina. Os médicos que relataram que não utilizam alegaram que: 1) seu uso não é exigência do município no qual atua (n=1); 2) os documentos não estão facilmente disponíveis (n=1); 3) não

concorda com os critérios utilizados (n=1); e 4) na maioria dos casos, independentemente dos protocolos, necessita encaminhar para o especialista pela necessidade de solicitação de exames complementares (n=1).

Com relação à utilização do TelessaúdeRS para auxílio na discussão de casos e na regulação de encaminhamentos para a AE, 96% (n=24) dos médicos da APS relataram que utilizam esse serviço. Os motivos, apontados pelos médicos, que os levam a encaminhar os pacientes para AE são mostrados no *gráfico 1*.

Gráfico 1. Motivos de encaminhamentos apontados pelos médicos da atenção primária



Fonte: Elaboração própria.

Resultados do questionário aplicado ao médico regulador

O médico regulador tem por função avaliar os encaminhamentos realizados por todos os médicos da APS, com o objetivo de verificar sua pertinência, considerando protocolos de encaminhamento para a atenção secundária.

A regulação dos pacientes da APS para a AE do município é realizada apenas por um profissional – uma médica, de 31 anos, brasileira, natural do RS, que concluiu sua graduação em 2016, sendo esse seu maior título acadêmico. Trabalha na regulação há um ano e tem experiência de um ano de trabalho na APS do próprio município.

Conhece os protocolos de encaminhamento para especialidades médicas do Estado e do MS e os utiliza durante a regulação. Tem a prerrogativa de autorizar ou cancelar os encaminhamentos para a AE, conforme a adequação da referência feita pela APS, devolvendo-os para esta, quando não estiverem de acordo com os critérios previamente estabelecidos. Avalia, na média, que a qualidade dos encaminhamentos é regular (incompletos, que não permitem avaliar a gravidade do problema).

Além de utilizar os recursos do TelessaúdeRS para a regulação, estimula os médicos da APS a utilizarem-no para auxílio na discussão de casos (canal 0800) e para o encaminhamento correto de pacientes (protocolos).

Resultados do questionário aplicado aos médicos do serviço de Atenção Especializada de cardiologia e endocrinologia

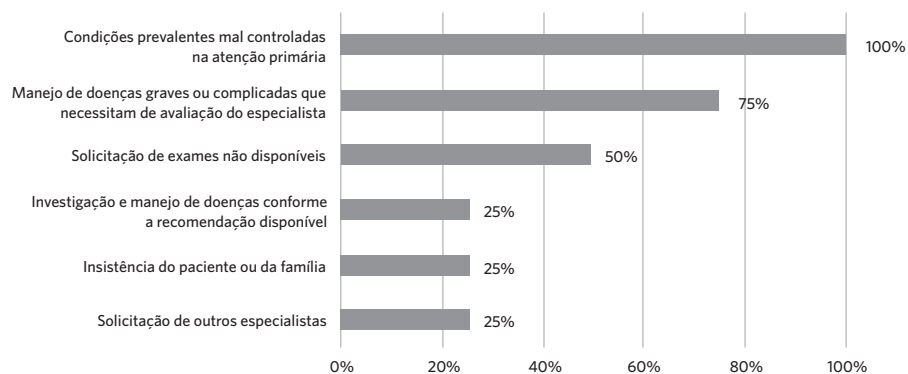
Entre os médicos da AE, 50% (n=2) responderam que conhecem os protocolos de encaminhamento, sendo 1 cardiologista e 1 endocrinologista; e 50% (n=2) responderam que os desconheciam, sendo, também, 1 cardiologista e 1 endocrinologista.

Sobre a avaliação da qualidade dos encaminhamentos que esses médicos recebem no Aemu, os cardiologistas responderam que são adequados (bem feitos, bem indicados); e os endocrinologistas responderam que são ruins (mal feitos, mal indicados).

Também com relação ao uso de protocolos, 75% (n=3) dos médicos do Aemu afirmam que já solicitaram à regulação que esses documentos fossem utilizados como base para os encaminhamentos, de forma a otimizar o acesso aos pacientes (a resposta negativa foi de um endocrinologista). Da mesma forma, 75% (n=3) afirmam que já entraram em contato com os médicos da APS para discutir caso de paciente encaminhado (sendo a resposta negativa de um endocrinologista).

O gráfico 2 mostra os motivos mais comuns dos encaminhamentos que chegam ao Aemu, sob o ponto de vista dos cardiologistas e endocrinologistas.

Gráfico 2. Motivos de consultas apontados pelos médicos da Atenção Especializada de endocrinologia e cardiologia



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

As respostas dos médicos da APS revelaram o conhecimento e o uso dos protocolos de encaminhamentos e o contato destes com os profissionais do TelessaúdeRS para discussão de casos, demonstrando que eles estão cientes da demanda reprimida, dos mecanismos disponibilizados pelos gestores para a sua adequação, e se dispõem a aumentar sua resolutividade com o suporte do TelessaúdeRS. O médico regulador e os médicos da Aemu também estão cientes e utilizam esses protocolos na sua rotina de trabalho. A regulação assistencial por meio de protocolos permite um filtro dos encaminhamentos desnecessários, em que serão selecionados apenas os pacientes que possuem indicação clínica a alguma consulta e/ou procedimento, o que gera maior expansão do cuidado e resolutividade pela APS, como também o melhor uso de recursos em saúde, maior eficiência assistencial e igualdade/equidade ao acesso em saúde^{7,8}. No entanto, estudos mostram que as centrais de regulação podem operar restringindo a oferta a tetos pré-acordados¹². Embora os profissionais da APS conheçam e utilizem esses protocolos, sob o ponto de vista do médico regulador, os documentos de referência ainda carecem de adequação. Além disso, apesar de o município dispor de um médico regulador, que deveria filtrar encaminhamentos inadequados, na opinião dos endocrinologistas, a qualidade dos encaminhamentos que chegam a esse ambulatório é, em sua maioria, ruim. Para os médicos da Aemu, a maioria dos encaminhamentos ocorre por condições prevalentes mal controladas na APS; já para os médicos da APS, esses encaminhamentos ocorrem por condições complicadas que necessitam de avaliação de especialista e para a realização de exames diagnósticos. Esses achados demonstram incongruência nas informações e nas percepções dos profissionais dos diferentes serviços e uma problemática das RAS, tanto estrutural como de comunicação e treinamento, o que aumenta a fila de espera para consulta com especialistas

e onera os cofres públicos com encaminhamentos desnecessários. Dessa forma, o ideal seria que a decisão de acesso fosse tomada de forma interativa entre o especialista e o profissional de referência¹².

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, visando à qualificação dos serviços ofertados às pessoas⁶. Por sua vez, compete às secretarias municipais da saúde garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população⁶. Tanto a educação permanente e continuada para qualificação dos profissionais e, especificamente, do processo de encaminhamento como o aporte de recursos que permitam maior resolutividade à APS são intervenções apropriadas para o município. Conforme Starfield¹³, os médicos da APS estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, sendo capazes de avaliar melhor o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde¹³. São eles que exploram a natureza do problema e iniciam o trabalho de diagnóstico preliminar¹³. À AE, cabe o processo diagnóstico com definição precisa da fisiopatologia e intervenções orientadas para esse processo fisiopatológico específico¹³. É a APS, portanto, que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Com os recursos adequados, a APS pode cumprir suas funções primordiais, tais como a resolutividade de 85% das patologias mais comuns em saúde; a função de protagonista na coordenação (comunicação) dos fluxos de referência e contrarreferência de pessoas, de produtos e de informações; e, também, de responsabilização da equipe de saúde em relação aos usuários da RAS¹⁴.

Além da disponibilização de protocolos de encaminhamento, é fundamental que a gestão da saúde do município estimule e disponibilize outros recursos para os serviços da APS, como teleconsultorias de maneira integrada entre a APS, o centro de regulação e a AE, para que o apoio assistencial possa reduzir filas de espera e aumentar o acesso dos pacientes que realmente necessitam de consultas e procedimentos especializados, o que promove o atendimento de qualidade na APS e evita deslocamentos e custos desnecessários^{15,16}. O Telessaúde é fundamental no apoio aos profissionais que atuam na APS, pois oferece teleconsultorias, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação, que ajudam a superar as dificuldades vivenciadas no manejo clínico e de gestão nos serviços de APS¹⁷. Segundo estudos realizados nos estados de Minas Gerais e do RS, a teleconsultoria foi capaz de reduzir, aproximadamente, 70% dos encaminhamentos, sendo esses casos resolvidos na própria UBS¹⁸.

O papel do regulador é de extrema importância na coordenação/ordenação dos fluxos de pacientes entre APS e as outras estruturas da RAS, visto que, para a resolução da problemática assistencial, principalmente no que se refere ao acesso ao serviço especializado, torna-se fundamental a criação de mecanismos que superem essa dificuldade estrutural, com estratégias que melhorem a APS, a regulação do acesso do usuário, bem como a organização da AE^{7,8}. Uma RAS desorganizada torna inadequada a assistência ofertada, gerando insatisfação, atraso no tratamento e perda de recursos. Por isso, o trabalho do regulador exige conhecimento técnico e de gestão, para ter a capacidade de observar qual é a melhor assistência que o sistema de saúde pode ofertar de acordo com as necessidades apresentadas. É importante que esse profissional aponte as carências da RAS ao gestor, para auxiliá-lo na priorização dos investimentos nas várias áreas¹⁹.

A reguladora do município do estudo, embora tenha pouco tempo de experiência e não tenha formação específica na área de

gestão, parece seguir esses preceitos, já que conhece, estimula o uso e utiliza os protocolos de encaminhamento no seu processo de trabalho de regulação, e pode questionar, devolver para APS ou cancelar referências inadequadas. Apesar disso, os encaminhamentos que chegam à especialidade de endocrinologia foram classificados como ruins. O processo de regulação em si, o uso de outras ferramentas durante o processo e a classificação de risco, entretanto, não foram avaliados neste estudo.

Nessa mesma perspectiva de otimização dos encaminhamentos, o projeto RegulaSUS, sistema que utiliza os protocolos e possibilita a discussão de casos clínicos entre médicos da APS e médicos teleconsultores e telerreguladores da equipe do TelessaúdeRS, evitou, por telefone, 60% dos encaminhamentos da APS para outros serviços da RAS²⁰. Dados do estudo revelam que houve redução da fila de espera do serviço especializado de endocrinologia em 52%; de nefrologia, em 38%; de pneumologia, em 59%; de neurologia, em 25%; e de estomatologia, em 71%, no período de um ano (entre fevereiro de 2015 e fevereiro de 2016)²⁰. Dessa forma, o uso dos protocolos de encaminhamento, aliado à regulação correta das condições clínicas referenciadas, constitui um mecanismo primordial para evitar os deslocamentos desnecessários, diminuir o tempo de espera dos pacientes e permitir acesso a quem realmente precisa da consulta especializada.

O sistema de saúde de Portugal organiza o acesso aos serviços de saúde de forma semelhante ao SUS no Brasil: critérios para a referência de pacientes, com diferentes condições clínicas, aos demais níveis de atenção estão disponíveis nas Normas da Direção-Geral de Saúde – linhas de cuidado elaboradas pelos colégios de diversas especialidades em conjunto com a sociedade de medicina de família e comunidade^{21,22}. As linhas de cuidado para pacientes com DM2 e DCV, por exemplo, mostram as atribuições da APS, os critérios de encaminhamento para as subespecialidades e disponibilizam a organização dos fluxos até a rede hospitalar^{21,22}. O processo

de referenciamento dos pacientes é informatizado, e há médicos responsáveis para avaliar e dar a prioridade adequada aos encaminhamentos realizados pela APS – o que se assemelha à nossa regulação^{21,22}. Uma diferença importante da assistência entre os dois países é que, em Portugal, o acesso a exames complementares está disponível aos serviços de APS, alguns deles também com critérios bem definidos para a sua solicitação, não havendo, como em alguns serviços de saúde no Brasil, a necessidade de encaminhamento única e exclusivamente para solicitação de exames diagnósticos complementares^{21,22}.

No Canadá, a rede de atenção primária também é a base do sistema de saúde. O médico de família é o profissional responsável pelo seguimento horizontal e encaminha para especialistas seguindo a característica de racionalidade aceita em quase todos os sistemas de saúde universais do mundo. Praticamente não há um modelo privado de saúde nos moldes como conhecemos no Brasil, e a ideia é de que a capacidade de compra do cidadão possa lhe permitir maior acesso à estrutura de saúde é repudiada pela maioria dos canadenses²³.

Sob o ponto de vista dos profissionais da Aemu, as condições prevalentes mal controladas na APS consistem no principal motivo dos encaminhamentos. Essa perspectiva demonstra a falha da APS no manejo de condições clínicas comuns, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM2 – DCNT que são primordialmente de sua atribuição, o que reflete um grande número de encaminhamentos realizados sem o cumprimento dos critérios fornecidos pelos protocolos do MS. O encaminhamento correto de HAS deve ocorrer somente nas condições clínicas de suspeita de hipertensão secundária ou por motivo de hipertensão mal controlada, mesmo com a adesão correta do paciente ao uso de, no mínimo, três drogas anti-hipertensivas em dose plena; além de ter descrito: sinais e sintomas, medicações em uso com posologia, duas medidas de pressão arterial em dias diferentes, alterações em exames, avaliação

clínica da adesão ou não ao tratamento e o número de teleconsultoria, se caso foi discutido com o Telessaúde⁸. Já nos casos de DM2, as condições clínicas que necessitam de encaminhamento são: paciente em uso de insulina com mais de uma unidade por quilograma do peso ou com doença renal crônica, tendo Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² ou paciente portador de Diabetes Mellitus Tipo 1 em uso de insulina como medicação principal; além do conteúdo descritivo: resultado de hemoglobina glicada e creatinina sérica, ambos com data, se utiliza ou não insulina com dose e posologia, outras medicações em uso com dose e posologia, peso em quilogramas (kg) do paciente e o número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde⁷. Apesar da disponibilidade desses critérios de encaminhamento nos protocolos, os documentos de referência ainda não trazem as informações devidas, pois o próprio regulador do município os considera incompletos.

Os dois profissionais endocrinologistas avaliaram os encaminhamentos para a especialidade como ruins, em sua maioria. Estudo prévio demonstrou que o controle de pacientes com DM2 nos serviços públicos de saúde no Brasil está aquém das metas estabelecidas²⁴. A dificuldade em atingir as metas, assim como a falta de familiaridade com o manejo das insulinas, pode contribuir para o encaminhamento precoce e mal indicado de pacientes para AE, antes mesmo que todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas sejam oferecidas e seguidas pelos pacientes.

Com relação às DCV, a necessidade de encaminhamento para manejo clínico ou avaliação diagnóstica pode ser avaliada pelos cardiologistas, em sua maioria, como adequada, na medida em que, no município, o acesso a exames complementares na APS se restringe ao eletrocardiograma em repouso. A AE, fundamental na RAS, representa um apoio à APS nos casos de maior complexidade, a fim de evitar complicações de morbidades, por meio da disponibilização dos médicos especialistas para a resolução de casos complicados, de

recursos tecnológicos para ajudar no diagnóstico e da garantia do acesso a medicamentos²⁵. Como característica ideal, as RAS precisam levar em consideração a equidade, a integralidade e a eficácia, entre os serviços da APS e AE, para que se tenha a garantia das referências adequadas e um mecanismo de triagem apropriado sem barreiras no acesso, assim como a contrarreferência assegurada após o fim da assistência ao usuário na AE²⁶.

Este estudo apresentou limitações na busca de referências sobre a avaliação da utilização de protocolos de encaminhamento, da gestão dos encaminhamentos e na análise dos seguintes aspectos: 1) se o uso dos protocolos consegue ou não evitar o encaminhamento dos pacientes em situações desnecessárias, visto que a maioria dos encaminhamentos ocorre pela falta de recursos ou treinamento da APS, e não apenas para o melhor manejo clínico de situações complicadas como deveria ser; 2) em quais situações ou quais são os critérios utilizados pelo médico regulador no processo de regulação, além do uso do protocolos disponíveis; 3) se a formação acadêmica, a nacionalidade, o tempo da graduação e o tempo de serviço na APS interferem diretamente nos motivos e qualidade dos encaminhamentos.

A maioria dos médicos da APS são mais jovens, formados há menos tempo e têm menor título acadêmico em comparação com os médicos da AE. Outro aspecto observado é que, na APS, os médicos – especialmente os brasileiros – têm os mais variados tipos de especialidades, e o tempo de trabalho na APS apresenta um grande desvio-padrão, com médicos que trabalham há 40 anos, e outros, há apenas um mês, demonstrando um grupo muito heterogêneo, em que a maioria não direcionou ou não está direcionando sua formação para a APS. Dessa forma, o crescimento da APS não veio acompanhado do suficiente aumento na quantidade de médicos formados, muito menos no número de médicos de família, mesmo com o programa Mais Médicos²⁷. Esse fato provavelmente leva à rotatividade de profissionais, com a consequente ausência

de vínculos de longo prazo com a equipe e a população, comprometendo a dinâmica da APS, visto que os médicos acabam por não conhecer a população da região e suas principais mazelas, bem como não se adequam por completo aos processos de trabalho, tais como os de encaminhamentos aos demais níveis de atenção. Para minimizar esse problema, é necessário o incentivo à formação em medicina de família e comunidade. Esta é reconhecida internacionalmente como a especialidade médica de excelência da APS, sendo estratégica para o seu pleno desenvolvimento, e é considerada a especialidade com potencial estruturante para os sistemas nacionais de saúde²⁸.

Os profissionais com especialidades diversas daquelas relacionadas com a APS eram todos brasileiros, e os médicos de nacionalidade cubana tinham formação em medicina generalista ou medicina de família. O presente estudo não avaliou diferenças entre os encaminhamentos dos profissionais de diferentes nacionalidades ou se uma formação não generalista pode contribuir para encaminhamentos desnecessários. Por outro lado, diferenças socioculturais, de epidemiologia e prevalência de doenças e de funcionamento do sistema da saúde podem também dificultar o entendimento e a utilização correta das RAS e de protocolos. Mais estudos são necessários para avaliar se esses fatores influenciam, de fato, os encaminhamentos da APS para a AE.

Conclusões

O estudo demonstrou que a maioria dos médicos da APS refere utilizar os protocolos disponíveis para encaminharem os pacientes da APS para a AE. Mesmo assim, o processo de encaminhamento ainda necessita de adequação, pois os protocolos não são capazes de sanar a problemática da APS no que tange à resolutividade, uma vez que os médicos da APS têm sua ação limitada pela falta de recursos diagnósticos.

Para melhorar o processo de encaminhamento e regulação, a gestão do município

precisa implementar mudanças no processo de trabalho entre APS, regulação e AE, o que pode ser feito por meio do fomento da Telemedicina e do Telessaúde, tecnologias que propiciam suporte, educação e assistência ao profissional. Além disso, a implementação de um Sistema de Prontuário Único, Telechats e reuniões capacitadoras poderia permitir o compartilhamento adequado das informações sobre as condutas médicas e a comunicação direta dos profissionais médicos entre essas três esferas do sistema de saúde. Essas ações evitariam encaminhamentos desnecessários, reduzindo filas e custos, assim como ampliando o acesso de quem realmente precisa da atenção secundária.

Espera-se que este estudo fomenta novas pesquisas que indiquem alternativas para qualificar as RAS nas regiões e o cuidado do usuário na APS, a partir de melhoria na sua resolutividade.

Colaboradores

Bernardino Junior SV (0000-0002-2616-7680)*, Medeiros CRG (0000-0001-9466-0437)*, Souza CF (0000-0003-3439-4995)*, Kich J (0000-0002-8096-1770)*, Alves AM (0000-0001-6702-2739)* e Castro LC (0000-0001-8330-4007)* colaboraram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias [Ebook]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2018 maio 5]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf.
2. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [acesso em 2018 maio 10]. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/.
3. Siqueira ASE, Siqueira-Filho AG, Land MGP. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2017; 109(1):39-46.
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 8th Edition [internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2017. [acesso em 2019 mar 17]. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>.
5. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis [internet]. [acesso em 2018 maio 15]. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada Endocrinologia e nefrologia [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2018 abr 5]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.
8. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada Cardiologia [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2018 abr 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf.
9. Universidade do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto [E-book]. Porto Alegre: UFRGS; 2017. [acesso em 2018 abr 5]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_cardiologia_20170911_v019.pdf.
10. Universidade do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Protocolos de encaminhamento para endocrinologia adulto [E-book]. Porto Alegre: UFRGS; 2018. [acesso em 2018 abr 5]. Disponível em: https://www.google.com/url?q=https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_endocrinologia_revisado_TSRS_SES04jan.pdf&sa=D&ust=1527637756612000&usg=AFQjCNHqdNLY3mXdf3isvlgUW7tpQJewEg.
11. Chaves LDP, Jesus BJ, Ferreira JBB, et al. Avaliação de resultados da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador do princípio de integralidade. Saúde Soc. São Paulo. 2015; 24(2):568-577.
12. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. Cad. Saúde Pública 2018; 34(2):e00201515.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
14. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
15. Schmitz CAA. Telessaúde como Suporte Assistencial para a Atenção Primária à Saúde no Brasil [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015; 105 p.
16. Marcolino MS, Alkmim MB, Assis TGP, et al. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(5-6):345-352.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: políticas e ações. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
18. Rede Nacional de Ensino e Pesquisa. Ações de telemedicina e telessaúde mudam a realidade da saúde no Brasil [internet]. 2015. [acesso em 2018 nov 18]. Disponível em: <https://www.rnp.br/noticias/acoes-de-telemedicina-e-telessaude-mudam-realidade-da-saude-no-brasil>.
19. Santos JS, Pereira GAJ, Bliacheriene AC, et al. Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
20. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Regulação SUS: Protocolos de encaminhamento 2018 [internet]. 2018. [acesso em 2018 abr 5]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/regulasus>.
21. Francisco HMG. Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014. [acesso em 2019 jan 15]. Dispo-

- nível em: <http://nocs.pt/processo-assistencial-integrado-risco-cardiovascular-adulto/>.
22. Francisco HMG. Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2 [internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: <http://nocs.pt/processo-assistencial-integrado-diabetes-mellitus/>.
 23. Brandão JRM. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(J):e00178217.
 24. Viana LV, Leitão CB, Kramer CK, et al. Poor glycaemic control in Brazilian patients with type 2 diabetes attending the public healthcare system: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013; (3):e003336.
 25. Fonseca JOP, Castanheira MF, Pintos SAG, et al. A importância de um centro de atenção secundária a portadores de hipertensão arterial e diabetes em um cenário para melhoria da assistência à população idosa. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18(supl4):S25-S29.
 26. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J*. 2001; 191(12):660-4.
 27. Neto GCC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(1):e00170917.
 28. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam e Com*. 2007; 3(11):157-172.
-
- Recebido em 13/08/2019
Aprovado em 10/06/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Universidade do Vale do Taquari (Univates)

Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica

An evaluation of PMAQ-AB effects on hospitalization for conditions susceptible to Primary Care

César Soares¹, Marília Ramos²

DOI: 10.1590/0103-1104202012609

RESUMO O objetivo deste artigo foi avaliar o efeito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no acesso e na qualidade da Atenção Básica. As internações por condições sensíveis à Atenção Básica foram utilizadas como variável dependente e indicador indireto da qualidade e do acesso a esse nível de atenção. Utilizou-se o método quantitativo de estudo, tendo como unidade de análise todos os municípios brasileiros. O estudo se dividiu em duas fases: na primeira, foi realizada uma análise descritiva exploratória em série temporal sobre os municípios brasileiros, abrangendo o período de 2010 a 2014; e a segunda fase se caracterizou por avaliar o efeito do Programa, durante o mesmo período, no acesso e na qualidade da Atenção Básica, por meio da técnica estatística de regressão com dados de contagem. Os resultados, analisados por região, apontaram que o Programa está apresentando um efeito significativo na qualidade e no acesso da Atenção Básica, principalmente na região Nordeste. Este artigo surge como um importante informativo sobre as políticas de saúde no Brasil e, também, como um meio de instrumentalizar os gestores e os diversos atores envolvidos no desenvolvimento e discussão de um dos principais programas da Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE Hospitalização. Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The aim of this article was to evaluate the effect of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) on access and quality of Primary Care. Hospitalization for conditions susceptible to Primary Care were used as a dependent variable and indirect indicator of quality and access to that level of care. The quantitative method of study was applied, adopting all Brazilian municipalities as unit of analysis. The study was divided into two phases. The first one performed an exploratory descriptive time series analysis on the Brazilian municipalities for the period from 2010 to 2014. The second phase was characterized for evaluating the effect of the Program, during the same period, on access and quality of Primary Care by means of the statistical regression technique with counting data. The results, analyzed by region, showed that the Program exerts a significant effect on the quality and access of Primary Care, especially in the Northeast region of Brazil. This article contains an important report on health policies in Brazil, and is a mean of instructing managers and the various actors involved in the development and discussion of one of the main programs in Primary Care.*

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
cpscesar@usp.br

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

KEYWORDS Hospitalization. Health evaluation. Primary Health Care.



Introdução

O Ministério da Saúde (MS), procurando melhorar o nível de qualidade e acesso dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos pela Atenção Básica (AB), instituiu, no ano de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este é organizado em ciclos, estando, atualmente, no seu terceiro ciclo.

A área de abrangência do PMAQ, no seu primeiro ciclo, foi de 3.965 municípios, envolvendo um total de 17.203 equipes da AB. Entre elas, 17.165 equipes foram certificadas e habilitadas a receber os incentivos do programa. O investimento do Governo Federal foi de R\$ 70 milhões em 2011 e de R\$ 700 milhões em 2012. Já no segundo ciclo, participaram do programa 30.522 equipes da AB, 19,7 mil Equipes de Saúde Bucal (ESB), 1,8 mil Núcleos de Apoio às equipes de Saúde da Família (Nasf) e 857 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), entre 5.211 municípios. Foi investido R\$ 1,7 bilhão em 2013, e mais de 2,5 bilhões em 2014¹. No primeiro ciclo, o MS estabeleceu um limite de equipes que poderiam participar do programa, fato inexistente no segundo ciclo, que incorporou, além disso, as ESB, os Nasf e os CEO¹. É importante destacar que esta pesquisa contemplou apenas os dois primeiros ciclos, que ocorreram, respectivamente, entre 2011 e 2012, e entre 2013 e 2014.

Para alcançar os seus objetivos, esse programa se organizou a partir de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Foram definidos, previamente, indicadores capazes de observar padrões de acesso e qualidade na AB que, posteriormente, serviram de parâmetro para a avaliação final. Estes se apresentam nas dimensões de infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da AB, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário¹.

A participação no PMAQ é voluntária, assim, o município, com as suas equipes da AB, tem a autonomia para definir se irá aderir

ou não ao programa; que tem um componente de incentivo à adesão, assegurando um repasse inicial de 20% do valor total previsto para os territórios que aderirem. A transferência restante dos recursos está vinculada ao desempenho de cada equipe, podendo atingir 100% do repasse ou a suspensão deste¹.

O PMAQ, sendo um programa da AB, apresenta-se como um instrumento importante para esse nível de atenção, sobretudo, ao propor a melhora da qualidade e do acesso à saúde no Brasil. Isso porque o trabalho realizado na AB é capaz de produzir efeitos positivos à saúde da população, como: diminuir as desigualdades sociais em saúde ao proporcionar um maior acesso aos serviços; aumentar a qualidade do atendimento enfocando as suas ações na prevenção e na promoção de saúde; tratar precocemente os problemas relativos à saúde; e reduzir os cuidados especializados. Consequentemente, esse nível de atenção está relacionado com a ocorrência de menores taxas de mortalidade por qualquer causa, além de um aumento na expectativa de vida dos indivíduos e da sua autopercepção acerca da própria saúde².

A AB, dentro de um contexto mais amplo de assistência, representa um nível de atenção cuja estratégia e recursos apontam para um maior e diversificado acesso aos serviços de saúde, visto que as equipes desse nível estão mais propensas a prestar um cuidado contínuo e integral. Ao apresentar um leque de atuação mais abrangente, caracterizando-se por apresentar ações que visam à promoção de saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação, contribui para a diminuição das taxas de hospitalização e utilização dos serviços de emergência, reduzindo os gastos gerais com os serviços de saúde². Além disso, existem evidências robustas de que os sistemas de saúde com orientação para a AB, comparados com outros que não dão ênfase a esse nível de atenção, apresentam resultados que apontam para uma diminuição mais acentuada da mortalidade e um acesso mais amplo aos serviços preventivos. Características

importantes, pois apresentam a capacidade de contribuir para a diminuição das inequidades em saúde³.

Considerando que o PMAQ é uma das ações mais importantes, não só na esfera da AB, mas em todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo reconhecido pelo MS como um programa que apresenta estratégias que buscam a reestruturação dos sistemas municipais de saúde, este trabalho, partindo da hipótese de que esse programa está contribuindo para o aumento do acesso e da qualidade da AB, avaliou o efeito que o PMAQ produziu nessas características.

Compreende-se ‘acesso’ nesta pesquisa como acessibilidade. Ou seja, a adequação dos profissionais e dos recursos materiais utilizados nos serviços básicos de saúde, com as necessidades de saúde dos pacientes⁴. Já o conceito de ‘qualidade’ aplicado à melhoria da AB é observado neste artigo como um avanço na eficácia do serviço. Isto é, a capacidade de este oferecer um cuidado apto a contribuir, da melhor forma possível, para a melhora na condição de saúde do indivíduo e da população⁵. Nesse sentido, considerando que os componentes principais do PMAQ apontam para um aperfeiçoamento dos serviços da AB que abarca a definição de acesso e qualidade acima, esta pesquisa parte do pressuposto que, caso isso ocorra, o efeito se refletirá na saúde da população. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), nesse contexto, surge como um indicador capaz de captar essa situação⁶.

A ICSAP foi proposta a partir de estudos que objetivavam criar um indicador relacionado com a atividade hospitalar que fosse capaz de captar de forma efetiva o funcionamento da AB à saúde. Este se refere a um conjunto de doenças que acometem os indivíduos; em que, caso a ação da AB seja efetiva, as internações por estas causas podem ser evitadas. Nesse sentido, esse indicador surge como uma forma indireta de avaliar a qualidade do serviço e o acesso à AB do SUS⁶.

Com base na hipótese elencada acima, coloca-se que o resultado esperado por este

trabalho se caracteriza pela ocorrência de um efeito significativo do PMAQ na diminuição das ICSAP, visto que altas taxas de ICSAP estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou a baixa resolutividade da AB para determinados problemas de saúde⁶.

A relação entre esse indicador e a acessibilidade e qualidade da AB pode ser evidenciada a partir da observação da diminuição dessas internações conectadas a características específicas da AB, como: a amplitude da cobertura da Estratégia Saúde da Família; a existência de clínicas de saúde em áreas com escassez profissional; e a realização de consultas na AB de forma contínua e integral⁷. Ao possibilitar medir indiretamente esses fatores, a ICSAP representa um indicador importante para avaliar a acessibilidade e a qualidade da AB. Nota-se, no entanto, que ambas as características são tratadas em conjunto ao utilizar esse indicador, não sendo possível afirmar até que ponto o efeito observado nas ICSAP está relacionado com a acessibilidade ou com a qualidade da AB, ou com ambas^{6,8}. Apesar dessa característica, a utilização desse indicador, além de pactuada entre o MS e os municípios brasileiros, objetivando monitorar a AB, foi realizada em diversos estudos⁷⁻¹¹.

Partindo do problema de pesquisa representado pelo seguinte questionamento: ‘o programa denominado PMAQ está apresentando algum efeito no acesso e na qualidade da AB?’, a proposta de avaliar esse programa visa instrumentalizar os gestores e os diversos atores envolvidos no desenvolvimento e discussão desse programa. Compreendendo que o PMAQ se apresenta em constante processo de aprimoramento, visto que ocorre por meio de ciclos, a avaliação deste se configura uma fonte importante de informação, que pode contribuir para possíveis reformulações e aperfeiçoamentos de ciclos posteriores. Por fim, esta pesquisa, apoiando-se no indicador ICSAP, visou contribuir para mais uma perspectiva avaliativa desse programa: o efeito dessa ação pública na saúde da população.

Metodologia

O estudo, caracterizado por ter utilizado o método quantitativo, apresentou as ICSAP dos municípios brasileiros como um indicador indireto da qualidade e do acesso à AB de saúde. Este foi composto por duas fases, uma se distingue por ser descritiva exploratória em série temporal das ICSAP no Brasil e regiões, abrangendo o período de 2010 a 2014; sendo 2010 o ano base, isto é, período em que o PMAQ não tinha sido implementado. Os anos de 2011 e 2012, o primeiro ciclo do programa, e o período de 2013 a 2014, o segundo ciclo. Já a segunda fase distinguiu-se por ser um estudo ecológico, abrangendo o mesmo período anterior, 2010 a 2014, com o intuito de observar o efeito do PMAQ nas ICSAP.

É importante destacar que a participação do município no PMAQ, no primeiro ciclo, não indicou, necessariamente, a inclusão de todas as equipes da AB existentes nesse local, uma vez que o MS limitou o número de equipes que poderiam participar do programa nessa etapa. Assim, nem todas as equipes que desejavam aderir puderam fazê-lo; indicando, portanto, um possível viés positivo em relação a quais equipes participaram, já que existe a possibilidade de as ‘melhores equipes’ do município terem sido selecionadas de forma intencional. Além disso, não foi possível controlar esse efeito no modelo estatístico proposto nesta pesquisa, visto que a variável referente ao número de equipes que aderiram ao PMAQ no primeiro e segundo ciclo apresentou uma relação colinear com a variável explicativa principal; sendo, portanto, excluída das análises por exigências metodológicas, já que esta roubaria o efeito daquela variável.

A pesquisa se apoiou em dados secundários, expostos no *quadro 1* abaixo, apresentando como unidade de análise os municípios brasileiros. No total, foram considerados 5.556 municípios, apesar de, em 2014, o total dessas entidades no Brasil ter sido igual a 5.570. Dezesesseis municípios foram retirados da análise pelo seguinte motivo: foram

reconhecidos novos municípios pela União em 2012, um dos períodos abordados na pesquisa. Com o intuito de facilitar as análises estatísticas, optou-se por desconsiderar esses novos municípios e excluir aqueles que existiam, mas sofreram alterações em seu território por causa da nova divisão de áreas.

No entanto, com exceção desses 16 municípios, 99,71% das entidades brasileiras foram consideradas na pesquisa. Dessa forma, foi considerado nas análises que o universo total de territórios foi abordado, não se caracterizando como uma amostra. Além disso, é importante acrescentar que as análises abarcaram a população brasileira, de 0-79 anos, de todos os 5.556 municípios, e examinaram os dados por país e região: ou seja, respectivamente, Brasil, Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Essa faixa etária foi estabelecida uma vez que pesquisas que utilizaram a mesma variável dependente^{6,12} consideraram idades que variaram de 0-79 anos, já que, após essa idade, as internações não apresentaram correlações importantes com os procedimentos relacionados com a AB⁶. Para os modelos de análise, visando controlar os efeitos por faixas etárias, optou-se por estratificar as idades nos seguintes grandes grupos etários: 0-4, 5-19, 20-59 e 60-79 anos.

Para obter os subsídios necessários para a construção das variáveis, foram coletadas informações secundárias de *sites* que disponibilizam dados públicos. Estes foram expostos no *quadro 1* abaixo. As informações relativas às ICSAP, variável dependente utilizada neste trabalho, foram obtidas por meio do *site* ‘Datusus’, em que aquelas estão disponíveis a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Este é um documento utilizado para alimentar o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS) e o responsável por liberar a internação de cada paciente. Existem dois tipos de AIH: a AIH-1, caracterizada por ser o tipo normal, sendo a sua emissão exclusiva dos gestores municipais ou estaduais do SUS; e a AIH-5, com caráter complementar, referente às internações de

longa permanência, como as psiquiátricas ou doenças crônicas. No presente estudo, ante o caráter complexo que envolve a AIH-5, foi observada apenas a AIH-1¹³.

Uma característica importante da AIH-1 no estudo sobre as ICSAP é que ela oferece a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10), referente ao motivo pelo qual a pessoa foi internada. Assim, visto que a lista de ICSAP é composta por diagnósticos, esse dado se torna crucial. Esta é constituída por 120 categorias da CID-10 e 15 subcategorias

que representam 20 tipos de diagnósticos que são agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção e a magnitude dos agravos⁶.

Adicionalmente, é importante informar que o programa computacional utilizado para o processamento dos dados e realização das análises estatísticas foi o Stata versão 12.0.

O *quadro 1* abaixo exhibe as variáveis dependente e independentes, acompanhadas das suas respectivas descrições, das fontes de onde foram coletados os dados e do ano de referência.

Quadro 1. Descrição das variáveis utilizadas na pesquisa, Brasil, 2010 a 2014

Indicador	Descrição do Indicador	Fonte dos Dados	Ano
Variável Dependente			
Número de ICSAP	Número total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por faixa etária e sexo.	SIH-Datasus ¹⁴	2010 a 2014
Variáveis Independentes			
Adesão ao PMAQ	Variável qualitativa dicotômica, em que o número 1 indica que o município aderiu ao PMAQ e o número 0 informa que não aderiu.	DAB-PMAQ ¹⁵	2010 a 2014
Porcentagem de ICSAP em indivíduos do sexo feminino/masculino	Cálculo: número total de ICSAP de indivíduos do sexo feminino/masculino por ano, área geográfica e idade, dividido pelo número total de ICSAP por ano, área geográfica e idade e, por último, multiplicado por 100.	SIH-Datasus ¹⁶	2010 a 2014
Cobertura da AB	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica. Cálculo: número de Equipes de Saúde da Família (ESF) mais o número de ESF equivalente, multiplicado por 3.000, dividido pela população do mesmo local e período, multiplicado por 100.	Pactuações-DataSUS ¹⁶	2010 a 2014
Número de leitos por habitante	Cálculo: número total de leitos disponíveis nos municípios, dividido pela população total local.	CNES-Datasus ¹⁷ ; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ¹⁸	2010 a 2014
Cobertura dos planos de saúde	Cálculo: número total de beneficiários de planos privados de saúde por município, ano e idade, dividido pela população do mesmo local, período e idade, multiplicado por 100.	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ¹⁹ ; IBGE ¹⁸	2010 a 2014
Coefficiente de Gini	Medida de desigualdade que oscila entre 0 e 1, em que 0 corresponde à completa igualdade em relação ao rendimento e 1 corresponde à completa desigualdade.	PNUD ²⁰	2010
População dos municípios de 0-79 anos	Número total de indivíduos por faixa etária e sexo.	IBGE ¹⁸	2010 a 2014
Número de médicos do programa Mais Médicos por mil habitantes	Cálculo: total de médicos em atividade do programa Mais Médicos, dividido pela população total do local, multiplicado por 1.000.	Região-Redes ²¹	2014

Fonte: Elaboração própria.

É importante pontuar que a variável independente ‘adesão do município ao PMAQ’ configura-se a mais importante, posto que será a partir dela que o efeito do programa será analisado. As variáveis ‘porcentagem de ICSAP em indivíduos do sexo masculino/feminino’ foram incluídas nos modelos com o intuito de controlar os efeitos que ambas as questões podem apresentar nesse tipo de internação, como destaca o estudo que aprovou a lista das ICSAP no Brasil⁶. Essa informação foi utilizada separadamente para diferentes grupos etários.

As variáveis relativas aos serviços e estabelecimentos de saúde – cobertura da AB, número de leitos por habitante e cobertura dos planos de saúde – e às questões socioeconômicas – coeficiente de Gini e a população de 0-79 anos dos municípios – foram consideradas, visto que os estudos utilizando as ICSAP ressaltam a importância em observar esses dados ao analisar as internações^{6,12}. Em função da disponibilidade de dados, destaca-se como uma limitação da análise a utilização do valor do coeficiente de Gini de 2010 para todos os anos analisados, exigindo cautela ao examinar os seus resultados.

Por último, o número de médicos, do programa Mais Médicos, por mil habitantes foi considerado por ser uma variável de confusão. Isso porque caracteriza-se como uma política pública que foi implementada em 2013 e que poderia influenciar a diminuição das ICSAP ao alocar médicos em regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais na AB²².

É importante destacar a possível limitação na coleta de informações pelos órgãos responsáveis, indicados no *quadro 1*, acerca dos municípios, exigindo uma análise cautelosa dos resultados conforme exposto nas seções seguintes deste artigo.

Métodos de análise dos dados

Para a análise de dados, foi ajustado um modelo de regressão multivariada para painel de dados, considerando os anos de

2010 a 2014, com resposta binomial negativa e modelos de efeitos fixos, controlado pela população de cada município por meio do comando *offset*. A regressão binomial negativa é indicada para analisar dados numéricos resultantes de contagem em situações em que há sobredispersão (*over – dispersion*) dos dados, isto é, quando os dados apresentam valores de variância superiores à média²³, como é caso das ICSAP aqui analisadas. Além disso, essa técnica foi adotada por ser amplamente utilizada nos estudos que empregam as ICSAP como variável dependente¹².

O banco de dados em painel utilizado na análise se apresenta de forma balanceada, visto que há informações de todos os municípios sobre a variável dependente e independente principal durante os cinco anos. O modelo de efeitos fixos foi definido após a aplicação do teste de Hausman. Por fim, a associação entre a taxa de ICSAP e as covariáveis do estudo foi estimada pelas taxas de incidência das ICSAP, acompanhada de seus respectivos intervalos de confiança a 95%.

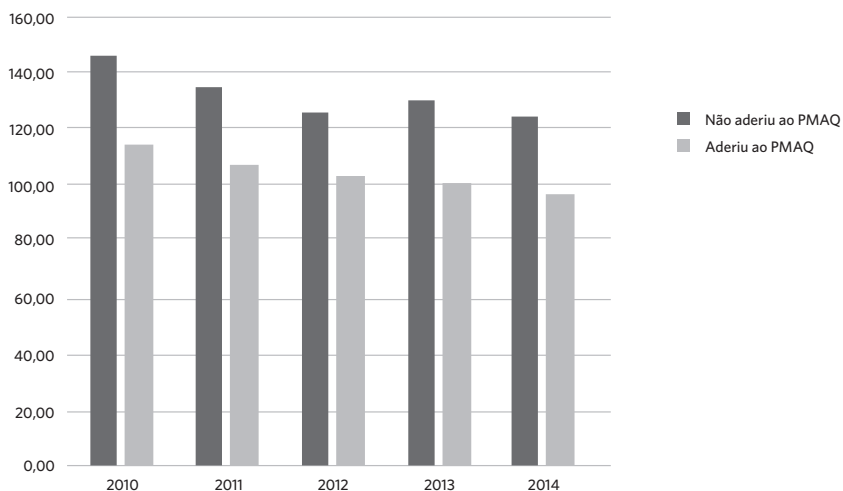
Resultados

Descrição das ICSAP

Os gráficos apresentados, tanto em nível nacional como regional, foram construídos com o objetivo de comparar as ICSAP entre os municípios que aderiram e não aderiram ao PMAQ.

O *gráfico 1* expõe como as taxas de ICSAP por dez mil habitantes diminuíram em ambos os grupos no decorrer dos anos. Contudo, no grupo que não aderiu ao PMAQ, foi possível observar que, na mudança de ciclo do programa, de 2012 para 2013, este apresentou um aumento nas internações.

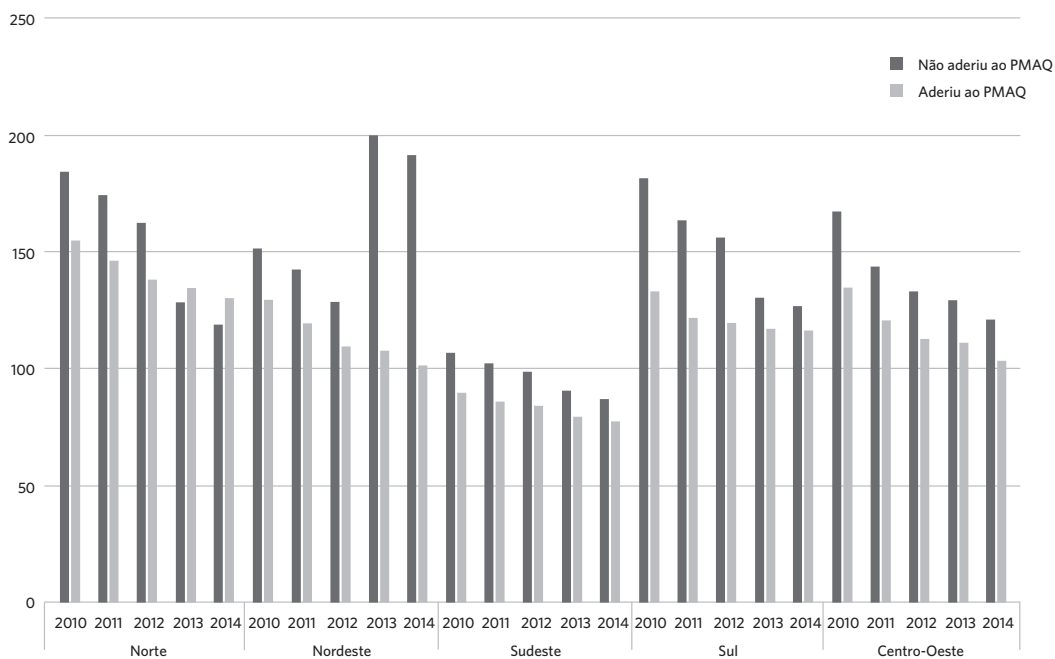
Gráfico 1. Taxas de ICSAP por 10 mil habitantes/ano, dos municípios que aderiram e não aderiram ao PMAQ, Brasil, 2010 a 2014



Fonte: SIH-Datusus¹⁴, IBGE¹⁸ e Departamento de Atenção Básica (DAB)-PMAQ¹⁵.

Da mesma forma, abaixo foi exposto um gráfico similar sobre as ICSAP em nível regional.

Gráfico 2. Taxas de ICSAP por 10 mil habitantes/ano, dos municípios que aderiram e não aderiram ao PMAQ, regiões brasileiras, 2010 a 2014



Fonte: SIH-Datusus¹⁴, IBGE¹⁸ e Departamento de Atenção Básica (DAB)-PMAQ¹⁵.

A partir do *gráfico 2*, foi possível notar que, em todos os anos, de 2010 a 2014, todas as regiões apresentaram taxas totais mais altas no grupo que não aderiu ao PMAQ. Com exceção da região Norte, em que, durante o segundo ciclo, 2013 e 2014, o grupo que aderiu ao programa apresentou uma taxa mais elevada do que o grupo que não aderiu. Além disso, o Nordeste, em um movimento contrário ao das outras regiões do País, apresentou um aumento abrupto nas ICSAP, a partir do segundo ciclo, nos municípios que não aderiram ao programa. Tal comportamento pode estar relacionado com o PMAQ, como foi avaliado na seção seguinte.

O efeito do PMAQ nas ICSAP

Na *tabela 1* abaixo, na coluna referente ao Brasil, a taxa de incidência (IRR) do PMAQ indicou que os municípios que aderiram ao programa apresentaram, no decorrer de 2010 a 2014, 9% a menos de ICSAP em relação àqueles que não aderiram, mantendo as outras variáveis constantes. Já em relação às variáveis ‘cobertura dos planos de saúde’ e ‘médicos alocados pelo programa Mais Médicos’, foi possível dizer que a primeira apresentou 1% de diminuição das ICSAP para cada unidade a mais da cobertura dos planos de saúde; já a segunda exibiu 35% de diminuição das mesmas internações para cada unidade a mais de médicos do programa Mais Médicos por mil habitantes.

Em um sentido oposto, a variável ‘número de leitos por habitante’ apontou para um aumento da taxa de incidência no valor de 23% das ICSAP para cada unidade a mais de leito, mantendo as outras variáveis constantes. Já as variáveis relativas ao sexo/idade, assim como à cobertura da AB, não apontaram resultados significantes. Por último, o índice de Gini: este apresentou um comportamento peculiar, visto que o seu valor, para todas as regiões, foi próximo de zero, indicando que esse indicador possivelmente não oscilou no decorrer do tempo. A causa de tal fato pode estar relacionada com a utilização do valor de 2010 do Gini em todos os anos, não apresentando, portanto, variação dos seus valores. Sendo assim, essa questão pode ter gerado algum viés, comprometendo a interpretação.

A coluna referente à região Norte apontou para o mesmo cenário do Brasil, mas com valores distintos: os municípios que aderiram ao PMAQ apresentaram 6% menos ICSAP em relação àqueles que não aderiram; um aumento da taxa de incidência no valor de 8% das ICSAP para cada unidade a mais de leitos, mantendo as outras variáveis constantes; 2% de diminuição das ICSAP para cada unidade a mais na cobertura dos planos de saúde; e 45% de diminuição das mesmas internações para cada unidade a mais de médicos do programa Mais Médicos por mil habitantes.

Tabela 1. Resultados da regressão com dados de contagem estimados por meio das taxas de incidência das ICSAP e a sua associação com as covariáveis do estudo, Brasil e regiões brasileiras, 2010 a 2014

Variáveis	Brasil		Norte		Nordeste	
	IRR	Intervalo de Confiança (95%)	IRR	Intervalo de Confiança (95%)	IRR	Intervalo de Confiança (95%)
PMAQ	0,91	0,90-0,91	0,94	0,91-0,96	0,86	0,85-0,88
Internação 0-4 anos Feminino	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,01	1,00	1,00-1,00
Internação 0-4 anos Masculino	1,00	1,00-1,00	1,01	1,00-1,01	1,00	1,00-1,00
Internação 5-19 anos Feminino	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00
Internação 5-19 anos Masculino	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,01	1,00	1,00-1,00
Internação 20-59 anos Feminino	1,01	1,00-1,01	1,01	1,01-1,02	1,00	1,00-1,01
Internação 20-59 anos Masculino	1,01	1,00-1,01	1,01	1,01-1,02	1,00	1,00-1,01

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	Brasil		Norte		Nordeste	
	IRR	Intervalo de Confiança (95%)	IRR	Intervalo de Confiança (95%)	IRR	Intervalo de Confiança (95%)
Internação 60-79 anos Feminino	1,01	1,00-1,01	1,00	1,00-1,01	1,00	1,00-1,01
Internação 60-79 anos Masculino	1,00	1,00-1,01	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00
Cobertura da AB	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00
Número de leitos por habitante	1,23	1,16-1,30	1,08	0,74-1,58	0,95	0,83-1,08
Cobertura dos planos de saúde	0,99	0,99-0,99	0,98	0,97-0,99	0,99	0,99-1,00
Gini	0,00	0,00-0,00	0,00	0,00-0,01	0,00	0,00-0,01
Médicos do Mais Médicos por mil habitantes	0,65	0,61-0,69	0,55	0,45-0,68	0,64	0,57-0,71
Constante	0,01	0,01-0,02	0,00	0,00-0,00	0,00	0,00-0,01

Fonte: SIH-Datasus¹⁴, IBGE¹⁸, DAB-PMAQ¹⁵, Pactuações-Datasus¹⁶, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)-Datasus¹⁷, ANS¹⁹, PNUD²⁰ e Região-Redes²¹.

Taxa de incidência (IRR).

Na coluna referente ao Nordeste, os municípios que aderiram ao PMAQ apresentaram 14% menos ICSAP do que aqueles que não aderiram. Nesse caso, ocorreu uma diminuição na taxa de incidência no valor de 5% das ICSAP para cada unidade a mais de leito. A variável 'cobertura dos planos de saúde' apresentou 1% de diminuição das ICSAP para cada unidade a mais nessa cobertura, e a variável referente ao programa Mais Médicos apontou 36% de diminuição das ICSAP para cada unidade a mais de médicos do programa por mil habitantes. Já as outras variáveis relacionadas com a cobertura da AB, idade/sexo e Gini seguiram o

mesmo padrão dos modelos anteriores, sendo a explicação anterior válida, também, nesse caso.

A coluna relativa ao Sudeste, na *tabela 2*, exibiu o mesmo cenário observado no Brasil: os municípios que aderiram ao PMAQ apresentaram 5% menos ICSAP em relação àqueles que não aderiram; ocorreu um aumento na taxa de incidência no valor de 29% das ICSAP para cada unidade a mais de leitos, mantendo as outras variáveis constantes; 3% de diminuição das ICSAP para cada unidade a mais na cobertura dos planos de saúde; e 22% de diminuição das internações para cada unidade a mais de médicos do programa Mais Médicos por mil habitantes.

Tabela 2. Resultados da regressão com dados de contagem estimados por meio das taxas de incidência das ICSAP e a sua associação com as covariáveis do estudo, regiões brasileiras, 2010 a 2014

Variáveis	Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	IRR	Intervalo de Confiança (95%)	IRR	Intervalo de Confiança (95%)	IRR	Intervalo de Confiança (95%)
PMAQ	0,95	0,94-0,96	0,92	0,91-0,93	0,89	0,87-0,92
Internação 0-4 anos Feminino	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00
Internação 0-4 anos Masculino	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00
Internação 5-19 anos Feminino	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00
Internação 5-19 anos Masculino	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00
Internação 20-59 anos Feminino	1,01	1,00-1,01	1,00	1,00-1,01	1,01	1,00-1,01
Internação 20-59 anos Masculino	1,01	1,00-1,01	1,00	1,00-1,01	1,00	1,00-1,01

Tabela 2. (cont.)

Variáveis	Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	IRR	Intervalo de Confiança (95%)	IRR	Intervalo de Confiança (95%)	IRR	Intervalo de Confiança (95%)
Internação 60-79 anos Feminino	1,00	1,00-1,01	1,00	1,00-1,01	1,01	1,00-1,01
Internação 60-79 anos Masculino	1,00	1,00-1,01	1,00	1,00-1,01	1,00	1,00-1,01
Cobertura da AB	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00	1,00	1,00-1,00
Número de leitos por habitante	1,29	1,19-1,40	1,11	1,00-1,24	1,48	1,16-1,89
Cobertura dos planos de saúde	0,97	0,97-0,97	0,98	0,98-0,98	0,99	0,98-0,99
Gini	0,00	0,00-0,00	0,01	0,00-0,01	0,04	0,01-0,12
Médicos do Mais Médicos por mil habitantes	0,78	0,69-0,89	0,71	0,63-0,79	0,78	0,59-1,04
Constante	0,01	0,00-0,03	0,01	0,00-0,06	0,00	0,00-0,00

Fonte: SIH-Datasus¹⁴, IBGE¹⁸, DAB-PMAQ¹⁵, Pactuações-Datasus¹⁶, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)-Datasus¹⁷, ANS¹⁹, PNUD²⁰ e Região-Redes²¹.

Taxa de incidência (IRR).

Por último, as regiões Sul e Centro-Oeste: na primeira, respectivamente, a presença do PMAQ nos municípios indicou 8% menos ICSAP em relação àqueles lugares nos quais o programa não existia; ocorreu um aumento na taxa de incidência no valor de 11% das ICSAP para cada unidade a mais de leitos; foi exibida uma diminuição de 2% das ICSAP para cada unidade a mais da cobertura dos planos de saúde; e uma diminuição de 29% das internações para cada unidade a mais de médicos do programa Mais Médicos por mil habitantes.

Já a região Centro-Oeste apresentou uma diminuição de 11% das ICSAP nos municípios que aderiram ao PMAQ em relação àqueles que não aderiram; um aumento da taxa de incidência no valor de 48% das ICSAP para cada unidade a mais de leito por habitante; 1% de diminuição das ICSAP para cada unidade a mais da cobertura dos planos de saúde; e 22% de diminuição das internações para cada unidade a mais de médicos, do programa Mais Médicos, por mil habitantes.

Discussão

Foi possível notar que o PMAQ exibiu um efeito significativo na redução das ICSAP em todas

as regiões e, também, no Brasil. Além disso, a região Nordeste parece ser aquela que mais se beneficiou com esse programa. Diante dessa situação, é natural o questionamento sobre os fatores que contribuíram para que o Nordeste se destacasse em relação às outras regiões.

Uma estratégia para tentar responder a essa pergunta é considerar as peculiaridades inerentes ao Brasil, isto é, avaliar os resultados ponderando que o País apresenta uma variedade de características histórico-estruturais que afetam diretamente a configuração do SUS. Assim, foram analisadas as pesquisas que utilizaram dados coletados pelo PMAQ com o objetivo de examinar com mais detalhes as particularidades daqueles municípios que aderiram ao programa.

Considerando esse aspecto, um estudo²⁴ apresentou como objetivo analisar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com base no conjunto de ambientes recomendado pelo Manual de Estrutura Física das UBS do MS, considerando os dados coletados dos municípios que aderiram ao primeiro e ao segundo ciclo do PMAQ. Os resultados apontam para os seguintes aspectos: considerando os ambientes recomendados no Manual, o consultório odontológico, a sala de curativos e procedimentos, a sala de vacina, a sala de nebulização e os

sanitários aumentaram em todas as regiões, indicando uma melhora que abrangeu todo o País; sendo um dos fatores que podem ter contribuído para a diminuição nacional das ICSAP entre o período de 2010 e 2014.

No entanto, o artigo²⁴ aponta que a região Nordeste foi o local onde as salas de vacina, as salas de curativos e procedimentos e as salas de reunião e atividades educativas apresentaram os maiores aumentos. Observou-se, também, nesta última região e no Norte, que as UBS com um a três e quatro a seis ambientes tiveram a sua maior redução entre os dois ciclos do PMAQ, em comparação com as outras regiões. Ademais, complementarmente, que as unidades com sete a nove ambientes aumentaram em maior grau, também, nessas duas regiões.

Nesse contexto, um estudo²⁵ apontou que a sala de reunião possibilita um espaço importante nas UBS, voltado para a realização de atividades que transpassam os atendimentos clínicos, contribuindo para o aperfeiçoamento de ações programáticas e gestão do serviço. Indo no mesmo sentido, outro artigo²⁶ destaca que a ausência desse espaço pode obstaculizar a ocorrência de atividades coletivas com a comunidade e a existência de planejamento e avaliação das ações dos profissionais das equipes de saúde. Nesse sentido, a substituição gradativa das UBS com menos capacidade por espaços mais adequados pode indicar uma melhora da atenção à população.

É importante pontuar que o Sul se destacou por ser o território onde essas características se apresentaram em maior quantidade durante os anos do estudo, contudo, o aumento desses subsídios de um ciclo do PMAQ para o outro ocorreu de forma mais intensa apenas no Nordeste²⁴. De forma mais clara, o aumento aqui não indica que a região apresentou uma quantidade mais adequada dos fatores descritos, mas a exibição de uma oscilação positiva no período de 2011 a 2014.

Similarmente, outro estudo²⁷, a partir da construção de uma tipologia da estrutura das UBS utilizando os dados do primeiro ciclo do PMAQ, considerando dimensões relacionadas

com os tipos de equipe, elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e instalações e insumos, apontou o seguinte cenário: as piores estruturas se encontravam, proporcionalmente, no Norte, e em valores absolutos, nas regiões Norte e Nordeste. Já as melhores localizavam-se em maior número nas regiões Sul e Sudeste. Considerando o destaque da região Nordeste nesta pesquisa, e que os dados observados neste estudo²⁷ se referem ao primeiro ciclo do PMAQ, é possível supor que esse programa contribuiu para a melhora dessa estrutura de um ciclo para o outro.

Em consonância com esses estudos, uma pesquisa²⁸ buscou observar a influência da estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes de saúde nas ICSAP. Os dados foram retirados das avaliações realizadas no primeiro ciclo do PMAQ. Os resultados apontaram que uma maior cobertura dos programas de distribuição de renda, um maior percentual de UBS funcionando em horário mínimo e a maior disponibilidade de vacinas estão significativamente relacionadas com a diminuição das internações nos municípios. É importante ressaltar aqui a disponibilidade de vacinas como um fator que está relacionado com a diminuição das ICSAP, visto que esse foi justamente um dos componentes que se destacaram no Nordeste ao comparar com as outras regiões.

Em suma, essas distintas melhoras, com destaque na região Nordeste, parecem ter contribuído para a proeminência desse local em relação ao efeito do PMAQ nas ICSAP. Contudo, é importante pontuar que, apesar desse aumento e dos efeitos observados, o artigo²⁴ coloca que as UBS ainda não apresentam um padrão ideal de funcionamento como recomendado pelo MS.

Em confluência com o destaque da região Nordeste em determinadas características, outro artigo²⁹ parece corroborar essa situação. O objetivo deste foi descrever as condições de produção e registro das informações geradas nas UBS mediante indicadores obtidos por meio dos dados do primeiro ciclo do PMAQ. Estes se referiram às condições de infraestrutura e

informática, à educação permanente e ao processo de trabalho. Assim, ao analisar os dados das grandes regiões, delimitadas pelo artigo como Norte e Nordeste, Sul e Sudeste e Centro-Oeste, foi possível observar que, em comparação com as outras, a primeira, respectivamente, apresentou um valor superior no indicador relacionado com o processo de trabalho, em específico, o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde.

Tal fato sugere uma preocupação das equipes da AB com o resultado das suas ações na saúde da população, possibilitando um posicionamento crítico diante da atuação profissional e um aperfeiçoamento constante dos atos realizados. Esses dados, que são observados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), permitem a observância, inclusive, de informações relacionadas com as ICSAP. Sendo assim, uma maior vigilância e consideração desses dados poderia influenciar as equipes dessa região a aperfeiçoarem a atenção e, conseqüentemente, diminuir as ICSAP de forma mais expressiva.

Dessa forma, apesar de o artigo²⁹ apresentar o resultado referente à região Nordeste em conjunto com a Norte, ao considerar os outros dados expostos acima, o Nordeste surge como o local onde o PMAQ parece ter proporcionado um maior acesso e melhor qualidade de serviço para a população.

Nesse contexto, é importante ressaltar, também, os efeitos observados das outras variáveis independentes nas ICSAP. Uma delas foi a cobertura dos planos de saúde. Essa variável apontou que os territórios que apresentaram mais internações foram aqueles em que esse fator esteve menos presente. Esses dados vão ao encontro dos outros encontrados na literatura sobre as ICSAP¹². A cobertura do plano de saúde no Brasil representa um importante indicador de acesso³⁰, evidenciando a possível razão de ela estar negativamente relacionada com as ICSAP nos resultados dos modelos. Ou seja, quanto maior a cobertura do plano de saúde privado, menor a quantidade de internações por condições sensíveis.

Em um outro estudo^{8,31}, foi indicado que os territórios que apresentam um número mais elevado de leitos privados em relação aos disponibilizados pelo SUS tendem a diminuir a internação nestes leitos públicos. Ou seja, esse dado indica que as ICSAP em lugares com quantidades altas de leitos privados podem ser mais elevadas do que, de fato, os números indicam, visto que estas podem estar ocorrendo nesses outros espaços. Assim, a cobertura dos planos de saúde não estão, necessariamente, trazendo mais acesso e qualidade de atenção às questões enfocadas pela AB, mas podem, ao contrário, estar ocultando essas internações, já que os dados referentes à prestação de serviços em âmbito particular não estão disponíveis para acesso público.

É compreensível, portanto, que as ICSAP apresentem uma menor incidência nos municípios com cobertura mais ampla dos planos de saúde. Contudo, é importante apontar que esse fato não indica, necessariamente, uma melhora no acesso e na qualidade da atenção do ponto de vista da promoção de saúde e da prevenção de doenças, isso porque as ICSAP podem, ainda, estar ocorrendo, mas em ambiente privado; diminuindo, nesse caso, a contabilização destas nos leitos do SUS.

Ao observar a variável referente à disponibilidade de leitos, nota-se, com exceção da região Nordeste, que, nas outras regiões, esse valor se relacionou de forma positiva com a variável dependente, indicando que quanto mais leitos, maior o número de ICSAP. Nesse sentido, cabe destacar que a disponibilidade de serviços de saúde pode induzir a utilização destes por uma determinada população. De forma oposta, a oferta pode ocorrer por influência do uso, formando um ciclo que se retroalimenta³¹. Ao considerar que pode existir esse estímulo à utilização dos leitos em situações que aparentemente não necessitariam, isto é, por simples indução à utilização por conta da oferta, o sistema de saúde estaria não só aumentando o número de internações desnecessárias, mas também impedindo as pessoas que realmente precisam de atendimento acessarem estes

serviços. Assim, o número elevado de utilização dos leitos, nessa situação, não está relacionado, necessariamente, com uma melhora na qualidade dos serviços^{8,31}; sendo necessários, em relação à região Nordeste, novos estudos visando compreender o cenário oposto em relação a essa variável.

Foi possível observar, também, que a cobertura da AB não apresentou uma influência significativa ao verificar as taxas de incidência das ICSAP durante os anos de 2010 a 2014. Tal questão pode estar conectada com o fato de essa atenção ter passado por sua maior expansão durante os últimos anos, indo de 6,55% para 64,72%³². Assim, esta passou a apresentar valores mais estáveis durante a pesquisa, visto que o seu crescimento acentuado ocorreu nos anos anteriores.

Ao considerar a variável relacionada com o programa Mais Médicos, ressalta-se um estudo⁸ que observou a proporção de ICSAP em relação ao total de internações por outras causas no ano de 2012. Os resultados apontaram um declínio dessa proporção no Brasil, apresentando variáveis, como a oferta de médico nos municípios, associadas com a diminuição das ICSAP. Esse último efeito ocorreu em graus distintos nas regiões brasileiras, levando o autor a concluir que a distribuição adequada de médicos se configura um dos fatores importantes para aperfeiçoar a AB. Considerando esse argumento, é possível notar que um dos objetivos do programa Mais Médicos é justamente contribuir para diminuir a escassez de médicos em determinadas regiões do Brasil. Assim, parece ficar clara a importância dessa política no aperfeiçoamento da AB, uma vez que a influência dessa variável na diminuição das ICSAP foi considerável.

Por último, é importante considerar os determinantes socioeconômicos ao analisar os distintos efeitos do PMAQ nas regiões brasileiras^{6-8,11,33-35}, dado que estes podem estar relacionados com as condições de saúde da população³⁶. Durante o período de 2001 a 2012, abarcando, portanto, uma parte dos anos analisados neste estudo,

o Brasil presenciou um crescimento no Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Nesse contexto, a região Nordeste apresentou o aumento mais elevado³⁶. Além disso, a taxa de analfabetismo reduziu, apresentando a região supracitada, novamente, como o local onde esse cenário ocorreu de forma mais acentuada³⁶. Essa situação, em conjunto com a diminuição da proporção de pessoas com baixa renda em todo o Brasil e a saída de 22 milhões de pessoas da condição de extrema pobreza³⁶, aponta para uma melhora nas condições socioeconômicas do País. Nesse sentido, o avanço positivo significativo dos indicadores socioeconômicos pode ter contribuído, também, para a melhora da saúde da população e diminuição das ICSAP³⁷⁻³⁹ no Brasil e para o destaque da região Nordeste.

Esta seção do artigo procurou elucidar o cenário exposto pelos resultados aqui apresentados, a saber, a heterogeneidade do efeito do PMAQ nas ICSAP, considerando as regiões brasileiras. Essa questão parece estar sendo respondida por meio da discussão realizada com a literatura referente à temática deste trabalho ao notar que as regiões apresentaram características distintas em relação às ações, aos recursos e aos estabelecimentos na área da saúde, às dinâmicas socioeconômicas e às questões conjunturais inerentes a cada lugar. Nesse sentido, esses aspectos podem estar conectados com os distintos graus de melhora do acesso e da qualidade da AB das regiões; sendo imprescindível, nesse caso, para a análise aprofundada do efeito do programa nesses lugares, considerar distintos fatores.

Por fim, os dados aqui expostos, de forma geral, confirmam a tendência de queda das ICSAP no País mostradas nos estudos que utilizaram esse indicador^{6,8,10,40,41}. Além disso, corrobora a literatura ao expor os distintos cenários em relação às taxas de ICSAP nas regiões brasileiras^{8,41}. A diminuição das internações aqui estudadas, demonstrada neste artigo a partir do PMAQ, vai em direção aos estudos que confirmam a importância

das equipes da AB para a sua redução^{10,33,41}. A partir da discussão, parece imprescindível considerar que existem aspectos intrínsecos a cada região que podem ter influenciado o alcance do efeito do programa, sendo importante, assim, considerando os resultados obtidos a partir do indicador ICSAP, observar os serviços de saúde disponíveis e os determinantes socioeconômicos de cada local, visto que estes podem facilitar ou obstaculizar a utilização dos dispositivos de saúde^{6-8,11,33-35}. Os resultados alcançados neste estudo fortalecem a importância do PMAQ e reafirmam as ICSAP como um indicador capaz de avaliar o acesso e a qualidade da AB; contribuindo, assim, para a produção acadêmica sobre essa temática e destacando a utilidade desse indicador para avaliar os efeitos de políticas públicas da AB na saúde da população.

Considerações finais

A partir dos resultados obtidos, indo ao encontro da hipótese elencada, foi possível concluir que o PMAQ está atingindo o seu objetivo em aumentar o acesso e a qualidade da AB. Entre as diferentes perspectivas possíveis para observar esses aspectos, neste trabalho, foi utilizado o indicador 'ICSAP'. Em relação a este, é importante, considerando os resultados, pontuar os seus possíveis limites ao avaliar o PMAQ. Como discutido neste artigo, existem aspectos distintos em cada região do País que podem facilitar ou obstaculizar a utilização dos dispositivos de saúde. Nesse sentido, destaca-se não só a importância das ICSAP para a avaliação do PMAQ, mas também outros fatores contextuais que devem ser ponderados, em conjunção com esse indicador, ao analisar esse programa.

Além disso, cabe destacar novamente as limitações referentes ao número de equipes que participaram do PMAQ, especialmente no primeiro ciclo, visto que foi estabelecido

um limite máximo de equipes que poderiam aderir ao programa; a utilização do valor do coeficiente de Gini de 2010 para todos os anos analisados; e a possível limitação, por parte dos órgãos responsáveis, na coleta de dados municipais utilizados na pesquisa; exigindo, dessa forma, cautela ao analisar os efeitos do PMAQ nas ICSAP.

Por fim, destaca-se que as distintas realidades regionais existentes no Brasil na área da saúde demandam cada vez mais o fortalecimento de políticas públicas que considerem as características locais. Tal exigência clama pela atuação conjunta das três entidades de governo – a União, os estados e os municípios –, uma vez que só com a cooperação será possível atingir um leque diferenciado de políticas que abarquem as necessidades de cada localidade, mas que mantenha, em nível nacional, uma equidade na distribuição desses serviços. O processo de avaliação se apresenta nesse contexto como um instrumento responsável por iluminar o caminho que se está seguindo, permitindo que ajustes sejam feitos para alcançar a qualidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, este artigo surge como um importante informativo sobre as políticas públicas de saúde no Brasil e, também, como um meio de instrumentalizar os gestores e os diversos atores envolvidos no desenvolvimento e discussão de um dos principais programas da AB: o PMAQ.

Sugere-se que os novos estudos sobre a temática discutida neste artigo abordem os efeitos do PMAQ nas ICSAP explorando, em detalhes, a faixa etária, o sexo e as doenças que causaram as internações, posto que essas informações podem contribuir para a compreensão da influência de fatores socioeconômicos e ambientais na saúde da população que extrapolam a ação da AB – informação importante para analisar os limites e possibilidades do PMAQ, assim como o alcance do indicador ICSAP ao se propor avaliar indiretamente o acesso e a qualidade da AB.

Agradecimentos

Os autores do artigo agradecem ao Professor Dr. Sérgio Luiz Bassanesi (*in memoriam*) pelas importantes sugestões e comentários na elaboração do conteúdo deste artigo.

Colaboradores

Soares C (0000-0001-7833-2695)* e Ramos M (0000-0003-0880-8269)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [internet]. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary care to health systems and health. MIQUES. 2005; 83(3):457-502.
3. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2015.
4. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
5. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114:1115-1118.
6. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto IC-SAP – Brasil). Cad. Saúde Pública. 2009; 25(6):1337-49.
7. Nunes KR. Análise das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em hospital de referência regional [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2015.
8. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, et al. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(11):2353-66.
9. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. Rev. Panam Salud Publica. 2013; 34(4):227-34.
10. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, et al. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(4):744-54.
11. Melo MD, Egry EY. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. Rev. esc. enferm. USP. 2014; 489(esp):129-36.
12. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. Saúde debate. 2014; 38(esp):331-42.
13. Oliveira VB. Avaliação do Impacto das Ações do

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Programa de Saúde da Família na Redução das Interações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica em Adultos e Idosos. [internet]. BH: NESCON; 2012. [acesso em 2020 ago 4]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares: DataSUS (SIH-DATASUS). [internet]. [acesso em 2018 nov 8]. Disponível em: <http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica: PMAQ (DAB-PMAQ). [internet]. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde e Pactuações: DataSUS (PACTUAÇÕES-DATASUS). [internet]. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-DATASUS). [internet]. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: <http://cnes.saude.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>.
 18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. [internet]. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novportal/sociais/populacao.html>.
 19. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores de setor [internet]. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.
 20. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil. [internet]. [acesso em 2018 dez 2]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>.
 21. Região e Redes: Caminho da universalização da saúde no Brasil. [internet]. [acesso em 2019 jan 5]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>.
 22. Brasil. Programa Mais Médicos (SPMM). [internet]. [acesso em 2019 jan 5]. Disponível em: <http://mais-medicos.gov.br/conheca-programa>.
 23. Universidade da Califórnia em Los Angeles. Data Analysis Examples. [internet]. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://stats.idre.ucla.edu/other/dae/>.
 24. Cavalcanti PCS, Oliveira Neto AV, Silva LE, et al. Análise da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde no Brasil. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, editores. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p. 127-160.
 25. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2006; 11(3):669-81.
 26. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2010; 10(1):69-81.
 27. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad. Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 ago 4]; 33(8):e00037316. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805005.
 28. Araujo WRM. Interações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: análise hierárquica de fatores de contexto, estrutura e processo de trabalho [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2015.
 29. Neves TCC, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014; 38(103):756-70.
 30. Bahia L, Scheffer M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al.,

- editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 1.636-1.656.
31. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 677-766.
 32. Cavalcanti PCS, Oliveira Neto AV, Sousa MF. Uma Narrativa Sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, editores. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p. 17-48.
 33. Nunes RP. Estratégia Saúde da Família e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão sistemática. APS; 2018; 21(3):450-60.
 34. Pinto Junior EP, Aquino R, Medina MG, et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2018 [acesso em 2020 ago 4]; 34(2):e00133816. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000205003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.
 35. Barros FC, Matijasevich A, Requejo JH, et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. Am J Public Health. 2010; 100(10):1877-89.
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: PNS, 2016-2019. [internet]. [acesso em 2020 maio 28]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/handle/123456789/1048?show=full>.
 37. Bettenhausen JL, Colvin JD, Berry JG, et al. Association of Income Inequality With Pediatric Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. JAMA Pediatr [internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 4]; 171(6):e170322-e170322. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2613462>.
 38. Roos LL, Dragan R, Schroth RJ. Pediatric ambulatory care sensitive conditions: Birth cohorts and the socio-economic gradient. Can J Public Health. [internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 4]; 108(3):e257-e264. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28910247/>.
 39. Agha MM, Glazier RH, Guttman A. Relationship between social inequalities and ambulatory care-sensitive hospitalizations persists for up to 9 years among children born in a major Canadian Urban Center. Ambulatory Pediatrics. 2007; 7(3):258-262.
 40. Ribeiro MGC, Araujo Filho ACA, Rocha SSD. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em crianças do Nordeste Brasileiro. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2019; 19(2):491-498.
 41. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23:1903-1914.

Recebido em 04/10/2019
Aprovado em 10/06/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais

Structure of oral health services offered in Primary Care in Brazil: regional differences

Ana Júlia Gizzi Gonçalves¹, Pedro Henrique Stremel Pereira¹, Vitória Monteiro¹, Manoelito Ferreira Silva Junior¹, Márcia Helena Baldani¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012610

RESUMO Teve-se por objetivo analisar as condições de acessibilidade, estrutura e oferta de serviços odontológicos de Unidades Básicas de Saúde com Equipe de Saúde Bucal e compará-los entre as regiões geográficas brasileiras. O estudo quantitativo, analítico e transversal utilizou dados secundários referentes aos Módulos I, V e VI da Avaliação Externa do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (2013-2014). A análise descritiva foi realizada por frequências absolutas (n) e relativas (%), e houve comparação entre regiões brasileiras pelo teste qui-quadrado com uso do Teste Z ajustado pelo método Bonferroni ($p < 0,05$). A amostra foi constituída por 24.056 Unidades Básicas de Saúde, nas quais atuavam 29.778 Equipes de Atenção Básica; destas, 16.203 (67,3%) possuíam serviços odontológicos e abrigavam 18.119 Equipes de Saúde Bucal. De maneira geral, as Unidades Básicas de Saúde apresentavam boa estrutura física, porém, baixa acessibilidade para pessoas com deficiência. Os consultórios odontológicos apresentavam estrutura física adequada e equipamentos, instrumentos e insumos odontológicos suficientes. No entanto, exibiam alta proporção na oferta de serviço mutiladores em comparação a procedimentos que evitariam as extrações dentárias, e baixa oferta de referência especializada. Além disso, houve evidenciadas desigualdades regionais, favoráveis às regiões Sul e Sudeste.

PALAVRAS-CHAVE Acessibilidade aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT The aim of the study was to analyze the conditions of accessibility, structure and offer of dental services in Basic Health Units with the Oral Health Team and to compare them between the Brazilian geographic regions. The quantitative, analytical and cross-sectional study used secondary data referring to Module I, V and VI of the External Evaluation of the 2nd Cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) (2013-2014). The descriptive analysis was performed by absolute (n) and relative (%) frequencies, and there was a comparison between Brazilian regions using the chi-square test using the Z Test adjusted by the Bonferroni method ($p < 0.05$). The sample consisted of 24,056 Basic Health Units, in which 29,778 Primary Care Teams worked; of these, 16,203 (67.3%) had dental services and housed 18,119 Oral Health Teams. In general, the Basic Health Units had a good physical structure, but low accessibility for disabled persons. The dental offices had adequate physical structure and sufficient dental equipment, instruments and supplies. However, they exhibited a high proportion of mutilating service offerings compared to procedures that would avoid tooth extractions, and a low specialized reference supply. In addition, regional inequalities were observed, favorable to the South and Southeast regions.

KEYWORDS Health services accessibility. Primary Health Care. Oral health.

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil. marciabaldani@gmail.com



Introdução

No Brasil, principalmente no início dos anos de 2000, o estabelecimento de políticas públicas intersetoriais e consistentes apresentou resultados positivos na redução sistemática da desigualdade social¹. No entanto, o País continua entre os mais desiguais do mundo¹, e esse aspecto pode ter sido agravado após as mudanças políticas e sociais enfrentadas a partir do ano de 2016. As desigualdades sociais impactam todos os setores da sociedade, inclusive no campo da saúde².

No intuito de melhorar o acesso aos serviços de saúde e de reduzir as desigualdades de saúde, após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, começou-se a valorizar a Atenção Básica (AB) como eixo estruturante, principalmente da Estratégia Saúde da Família (ESF)³. Mais tardiamente, no início dos anos 2000, com o propósito da integralidade da atenção, houve a inclusão da saúde bucal na ESF; e, depois, a inclusão de outros níveis de atenção por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)⁴. A AB, em especial, a ESF, segue uma linha de elevada cobertura populacional, facilidade no acesso e atendimento integral dos indivíduos em seu contexto familiar³. A saúde bucal no cenário nacional tem demonstrando um aumento considerável no que diz respeito ao investimento, à cobertura populacional e à oferta de serviços^{4,5}. No entanto, deve-se considerar que a cobertura populacional é apenas uma entre várias dimensões para o acesso dos serviços³.

Na perspectiva de que o aumento de quantidade não reflete necessariamente a qualidade, esse ponto tornou-se crucial para efetivação do SUS. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia principal indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶. Entre os seus objetivos, estão: construção de um parâmetro de comparação entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) mediante

uma avaliação que é vinculada a repasse financeiro conforme o desempenho alcançado com os elementos avaliados pelo programa. Por meio dessa avaliação, o MS espera estimular um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões de gestão e do processo de trabalho e com o auxílio do uso de resultados de indicadores do acesso e de qualidade⁷.

Diante de todo o histórico dessas políticas na efetivação do SUS, é visível a melhora na estrutura e na qualidade dos serviços^{4,5}, apesar da redução das desigualdades sociais na saúde bucal⁸. No entanto, ainda há um percurso grande para um sistema de saúde menos desigual, principalmente entre as regiões geográficas brasileiras^{2,9-12}. Nesse contexto, o acesso ainda se constitui um dos principais problemas relacionados com a atenção à saúde, inclusive saúde bucal, no Brasil^{13,14} e no mundo¹¹.

Existem vários parâmetros para analisar o acesso aos serviços de saúde, os quais, por refletirem aspectos socioeconômicos e culturais, devem nortear a construção das políticas públicas¹⁵. Giovanella e Fleury¹⁶ classificam as dimensões do acesso como: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. A acessibilidade refere-se às características dos serviços de saúde que permitam a facilidade de uso pelos usuários, decorrente tanto das características organizacionais dos serviços como das possibilidades de superarem as barreiras existentes¹⁷.

Por esses motivos, o objetivo deste estudo foi analisar as condições de acessibilidade, estrutura e oferta de serviços odontológicos de UBS com Equipe de Saúde Bucal (ESB) e compará-los entre as regiões geográficas brasileiras.

Material e métodos

Delineamento do estudo

Esta pesquisa é de natureza quantitativa, transversal e analítica com dados secundários

referentes à etapa de Avaliação Externa (AE) do 2º Ciclo do PMAQ-AB, realizada em 2013-2014.

Universo amostral e coleta dos dados

O universo da pesquisa foi representado pelas EAB e pelas ESB que aderiram ao programa e passaram pela AE, que foi realizada de forma multicêntrica, a cargo de instituições de ensino superior de cada estado, as quais coordenaram equipes de entrevistadores calibrados. A coleta com os profissionais foi registrada com o uso de *tablets*, por meio de formulários validados, para verificar as estruturas em bloco, e, quando necessário, análise de documentos comprobatórios. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e os dados estão disponibilizados no *site* do MS. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes assegurado o direito de recusa.

Os dados sobre as condições de acesso e de qualidade foram coletados a partir de um instrumento contendo padrões de perguntas de acordo com as normas, protocolos, princípios e diretrizes que orientam a AB no Brasil³.

Para o recorte do estudo, foram extraídos os dados referentes ao Módulo I (avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das UBS, ao Módulo V (avaliação das condições da estrutura, materiais e insumos da saúde bucal nas UBS, quando existente) e ao Módulo VI (informações sobre o processo de trabalho das ESB e organização do cuidado com o usuário).

Variáveis

Para verificar a dimensão da acessibilidade, entendida como os aspectos da oferta relacionados com a capacidade de produzir serviços

de qualidade e responder às necessidades de saúde da população¹⁷, este estudo foi estruturado em três componentes de análise (*quadro 1*):

I) Estrutura da UBS: estrutura física e de sinalização, que favorecem o acolhimento e o acesso à UBS (Módulo I);

II) Estrutura dos serviços odontológicos na UBS: oferta de equipamentos, instrumentos e insumos disponíveis, além da estrutura adequada dos consultórios odontológicos, considerando as UBS com ESB (Módulo V);

III) Serviços odontológicos disponíveis: os procedimentos básicos realizados pelas ESB, a possibilidade de encaminhamento dos pacientes para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as especialidades disponíveis para referência, nos CEO ou outro serviço (Módulo VI).

As variáveis relativas ao componente I foram apresentadas conforme cada um dos itens separadamente.

As variáveis relacionadas com o componente II foram agrupadas conforme sua natureza – se equipamentos, instrumentos ou insumos odontológicos – e foram analisadas pela proporção dos itens listados, considerando a disponibilidade e o bom estado de funcionamento e conservação. Caso eles não estivessem em tais condições, eram então classificados como inexistentes. Depois de quantificá-los, as UBS foram classificadas de acordo com a porcentagem de itens listados que possuíam em cada categoria. Para analisar a condição estrutural dos consultórios odontológicos, foram consideradas 11 questões relativas a 7 itens: ventilação; iluminação; acústica; privacidade ao usuário; condição elétrica e hidráulica; presença de mofo; paredes lisas e laváveis. A partir do número de respostas favoráveis, a UBS era classificada como ótima, boa ou ruim nesse quesito (*quadro 1*).

Quadro 1. Variáveis selecionadas e categorização para o estudo, a partir dos Módulos I, V e VI da avaliação externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB. Brasil, 2013-2014

	Variável	Categorização
Estrutura da UBS	Estrutura física	Sim/Não
	UBS funciona em estrutura provisória	
	Oferece consultas odontológicas	
	Possui sala de recepção	
	Possui sala multiprofissional	
	Possui sala de vacina	
	Possui sanitário para usuários	
	Possui sanitário adaptado para pessoas com deficiência	
	Corredores adaptados para cadeira de rodas	
	Portas adaptadas para cadeira de rodas	
	Cadeira de rodas disponível	
	Veículo disponível para atividade externa	
	Sinalização	Sim/Não
	Possui placa de sinalização	
Existe sinalização dos ambientes		
Divulga o horário de funcionamento		
Divulga a listagem de serviços ofertados		
Divulga a escala de profissionais		
Profissionais usam crachá de identificação		
Estrutura dos serviços odontológicos na UBS	Equipamentos odontológicos disponíveis *	Até 50%
	Instrumentos odontológicos disponíveis **	51% a 75%
	Insumos odontológicos disponíveis ***	76% a 100%
	Condições estruturais dos consultórios odontológicos****	Ótima (76% a 100% adequadas)
		Boa (51% a 75% adequadas)
	Ruim (0% a 50% adequadas)	
Serviços odontológicos disponíveis	Procedimentos odontológicos ofertados na UBS##	Até 50%
		51% a 75%
		76% a 100%
	Equipe recebe apoio do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Sim/Não
	Especialidades disponíveis para referência#	Sim/Não
	Cirurgia	
	Endodontia	
	Pacientes com deficiência	
	Periodontia	
	Estomatologia	
Radiologia		
Ortodontia		
Implantodontia		
Odontopediatria		

*Total de 22 equipamentos listados, disponíveis e em condições de uso; **Total de 36 instrumentos listados, disponíveis e em condições de uso; ***Total de 25 insumos listados, disponíveis em quantidade suficiente; ****Total de 11 questões relativas a ventilação, iluminação, acústica, privacidade ao usuário, condição elétrica e hidráulica, presença de mofo, paredes lisas e laváveis.

De um total de 17 procedimentos listados; ## Encaminhados para CEO ou outros serviços de referência.

As variáveis concernentes ao componente III foram apresentadas como um item isolado para a presença de referência especializada do CEO; e, individualmente, cada uma das especialidades disponíveis no CEO ou outras

redes de apoio especializadas para referência de pacientes atendidos nas UBS pelas ESB. Em relação aos procedimentos básicos ofertados, consideraram-se os 17 procedimentos: drenagem de abscesso; sutura de ferimentos

por trauma; remoção de dentes impactados; frenectomia; remoção de cistos; acesso à polpa dentária; aplicação tópica de flúor; exodontia de dente permanente; exodontia de dente decíduo; restauração de amálgama; restauração de resina composta; restauração em dente decíduo; pulpotomia; raspagem/alisamento/polimento supragengival; tratamento de alveolite; ulotomia/ulectomia e cimentação de próteses. Houve exclusão do item 'outros'. As UBS foram agrupadas conforme a porcentagem de procedimentos realizados.

A variável independente do estudo foram as regiões geográficas brasileiras: Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte.

Análise dos dados

Foi utilizado o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0. Os dados coletados foram analisados com estatísticas descritivas, por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). A análise bivariada entre as variáveis dependentes (estrutura da UBS, estrutura dos serviços odontológicos na UBS e os serviços odontológicos ofertados) e a variável independente (regiões geográficas brasileiras) foi realizada com o teste qui-quadrado com uso do Teste Z ajustado pelo método Bonferroni ($p < 0,05$). Entre as variáveis em que as opções de respostas eram 'Sim' ou 'Não', apesar das tabelas apresentarem apenas

a categoria 'Sim', a categoria 'Não' também foi considerada na análise.

Resultado

A amostra do estudo foi constituída por 24.056 UBS participantes do PMAQ-AB, nas quais atuavam 29.778 EAB. Destas UBS, 16.203 (67,3%) possuíam serviços odontológicos e abrigavam 18.119 ESB. Houve maior participação de EAB nas regiões Sudeste ($n=10.100$ equipes) e Nordeste ($n=10.768$ equipes); e menor na região Norte ($n=2.160$). Do total de EAB, 60,8% contavam com ESB, e maiores proporções de EAB com ESB no Centro-Oeste (73,4%) e menor na região Sudeste (50,7%).

A *tabela 1* apresenta dados sobre a estrutura das UBS. Foi observado que os itens referentes à acessibilidade de pacientes com deficiência, como a presença de sanitários, portas e corredores adaptados para cadeira de rodas, estão entre os elementos de estrutura física menos frequentes em todas as regiões brasileiras, principalmente na região Norte. Quanto à estrutura de sinalização das UBS, é possível observar que as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam menores proporções de recursos nessa área. Pode-se analisar que o item que apresentou menor proporção foi a utilização de crachás pelos profissionais.

Tabela 1. Proporção dos itens que se referem a estrutura física e sinalização das Unidades Básicas de Saúde avaliadas no 2º Ciclo do PMAQ- AB para o Brasil e por comparação entre as regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2013-2014

Variáveis	Brasil n (%)	Regiões geográficas brasileiras					p-valor
		Sul n (%)	Sudeste n (%)	Centro-Oeste n (%)	Nordeste n (%)	Norte n (%)	
Estrutura física							
UBS funciona em estrutura provisória	4.814 (20,0)	441 (12,2) ^a	1.389 (19,4) ^b	460 (24,4) ^c	2.162 (22,3) ^c	362 (21,4) ^{b,c}	<0,001
Oferece consultas odontológicas	18.819 (78,2)	3.025 (83,9) ^a	5.210 (72,7) ^b	1.521 (80,5) ^c	7.838 (80,8) ^c	1.225 (72,5) ^b	<0,001
Possui sala de recepção	23.249 (96,6)	3.535 (98,0) ^a	6.930 (96,7) ^{b,c}	1.805 (95,6) ^c	9.416 (97,0) ^b	1.563 (92,5) ^d	<0,001
Possui sala multiprofissional	11.520 (47,9)	2.502 (69,4) ^a	4.413 (61,6) ^b	921 (48,8) ^c	3.139 (32,3) ^d	545 (32,2) ^d	<0,001
Possui sala de vacina	19.738 (82,1)	2.981 (82,6) ^a	5.428 (75,8) ^b	1.558 (82,5) ^{a,c}	8.430 (86,9) ^d	1.341 (79,3) ^c	<0,001
Possui sanitário para usuários	23.232 (96,6)	3.554 (98,5) ^a	7.020 (98,0) ^{a,b}	1.837 (97,2) ^b	9.255 (95,4) ^c	1.566 (92,7) ^d	<0,001

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	Brasil n (%)	Regiões geográficas brasileiras					p-valor
		Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Possui sanitário adaptado para pessoas com deficiência	8.185 (34,0)	1.763 (48,9) ^a	2.853 (39,8) ^b	781 (41,3) ^b	2.319 (23,9) ^c	469 (27,8) ^d	<0,001
Corredores adaptados para cadeira de rodas	13.529 (56,2)	2.565 (71,1) ^a	4.245 (59,2) ^b	1.019 (53,9) ^c	4.931 (50,8) ^c	769 (45,5) ^d	<0,001
Portas adaptadas para cadeira de rodas	11.839 (49,2)	2.173 (60,2) ^a	3.892 (54,3) ^b	933 (49,4) ^c	4.184 (43,1) ^d	657 (38,9) ^e	<0,001
Cadeira de rodas disponível	13.394 (55,7)	2.891 (80,1) ^a	4.704 (65,7) ^b	997 (52,8) ^c	4.160 (42,9) ^d	642 (38,0) ^e	<0,001
Sinalização							
Possui placa de sinalização	13.975 (58,1)	1.846 (51,2) ^a	4.324 (60,3) ^b	990 (52,4) ^a	6.172 (63,6) ^c	643 (38,0) ^d	<0,001
Existe sinalização dos ambientes	21.237 (88,3)	3.219 (89,2) ^a	6.364 (88,8) ^a	1.544 (81,7) ^b	8.737 (90,0) ^a	1.373 (81,2) ^b	<0,001
Divulga o horário de funcionamento	17.013 (70,7)	2.794 (77,5) ^a	5.277 (73,6) ^b	1.232 (65,2) ^c	6.691 (69,0) ^d	1.019 (70,7) ^e	<0,001
Divulga a listagem de serviços ofertados	17.918 (74,5)	2.654 (73,6) ^a	5.524 (77,1) ^b	1.196 (63,3) ^c	7.478 (77,1) ^b	1.066 (63,1) ^c	<0,001
Divulga a escala de profissionais	14.603 (60,7)	2.261 (62,7) ^a	4.828 (67,4) ^b	868 (46,0) ^c	5.947 (61,3) ^a	699 (41,4) ^c	<0,001
Profissionais usam crachá de identificação	10.129 (42,1)	2.017 (55,9) ^a	3.833 (53,5) ^a	497 (26,3) ^b	3.515 (36,2) ^c	267 (15,8) ^d	<0,001

Letras diferentes denotam diferença significativa entre as proporções na comparação entre as regiões geográficas brasileiras ($p < 0,05$).

A *tabela 2* apresenta dados sobre a estrutura dos serviços odontológicos nas UBS. De modo geral, nota-se que as UBS possuem a maioria dos instrumentos e insumos odontológicos listados, com menor proporção de itens nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Quanto aos equipamentos, a maioria das UBS possui de 51% a 75% do total dos itens listados. Os equipamentos encontrados com maior frequência nos consultórios odontológicos das UBS foram: cadeira odontológica (99,0%), refletor (98,7%), mocho (98,4%), sugador (98,1%), cuspeira (98,1%) e caneta de alta rotação (97,9%), o que mostra que a maioria dos consultórios possui os itens básicos para seu funcionamento. Já os menos frequentes foram: negatoscópio (19,4%), avental de chumbo (20,1%), caixa de revelação (23,4%)

e aparelho de raio-x (25,6%), o que comprova que a radiografia odontológica (exame diagnóstico fundamental para vários procedimentos) é pouco realizada na AB. Também foram pouco presentes os equipamentos auxiliares da profilaxia odontológica, como ultrassom (30,4%) e jato de bicarbonato (31,1%).

No que diz respeito à estrutura dos consultórios odontológicos, a maioria das UBS apresentou resultado classificado como 'ótimo', sendo o único aspecto avaliado que não apresentou diferença entre as regiões brasileira. As condições estruturais com menor frequência foram: paredes e pisos não laváveis (32,2%), condições inadequadas dos consultórios (29,1%), ventilação inadequada dos consultórios (17,3%) e tubulação para fora da parede (15,5%) (*tabela 2*).

Tabela 2. Proporção de equipamentos, instrumentos, insumos básicos, estrutura e procedimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde Bucal avaliadas no 2º Ciclo do PMAQ-AB para o Brasil e por comparação entre as regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2013-2014

Variáveis	Brasil n (%)	Regiões geográficas brasileiras					p-valor
		Sul n (%)	Sudeste n (%)	Centro-Oeste n (%)	Nordeste n (%)	Norte n (%)	
Equipamentos odontológicos*							<0,001
Até 50%	952 (5,9)	234 (5,5) ^a	141 (6,2) ^a	69 (5,0) ^a	448 (6,2) ^a	60 (5,5) ^a	
51% a 75%	11.475 (70,8)	2.880 (67,7) ^a	1.581 (69,9) ^{a,b}	1.005 (72,4) ^b	5.158 (71,6) ^b	851 (77,6) ^c	
76% a 100%	3.775 (23,3)	1.142 (26,8) ^a	539 (23,8) ^{a,b}	315 (22,7) ^b	1.593 (22,1) ^b	186 (17,0) ^c	
Instrumentos odontológicos**							<0,001
Até 50%	361 (2,2)	28 (0,7) ^a	18 (0,8) ^a	16 (1,2) ^a	228 (3,2) ^b	71 (6,5) ^c	
51% a 75%	6.966 (43,0)	1.211 (28,5) ^a	491 (21,7) ^b	501 (36,1) ^c	4.126 (57,3) ^d	637 (58,1) ^d	
76% a 100%	8.875 (54,8)	3.017 (70,9) ^a	1.752 (77,5) ^b	872 (62,8) ^c	2.845 (39,5) ^d	389 (35,5) ^d	
Insumos odontológicos***							0,037
Até 50%	231 (1,4)	49 (1,2) ^a	34 (1,5) ^a	18 (1,3) ^a	106 (1,5) ^a	24 (2,2) ^a	
51% a 75%	1.634 (10,1)	388 (9,1) ^a	217 (9,6) ^a	151 (10,9) ^a	755 (10,5) ^a	123 (11,2) ^a	
76% a 100%	14.337 (88,5)	3.819 (89,7) ^a	2.010 (88,9) ^{a,b}	1.220 (87,8) ^{a,b}	6.338 (88,0) ^{a,b}	950 (86,6) ^b	
Estrutura dos consultórios odontológicos****							0,1441
Ótima	14.058 (86,8)	3.679 (86,4) ^a	1.952 (86,3) ^a	1.207 (86,9) ^a	6.292 (87,4) ^a	928 (84,6) ^a	
Boa	1.997 (12,3)	528 (12,4) ^a	293 (13,0) ^a	169 (12,2) ^a	848 (11,8) ^a	159 (14,5) ^a	
Ruim	147 (0,9)	49 (1,2) ^a	16 (0,7) ^a	13 (0,9) ^a	59 (0,8) ^a	10 (0,9) ^a	

Letras diferentes denotam diferença significativa entre as proporções na comparação entre as regiões geográficas brasileiras ($p < 0,05$).

* Total de 22 equipamentos listados, disponíveis e em condições de uso.

** Total de 36 instrumentos listados, disponíveis e em condições de uso.

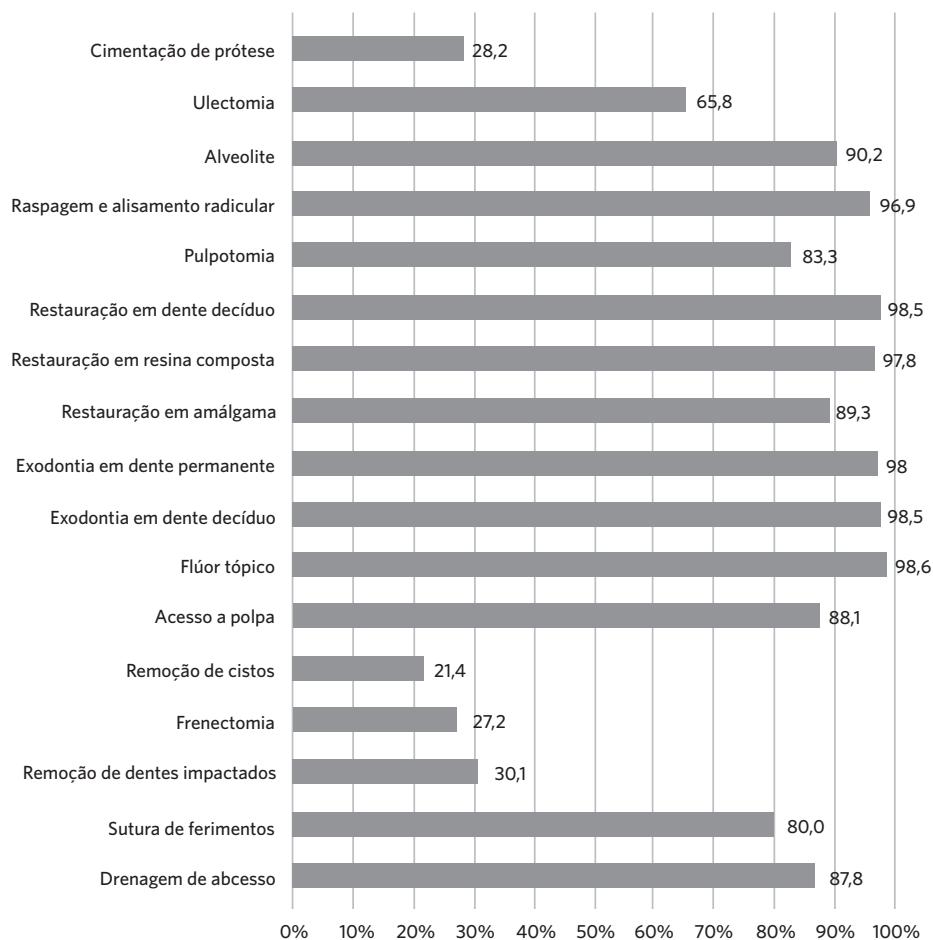
*** Total de 25 insumos listados, disponíveis em quantidade suficiente.

**** Total de 11 questões relativas a ventilação, iluminação, acústica, privacidade ao usuário, condição elétrica e hidráulica, presença de mofo, paredes lisas e laváveis.

No *gráfico 1*, observa-se que os procedimentos mais realizados pelas ESB na UBS foram a aplicação de flúor tópico (98,6%), a exodontia em dentes decíduos (98,5%) e a restauração em dentes decíduos (98,5%); enquanto os procedimentos que poderiam evitar exodontias, como

acesso à polpa e pulpotomias, foram menos ofertados (88,1% e 83,3%, respectivamente) (*tabela 3*). Também foram pouco ofertados procedimentos cirúrgicos mais complexos, como a frenectomia (27,2%), a remoção de cistos (21,4%) e a cimentação de próteses (28,3%).

Gráfico 1. Proporção dos procedimentos odontológicos básicos ofertados para os usuários das Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde Bucal avaliadas no 2º Ciclo do PMAQ-AB. Brasil, 2013-2014



A *tabela 3* apresenta dados sobre os serviços odontológicos ofertados, sendo que a maior parte das ESB realizaram entre 76% e 100% dos procedimentos básicos odontológicos listados, e as regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores proporções. Ainda existe uma grande parte das ESB que não apresenta referência dos pacientes para os CEO, sendo maior a proporção nas ESB localizadas nas regiões Sul e Sudeste. Considerando-se as especialidades ofertadas no CEO ou outras redes de apoio de serviço especializado, verificou-se que a cirurgia oral menor (78,7%) e a endodontia (74,6%) são as

mais disponíveis. Especialidades mais complexas e de maior custo, como a implantodontia (4,4%) e a ortodontia (19,9%), são as menos ofertadas. Especialidades com alta demanda, como a estomatologia e a odontopediatria, estão entre as menos disponíveis (54,6% e 47,6%, respectivamente). Comparando-se as regiões, os resultados indicam que a menor disponibilidade de procedimentos especializados, em geral, encontra-se nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com destaque para as maiores proporções no Sudeste, onde se verificam as maiores ofertas (*tabela 3*).

Tabela 3. Proporção dos procedimentos odontológicos básicos ofertados e disponibilidade de referência especializada para os usuários das Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde Bucal avaliadas no 2º Ciclo do PMAQ-AB para o Brasil e por comparação entre as regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2013-2014

Variáveis	Brasil n (%)	Regiões geográficas brasileiras					p-valor
		Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Procedimentos odontológicos ofertados na UBS#							<0,001
Até 50%	592 (3,3)	30 (1,2) ^a	54 (1,1) ^a	65 (4,1) ^b	345 (4,5) ^b	98 (7,8) ^c	
51% a 75%	6.558 (36,2)	605 (23,7) ^a	1.285 (25,6) ^a	581 (37,0) ^b	3.484 (45,2) ^c	603 (47,7) ^c	
76% a 100%	10.964 (60,5)	1.917 (75,1) ^a	3.688 (73,4) ^a	926 (58,9) ^b	3.871 (50,3) ^c	562 (44,5) ^d	
Procedimentos mutiladores:							
Exodontia de dentes permanentes	17.746 (98,0)	2.525 (98,9) ^a	4.930 (98,1) ^b	1.505 (95,7) ^c	7.559 (98,2) ^{a,b}	1.227 (97,1) ^{b,c}	<0,001
Exodontia de dentes decíduos	17.842 (98,5)	2.529 (99,1) ^a	4.972 (98,9) ^a	1.539 (97,9) ^{b,c}	7.574 (98,4) ^{a,c}	1.228 (97,2) ^b	<0,001
Procedimentos invasivos que podem evitar exodontias:							
Resina composta em dente permanente	17.718 (97,8)	2.523 (98,9) ^a	4.948 (98,4) ^a	1.545 (98,3) ^{a,b}	7.488 (97,2) ^{b,c}	1.214 (96,1) ^c	<0,001
Restauração de amálgama em dente permanente	16.180 (89,3)	2.240 (87,8) ^a	4.169 (93,5) ^b	1.280 (87,8) ^a	7.115 (92,4) ^b	747 (59,1) ^c	<0,001
Restauração em dente decíduo	17.851 (98,5)	2.540 (99,5) ^a	4.984 (99,1) ^{a,b}	1.550 (98,6) ^{b,c}	7.564 (98,2) ^c	1.213 (96,0) ^d	<0,001
Acesso à polpa	15.959 (88,1)	2.457 (96,3) ^a	4.797 (95,4) ^a	1.415 (90,0) ^b	6.326 (82,2) ^c	964 (76,3) ^d	<0,001
Pulpotomia	15.093 (83,3)	2.317 (90,8) ^a	4.705 (93,6) ^b	1.340 (85,2) ^c	5.858 (76,1) ^d	873 (69,1) ^e	<0,001
Equipe recebe apoio do CEO	11.178 (61,7)	1.664 (65,2) ^a	3.325 (66,1) ^a	819 (52,1) ^b	4.700 (61,0) ^c	670 (53,0) ^b	<0,001
Especialidades disponíveis para referência##							
Cirurgia	11.936 (78,7)	1.698 (77,5) ^a	3.734 (84,2) ^b	865 (73,7) ^a	4.971 (76,8) ^a	668 (74,8) ^a	<0,001
Endodontia	11.311 (74,6)	1.595 (72,8) ^a	3.586 (80,9) ^b	826 (70,4) ^a	4.658 (72,0) ^a	646 (72,3) ^a	<0,001
PNE	10.877 (71,7)	1.512 (69,0) ^a	3.525 (79,5) ^b	771 (65,7) ^a	4.480 (69,3) ^a	589 (66,0) ^a	<0,001
Periodontia	10.361 (68,3)	1.462 (66,7) ^a	3.259 (73,5) ^b	754 (64,2) ^a	4.317 (66,7) ^a	569 (63,7) ^a	<0,001
Estomatologia	8.283 (54,6)	1.314 (60,0) ^a	3.023 (68,2) ^b	529 (45,1) ^c	3.123 (48,3) ^c	294 (32,9) ^d	<0,001
Radiologia	9.113 (60,1)	1.222 (55,8) ^{a,b}	2.604 (58,7) ^b	603 (51,4) ^a	4.208 (65,0) ^c	476 (53,3) ^a	<0,001
Ortodontia	3.012 (19,9)	261 (11,9) ^a	1.121 (25,3) ^b	168 (14,3) ^a	1.347 (20,8) ^c	115 (12,9) ^a	<0,001
Implantodontia	663 (4,4)	152 (6,9) ^a	221 (5,0) ^b	61 (5,2) ^{a,b}	197 (3,0) ^c	32 (3,6) ^{b,c}	<0,001
Odontopediatria	7.221 (47,6)	1.027 (46,9) ^a	2.373 (53,5) ^b	604 (51,4) ^{a,b}	2.754 (42,6) ^c	563 (51,8) ^{a,b}	<0,001

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas. PNE: Pacientes com necessidades especiais.

Letras diferentes denotam diferença significativa entre as proporções na comparação entre as regiões geográficas brasileiras.

#De um total de 17 procedimentos listados.

##Encaminhados para CEO ou outros serviços de referência especializada.

Discussão

No que diz respeito à estrutura física das UBS, a maioria das que foram avaliadas no presente estudo não possuía a infraestrutura necessária para garantir o acesso universal aos serviços prestados à população, principalmente as

questões de acessibilidade para pessoas com deficiência. Aproximadamente 23,1% dos brasileiros possuem restrições com relação a sua independência e mobilidade, e esse fator impede que essas pessoas exerçam sua cidadania com plenitude, pois a maioria dos espaços e edificações públicos se encontra inadequada,

o que dificulta a movimentação desses indivíduos¹⁸. A limitação se configura barreiras arquitetônicas, formadas por toda e qualquer condição que impeça o direito dos cidadãos de ir e vir, tais como: presença de escadas, degraus altos, banheiros, portas e corredores não adaptados¹⁸. Esse aspecto demonstra uma falta de investimento dos órgãos públicos para atender às necessidades de uma grande parcela da população brasileira, e medidas precisam ser tomadas para melhorar a acessibilidade de pessoas com deficiência.

No que se refere à sinalização, verificou-se uma defasagem quanto à utilização dos crachás de identificação pelos funcionários das UBS, fato que pode prejudicar a aproximação entre pacientes e funcionários, dificultando, assim, a atenção durante o primeiro contato do usuário. O processo comunicativo é um ato caracterizado por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos envolvidos, envolvendo a dimensão verbal e não verbal¹⁹. Diante do exposto – e do valor do primeiro contato para a longitudinalidade do cuidado, é válido utilizar uma diversidade de recursos que aproximem o binômio profissional-usuário e que favoreçam, dessa forma, uma aproximação de ambas as partes, estabelecendo um maior vínculo de confiança.

Com a incorporação da ESB na ESF e com a implantação dos CEO na atual PNSB, espera-se que o acesso da população à atenção à saúde bucal passe a ser ampliado¹⁹. Sendo assim, os equipamentos para procedimentos odontológicos historicamente concentrados nas capitais, metrópoles e em polos regionais²⁰ começam a ter uma tendência de descentralização. Como verificado no estudo, houve uma adequação satisfatória na proporção dos equipamentos, insumos e instrumentos odontológicos encontrados nos consultórios odontológicos das UBS; dessa forma, elas estão aptas para atender às necessidades de saúde bucal da população adscrita. No entanto, deve-se perceber qual o modelo de atenção ou prática odontológica tem sido realizada.

Nesse sentido, os dados mostraram que os

procedimentos mutiladores foram os procedimentos mais ofertado pelas ESB, como, por exemplo, as exodontias de dentes permanentes e decíduos. Estudos com dados secundários em âmbito nacional têm mostrado que houve maior proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos odontológicos realizados na AB nas regiões Norte e Nordeste^{10,12}, ou seja, compatível com as regiões com menores disponibilidades dos insumos. Além disso, ainda apontam outros aspectos relacionados, como municípios com menor cobertura de saúde bucal na AB, sem CEO, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) muito baixo e índice de Gini maior do que a média nacional^{10,12}. Esses dados reforçam um aspecto que poderia justificar a grande proporção de oferta de exodontia, por exemplo, a falta de acesso de exames diagnósticos complementares, como as radiografias odontológicas, uma vez que o aparelho não está disponível em grande parte das unidades de saúde avaliadas, somando-se ainda a ausência de disponibilidade de referência especializada em radiologia ou outros procedimentos que preservassem os dentes, como a endodontia. Esses fatores podem contribuir para as decisões clínicas mais radicais, pois procedimentos conservadores necessitarão de mais recursos para serem realizados.

A AB funciona como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde Bucal, acolhendo a população e determinando o vínculo e a responsabilidade perante as necessidades de saúde²¹. Esse aspecto pode dimensionar a grande expansão dos programas públicos de saúde, principalmente nos serviços de AB, inclusive em regiões mais pobres do País, como Norte e Nordeste^{4,21}. No entanto, deve haver uma estrutura organizacional em que haja a integralidade e na qual a ESB apresente referência especializada, como o CEO ou serviços similares, para atendimentos de casos mais complexos.

Considerando a recomendação de serem implantados CEO em locais onde a AB encontra-se bem estruturada, estudo mostrou

que a maioria dos CEO está em municípios com ESB implantados, e, por isso, estariam corretamente alocados²². Porém, os dados apontaram que ainda existe discrepâncias na proporção de equipes que recebiam o apoio de serviços odontológicos especializados, com maior apoio na região Sudeste e menos nas regiões Centro-Oeste e Norte; sendo assim, medidas precisam ser tomadas para melhorar o acesso, em nível secundário, nesses locais onde já se tem uma adequada atuação na AB. Isso demonstra uma baixa cobertura da atenção secundária, ou uma limitada expansão dos CEO, ou seja, não tem acompanhado a velocidade de implantação das ESB.

Apesar dos avanços obtidos desde a implantação da PNSB⁴, os resultados do presente estudo apontaram a presença de desigualdades na oferta de serviços odontológicos na AB e na disponibilidade de referência especializada, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e uma melhor oferta nas regiões com um melhor desenvolvimento socioeconômico, como as regiões Sul e Sudeste. Sendo assim, apesar da expansão da atenção à saúde bucal, a PNSB ainda enfrenta grandes dificuldades em reduzir as desigualdades presentes na saúde, além disso, muitas das ações não são acessíveis para a população em regiões e em locais com maiores necessidades socioeconômicas²³.

Os resultados do presente estudo, do 2º Ciclo do PMAQ-AB, apesar de ter avaliado mais ESB do que o 1º Ciclo²⁴, não mostrou grandes mudanças no que diz respeito às diferenças entre as macrorregiões. Esse aspecto deve ser muito bem pensado, uma vez que, na ausência de medidas e de ajustes nos programas indutores do MS que considerem as condições de desigualdades regionais, pode ocorrer a equidade inversa⁹, ou seja, valorizar locais que já possuem melhores condições e acentuar ainda mais as disparidades. Esse caminho está se reafirmando, já que se repete a lógica de quanto melhor o desenvolvimento da região, melhor é a prestação de serviços de saúde bucal²⁴.

Neste estudo, reafirmou-se que a cobertura populacional por si só parece não influenciar o indicador referente à mutilação oral da população, pois vivencia um modelo de atenção ainda curativo^{2,12,19,25}, ou ainda, a interface de uma alta demanda historicamente excluída dos serviços de saúde; reafirmando a lógica de um modelo de assistência odontológica no Brasil até então biomédico, com alto custo, baixo rendimento e conhecidamente ineficiente para atender uma reversão de assistência para atenção²⁶. Por conseguinte, há necessidade de mudanças no processo de trabalho, com valorização de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças relativas à saúde bucal e, principalmente, a melhoria dos indicadores socioeconômicos, ou seja, implantação de políticas públicas que visem reduzir as iniquidades sociais¹⁰.

O presente estudo, por se tratar de dados secundários do PMAQ-AB, apresenta como limitação uma possível superestimação dos resultados, não traduzindo a realidade do panorama brasileiro, uma vez que contou com a participação de UBS e ESB que quiseram receber a AE. No entanto, os resultados apontam dados importantes, que merecem ser considerados, pois, mesmo podendo tratar das melhores UBS, mostrou dados sobre a infraestrutura e sobre os serviços odontológicos prestados; e, principalmente, a identificação de desigualdades regionais. Destarte, mesmo com ampliação dos investimentos na área da saúde bucal, reduzindo as desigualdades no acesso e aumentando o uso dos serviços odontológicos, ainda foi possível observar iniquidades²².

Conclusões

De maneira geral, as UBS apresentavam boa estrutura física, porém, baixa acessibilidade para pessoas com deficiência. Os consultórios odontológicos apresentavam estrutura física adequada e equipamentos, instrumentos e insumos odontológicos suficientes. No entanto, mostravam alta proporção na oferta de serviço

mutiladores em comparação a procedimentos que evitariam as extrações dentárias, e baixa oferta de referência especializada. Além disso, houve evidenciadas desigualdades regionais, favoráveis às regiões Sul e Sudeste.

Apesar dos avanços na Saúde Pública brasileira após a implantação da PNSB, ainda existem barreiras no processo de trabalho das ESB – e ainda relacionadas à acessibilidade – para alcançar um modelo de saúde bucal que atenda às reais necessidades dos brasileiros. As políticas públicas devem reforçar sobre as necessidades locorregionais entre as regiões brasileiras, além de valorizar a acessibilidade, principalmente na inclusão de populações historicamente desassistidas na atenção odontológica, e orientar uma prática profissional que favoreça as

perspectivas da clínica ampliada e que seja capaz de responder às efetivas carências da população.

Colaboradores

Gonçalves AJG (0000-0001-7164-2498)* e Pereira PHS (0000-0002-5204-0368)* contribuíram para o desenho do estudo, preparo do banco de dados e redigiram o artigo científico. Monteiro V (0000-0003-0775-9362)* contribuiu para a análise e redação do artigo científico. Silva-Junior MF (0000-0001-8837-5912)* e Baldani MH (0000-0003-1310-6771)* contribuíram para a supervisão desde o delineamento do estudo, análise estatística dos resultados e revisão final do artigo. ■

Referências

1. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, et al. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde debate*. 2018; 42(esp3):54-66.
2. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 29]; 27(1):e000100017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e000100017.pdf>.
3. Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, et al. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). *PLoS One* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 29]; 13(8):e0201723. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30096201/>.
4. Pucca-Junior GA, Gabriel M, Araujo ME, et al. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015; 94(10):1333-7.
5. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Políti-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ca de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1791-803.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União.* 19 Jul 2011. [acesso em 2020 jun 29]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prtl654_19_07_2011.html.
 7. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate.* 2014; 38(esp):358-72.
 8. Silva-Junior MF, Sousa MRL, Batista MJ. Reducing social inequalities in the oral health of an adult population. *Braz Oral Res.* 2019 [acesso em 2020 jun 26]; 33:e102. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242019000100290&tlng=en.
 9. Victora CG, Barreto ML, Carmo Leal M, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet.* 2011; 377(9782):2042-53.
 10. Filgueira AA, Roncalli AG. Proporção de exodontia e fatores relacionados: um estudo ecológico. *SANA-RE.* 2018; 17(2):30-9.
 11. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, et al. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health.* 2018 [acesso em 2020 mar 12]; 108(2):e1-e7. Disponível em: https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2017.304180?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr-pub++0pubmed.
 12. Silva DRB, Lucena CDRX, Cruz DF, et al. Análise do indicador de extração dentária a partir do contexto municipal. *REFACS (online).* 2018 [acesso em 2020 mar 12]; 6(2):220-7. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2819/2618>.
 13. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):2903-12.
 14. Bastos LF, Hugo FN, Hilgert JB, et al. Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. *Braz Oral Res.* 2019 [acesso em 2020 mar 16]; 33:e018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242019000100253.
 15. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(11):2865-75.
 16. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschütz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
 17. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. *Croat Med J.* 2003; 44(5):655-7.
 18. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14(1):39-44.
 19. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc.* 2014; 23(4):1356-69.
 20. Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(9):879-888.
 21. Albuquerque MV, Viana ALDA, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1055-64.

22. Silva ET, Oliveira RT, Leles CR. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. *Tempus* (Brasília). 2015; 9(3):121-34.
23. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*. 2018; 42(esp2):76-91.
24. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 24(5):1809-20.
25. Soares FF, Figueredo CRV, Borges NCM, et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(7):3169-80.
26. 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*. 2014; 19(2):373-82.

Recebido em 17/02/2020
Aprovado em 08/04/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundação Araucária

A judicialização de demandas odontológicas e o direito à saúde

Judicialization of dental demands and the right to health

Beatriz Cristina de Freitas¹, Dagmar de Paula Queluz¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012611

RESUMO O arcabouço jurídico-legal que estruturou o Sistema Único de Saúde influenciou significativamente a evolução da saúde bucal coletiva, no entanto, seu acesso ainda constitui um dos principais desafios da gestão dos sistemas de saúde. À luz dos direitos humanos, o direito à saúde bucal é um direito indissociável da saúde geral. Objetivou-se analisar a judicialização de demandas odontológicas fundamentadas no direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, realizado em base de dados secundários, obtidos nos acórdãos de segunda instância do Tribunal de Justiça de São Paulo, de janeiro de 2016 a abril de 2019. Os resultados foram categorizados e analisados por estatística descritiva. As ações judiciais relativas à odontologia buscam, principalmente: indenizações por danos morais e materiais – 336 acórdãos (65%); indenização pela má qualidade da prestação de serviços odontológicos – 114 acórdãos (22%); e negativa de cobertura de procedimento e/ou materiais, por planos de saúde – 63 acórdãos (13%). As ações por erro odontológico aumentaram 305%, passando de 22 acórdãos, em 2016, para 99, em 2018. Conclui-se que as demandas judiciais referentes à odontologia estão mais voltadas às indenizações materiais e morais da prestação de serviços do que ao acesso e à efetivação de direitos constitucionais à saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE Judicialização da saúde. Odontologia. Assistência odontológica.

ABSTRACT *The legal-regulatory framework that structured the Unified Health System significantly influenced the evolution of collective oral health, however, access is still one of the main challenges of health systems management. In the light of human rights, the right to oral health is an inseparable right of general health. The objective of this research was to analyze the judicialization of dental demands based on the right to health provided for in the 1988 Federal Constitution. This is an exploratory, descriptive study, carried out in secondary database, obtained in the court decision of the second instance of the Court of Justice of São Paulo, from January 2016 to April 2019. The results were categorized and analyzed by descriptive statistics. The lawsuits related to Dentistry seek, mainly: indemnity for moral and material damages – 336 court decision (65%), indemnity for poor quality of dental services – 114 court decisions (22%), and negative procedural and/or material coverage by health insurance – 63 court decisions (13%). Lawsuits for dental error increased by 305% from 22 court decision, in 2016, to 99 court decision, in 2018. It is concluded that the judicial demands in the dental area are more focused on the material and moral indemnities of the provision of dental services than for access and enforcement of constitutional rights to oral health.*

KEYWORDS *Health's judicialization. Dentistry. Dental care.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. beatrizcristina.freitas@gmail.com



Introdução

A reestruturação do sistema de saúde brasileiro, sob a ótica do direito e não mais como um benefício, é fruto de uma grande mobilização – não somente de profissionais da saúde e técnicos, mas também da sociedade – em busca de um sistema de saúde menos excludente. A reforma sanitária trouxe à tona os problemas sanitários da época e abordou os princípios norteadores que embasaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), moldando substancialmente o que viria a ser o texto constitucional promulgado em 1988¹.

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Em seguida, a Lei Orgânica da Saúde, editada em 1990, estruturou as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, além do funcionamento dos serviços relacionados à área, estruturando o SUS².

Observa-se que o arcabouço jurídico-legal que estruturou o SUS reafirmou os propósitos da reforma sanitária, trazendo a noção de direito à saúde e de integralidade para o sistema de saúde brasileiro, também influenciando, significativamente, a evolução da saúde bucal coletiva¹.

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada em 1993³, trouxe no seu escopo algumas considerações sobre a inserção da saúde bucal no SUS, e o modelo proposto refletiu os conceitos básicos da reforma sanitária¹.

A inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) se deu no ano 2000, na tentativa de romper com modelos antigos de assistência à saúde bucal, reorientando o processo de trabalho e a atuação da equipe no âmbito dos serviços públicos, centrando-se no tripé território-família-comunidade e na humanização da atenção⁴.

Em 2004, com o lançamento do Programa Brasil Sorridente⁵, a saúde bucal passou a ter uma política pública consonante com os princípios do SUS¹, de forma a cumprir com os objetivos de uma proposição para reorientar o modelo de atenção em saúde

bucal⁶, ampliando e qualificando a atenção primária e especializada⁷.

A inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS aconteceu de forma paralela e distanciada do processo de organização dos demais serviços de saúde⁸, e organizou-se dentro de um contexto privatista. Seu avanço científico e tecnológico transformou esse benefício em estratégias de mercado, tornando a odontologia excludente e deixando-a na contramão dos princípios constitucionais¹.

Sob o ponto de vista da saúde integral, o direito à saúde, previsto pela Constituição Federal de 1988⁹, é definido como o direito a bens, serviços e produtos, assim como às condições necessárias para atingir o mais alto padrão de saúde física e mental, não se restringindo aos cuidados em saúde, mas englobando o direito aos determinantes sociais que afetam diretamente o processo saúde-doença.

Assim, entende-se que o direito à saúde é um direito inclusivo, que incorpora outros direitos sociais, que interagem entre si, como nutrição, moradia, acesso a água potável e segurança, condições sanitárias adequadas e de trabalho, bem como a ambiente saudáveis¹⁰, ou seja, está intimamente relacionado a determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, que afetam a saúde como um todo¹¹.

A II CNSB trouxe a saúde bucal como um direito humano fundamental para todos³. Do mesmo modo, para assegurar o direito à saúde bucal como indissociável da saúde geral, a Declaração de Liverpool, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com a Associação Internacional para a Investigação Dental (IADR), a Associação Europeia para a Saúde Pública Dental (EADPH) e a Associação Britânica para o Estudo da Odontologia Comunitária (BASCD)¹¹, apoia, em seu preâmbulo, que a saúde bucal é direito humano básico.

Além disso, quando a Constituição Federal de 1988 trouxe os princípios da universalidade e da integralidade do direito à saúde, não colocou limitações às questões da saúde bucal¹².

Todo o arcabouço jurídico favorece a legitimação do direito à saúde bucal. Neste sentido, faz-se necessário compreender como a população se vê enquanto portadora deste direito¹³, e como seria possível incrementar seus poderes, tanto em termos técnicos quanto políticos (*empowerment*), na definição de prioridades e na tomada de decisões sobre saúde¹⁴.

A partir de 1980, surgiram as primeiras recorrências à justiça em busca da efetivação de direitos à saúde, e um dos exemplos mais notórios disso foi o tratamento para o vírus HIV¹⁵. Em função de todo o simbolismo, da vulnerabilidade dos doentes e repercussão social, medicamentos e procedimentos médicos passaram a ser requeridos através da justiça¹⁵. Esse movimento ganhou complexidade e proporções importantes, tanto para a gestão da saúde quanto para o judiciário e autoridades, e acabou moldando substancialmente a política de assistência farmacêutica do SUS, ficando conhecido ao longo do tempo como a 'judicialização da saúde'¹⁵.

A progressiva incorporação dos direitos sociais, associada aos desafios de sua implementação pelo Estado, levou esses direitos ao crivo do judiciário para sua efetivação. Dessa forma, ações e serviços de saúde, bem como a noção de direito à saúde, ganharam relevância pública¹⁵.

Esse fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e da gestão de serviços públicos¹⁶. Por isto, a efetivação judicial do direito à saúde tem gerado fortes debates em diversos espaços sociais¹⁵. Segundo o Relatório Justiça em Números (2017), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), considerando os processos ajuizados e em trâmite nos diversos níveis judiciais, até 2016, havia 1.346.931 processos referentes à judicialização da saúde¹⁷.

Essas demandas da judicialização da saúde pública envolvem o acesso a medicamentos, tratamentos, insumos, materiais e equipamentos¹⁸. Na saúde suplementar, as demandas espelham, principalmente, negativas de cobertura, reajustes (por sinistralidade e mudança de faixa etária) e descredenciamento de rede de prestadores de serviço¹⁹.

A judicialização da saúde é um fenômeno complexo e muito discutido, ainda não há consenso sobre quais são as suas reais consequências no Brasil. Por um lado, sugere-se a produção de efeitos negativos na governabilidade, com intervenção do judiciário na gestão das políticas públicas de saúde, e no desenvolvimento das ações de saúde locais²⁰. Por outro lado, pondera-se que a litigação das demandas da saúde pode também apontar falhas sistêmicas na gestão e efetivação das políticas públicas de saúde^{16,21}.

Basicamente, essas demandas judiciais buscam a efetivação do direito à saúde, e as mais discutidas se referem à busca de acesso à assistência à saúde, a 'bens e serviços' de saúde¹⁸. Mas, e a saúde bucal? Será que a população brasileira também busca a justiça para a efetivação do seu direito à saúde bucal?

O acesso à saúde bucal tem sido discutido na literatura científica, e no contexto brasileiro, mas a universalização deste acesso ainda se constitui como um dos principais desafios da gestão dos sistemas locais de saúde a serem enfrentados para a efetivação do SUS como modelo de política pública²².

É nesse contexto que se fundamenta a hipótese aqui apresentada. Será que as dificuldades de acesso à saúde bucal têm fomentado ações judiciais para acesso a tratamento odontológico como forma de legitimação e efetivação do direito à saúde bucal? Para responder a esta pergunta, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a judicialização de demandas odontológicas levadas ao Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), para a legitimação do direito à saúde bucal e o acesso a tratamento odontológico.

Material e métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, realizado em base de dados secundários, obtidos nos acórdãos de segunda instância do

TJSP. O acórdão se constitui da decisão judicial proferida em segundo grau de jurisdição por uma câmara/turma de um tribunal. As decisões judiciais recebem este nome por serem proferidas de forma colegiada e refletirem o acordo de mais de um julgador.

Para a análise proposta, o estado de São Paulo foi escolhido por dois motivos: 1) por ser o mais populoso do País, com o maior Produto Interno Bruto (PIB) nacional²³, e possuir um dos sistemas de saúde mais bem estruturados, com uma ampla rede de serviços, e, portanto, receber grande volume de demandas por ‘bens’ e serviços de saúde; 2) pela disponibilidade on-line de seus dados. O estado de São Paulo, localizado na região Sudeste do Brasil, é composto por 645 municípios e apresenta, atualmente, uma população de cerca de 44.749.699 habitantes. Sua capital, São Paulo, é também o município mais populoso do País, com 12.038.175 habitantes²³.

Amostra e período do estudo

Para compor a amostra, foram selecionados todos os acórdãos relacionados à judicialização de demandas odontológicas, no período de janeiro de 2016 a abril de 2019.

Fonte dos dados

Por se tratarem de decisões colegiadas, foram analisados os acórdãos de segunda instância e as decisões monocráticas, com os processos transitados em julgado, tendo em vista o encerramento da ação nessa instância, da possibilidade de produção de matéria fático-probatória, o que não acontece com as decisões de primeira instância. Foram analisados os acórdãos relativos ao SUS e à saúde suplementar. O período de análise foi escolhido de acordo com os seguintes critérios: a) possibilidade de analisar a evolução das demandas em um maior período; b) disponibilidade on-line dos dados de segunda instância.

Os dados secundários utilizados pelo presente estudo foram obtidos no *site* do TJSP – <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/consultacompleta>, acesso à jurisprudência, por meio das palavras-chave e dos termos mais utilizados na plataforma: tratamento odontológico, SUS, plano de saúde e odontologia.

Variáveis do estudo

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do Microsoft Excel® e as variáveis analisadas foram: ‘municípios’ do estado de São Paulo (645 municípios); ‘ano’ (janeiro de 2016 a abril de 2019); e ‘tipo de demanda odontológica’ judicializada, ‘especialidade odontológica’ envolvida.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise por estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência absoluta e percentual), para uma análise exploratória.

Considerações éticas

Por se tratarem de dados secundários, disponíveis na plataforma eletrônica do TJSP, e não havendo pesquisa com seres humanos, não há necessidade de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, estando em conformidade com as normas previstas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

De acordo com a estratégia de busca, foram identificados 517 acórdãos (decisões judiciais) no período analisado. Entre 2016 e 2018, foi observado um aumento de 48% no número de acórdãos, passando de 130 (2016) para 192 (2018) (*tabela 1*).

Tabela 1. Acórdãos identificados por ano analisado

Ano	n	%
2016	130	25,15
2017	151	29,21
2018	192	37,14
Até abril - 2019	44	8,5
Total	517	100

Fonte: Elaboração própria baseada em: Tribunal de Justiça de São Paulo, 2016 - 2019.

Foi identificada uma dispersão de acórdãos compreendendo vários municípios do estado de São Paulo (tabela 2), mas houve uma concentração em outros, como: São

Paulo – 19,53% (n=101); Ribeirão Preto – 1,74% (n=9); Jundiaí – 1,54% (n=8); Campinas – 1,16% (n=6); e São Bernardo do Campo – 1,16% (n=6).

Tabela 2. Municípios com maior frequência de acórdãos

Municípios	n	%
São Paulo	101	19,53
Ribeirão Preto	9	1,74
Jundiaí	8	1,54
Campinas	6	1,16
São Bernardo do Campo	6	1,16
Santo André	6	1,16
Sorocaba	6	1,16
São José dos Campos	5	0,96
São José do Rio Preto	5	0,96
Santos	4	0,77
Guarulhos	4	0,77
Bauru	4	0,77
Araçatuba	3	0,28
Marília	2	0,38
Piracicaba	2	0,38
Total	171	32,72

Fonte: Elaboração própria baseada em: Tribunal de Justiça de São Paulo, 2016 - 2019.

As ações judiciais relativas à odontologia tinham como ‘demandas’, principalmente: indenizações por danos morais e materiais – 336 acórdãos (65%); indenização pela má qualidade da prestação de serviços odontológicos – 114 acórdãos (22%); e negativa de cobertura de procedimento e/ou materiais,

por planos de saúde – 63 acórdãos (13%).

Em 177 acórdãos, as ações judiciais buscavam indenização por erro odontológico (tabela 3). As ações por erro odontológico aumentaram 305% no período analisado, passando de 22 acórdãos, em 2016, para 99 acórdãos, em 2018 (tabela 3).

Tabela 3. Número de acórdãos relacionados às ações por erro odontológico

Ano	n	%
2016	22	12,43
2017	39	22,04
2018	90	50,95
Até abril - 2019	26	14,58
Total	177	100

Fonte: Elaboração própria baseada em: Tribunal de Justiça de São Paulo, 2016 - 2019.

Em 56,5% dos acórdãos, foi possível identificar a especialidade odontológica envolvida na demanda, sendo as mais citadas: prótese (22,6%); implante (10,05%); ortodontia (11,85%); negativa de cobertura, por planos de saúde (4,5%); e endodontia (3,5%).

Entre os principais tipos de demandas dos processos, estão envolvidas questões relacionadas a erro ou imperícia do cirurgião-dentista, ao uso de técnicas inadequadas ou materiais de baixa qualidade, a uma não concretização dos resultados esperados pelo paciente, devido à sua alta expectativa ou falta de comunicação entre o cirurgião-dentista e o paciente, e à negativa de cobertura de órteses e próteses ligadas a procedimentos cirúrgicos odontológicos, por parte de operadoras de planos de saúde.

Discussão

O presente estudo analisou a judicialização de demandas odontológicas levadas ao TJSP, para a legitimação do direito à saúde bucal e o acesso a tratamento odontológico.

A dispersão do número de processos, analisada pela variável ‘municípios’, aponta que as ações judiciais relativas à odontologia estão ocorrendo em vários municípios do estado, e a concentração em alguns é justificada pelo porte populacional.

Quanto à análise da variável ‘demandas odontológicas’, pode-se observar que as demandas judiciais referentes à odontologia não buscam acesso a tratamento odontológico, mas estão

mais relacionadas à conduta clínica do cirurgião-dentista e aos aspectos éticos da prática odontológica. Essa característica das ações judiciais de demandas odontológicas também foi observada por Cavalcanti et al. (2011)²⁴.

Diferentemente do que ocorre em outras áreas da saúde, nas quais a judicialização para o acesso a bens e serviços de saúde busca, através da justiça, a efetivação do direito previsto na Constituição Federal de 1988 e não efetivado por vias administrativas, a judicialização de demandas odontológicas busca indenizações por danos materiais ou morais.

Essa característica da judicialização das demandas odontológicas pode apresentar dois cenários para interpretação e análise: um no qual o cirurgião-dentista figura, cada vez mais, como demandado em ação de responsabilidade civil, o que não é objeto deste estudo, mas é preocupante; e outro no qual, além dos desafios para a melhoria do acesso a tratamentos odontológicos apontados por Fonseca et al. (2017)²², a população não parece ter compreensão de que o direito à saúde bucal não é indissociável do direito à saúde. O fato de não se ter identificado nenhum acórdão no qual a decisão judicial refletisse a concessão de um tratamento ou acesso a um tratamento com base em tal direito permite esta suposição.

A Constituição Federal de 1988 elevou o direito à saúde a direito fundamental (Art. 196 CF/88)⁹, ainda que, para alcançar a efetivação deste direito, outros direitos sociais sejam indispensáveis¹². A partir dela, as políticas nacionais de saúde buscaram garantir a provisão de cuidados em saúde e o acesso

equitativo a seus determinantes, como água potável, nutrição e condições sanitárias adequadas. É notório que a saúde bucal também é um direito indissociável da saúde como um todo, nos diversos ciclos de vida. Desde os primeiros estímulos para o desenvolvimento facial adequado, propiciado pela amamentação natural dos bebês, até a interconexão entre a saúde geral e a saúde bucal da pessoa idosa, devido às características acumulativas das doenças bucais e à susceptibilidade às doenças crônicas.

A população em geral desconhece grande parte dos direitos sociais, e a compreensão do direito à saúde bucal ainda é muito incipiente¹². Além disto, segundo Martinez e Albuquerque (2017), outros determinantes sociais, como a baixa renda da população, podem estar fortemente associados às doenças bucais, já que as carências econômicas influenciam negativamente a qualidade da alimentação e o acesso a bens e serviços odontológicos.

É possível supor, no contexto brasileiro, que as dificuldades econômicas, a educação deficiente e a baixa renda per capita são fatores que interferem na mobilização da população em torno de interesses e necessidades de saúde comuns, contribuindo para uma baixa capacidade organizativa e um déficit de participação cívica e política²⁴.

Todo um contexto histórico de exclusão de acesso à atenção odontológica no passado revela uma distribuição desigual de bens e serviços de saúde, bem como um reduzido capital social e conseqüente baixo empoderamento na busca da legitimação de direitos em saúde bucal²⁴.

Fernandes e Ferreira (2010), em pesquisa entre usuários de uma clínica de ensino, observaram que os usuários do SUS apresentaram baixa consciência do direito ao atendimento odontológico¹⁴. Seus dados refletiram uma desinformação da população, e uma falta de reconhecimento da saúde bucal como direito social¹⁴.

Analisando essa questão sobre a ótica da teoria do *habitus*, de Pierre Bordieu, pode-se observar todo um conjunto de experiências

passadas conformando percepções, apreciações e ações sociais. Para Bordieu, a maior parte das ações dos agentes sociais é produto entre um *habitus* e a conjuntura social em que se insere, de uma situação histórica²⁵.

Fonseca et al. (2015)²⁶ apontam, na tentativa de compreender as vivências e as expectativas de mulheres, usuárias dos serviços odontológicos do SUS, em relação à sua saúde bucal, que, para a maior parte delas, os serviços de saúde bucal não fizeram parte de sua vida passada, e, portanto, seus problemas dentários sequer foram percebidos como uma necessidade, o que moldou suas expectativas futuras em relação à saúde bucal.

Conhecimentos técnicos e específicos de várias ordens permeiam as ações, opções e práticas sociais. A conduta social passa a ser baseada em conhecimentos com origem em discussões das quais os sujeitos não participam e nem teriam condições de participar. Estão em um nível de elaboração em que, como leigos, não poderiam contribuir. Apenas assumem e respeitam a legitimidade que esses sistemas adquirem na sociedade²⁶.

Para a legitimação do direito à saúde bucal, faz-se necessário um esforço para melhorar a educação, o *habitus* social, o acesso e a conscientização da população para uma ampla participação da sociedade na efetivação das políticas públicas de saúde e, no caso da odontologia, na legitimação do direito à saúde bucal.

As condições dentárias são, sem dúvida, alguns dos mais significativos sinais de exclusão social²⁷.

Segundo Abreu-de-Jesus e Assis, citados por Fonseca et al. (2017)²², a aceitabilidade de um serviço de saúde abrange o subjetivo, o social e o quão significativa é a saúde para o indivíduo.

Além disso, para se promover saúde, faz-se necessário que os indivíduos estejam em condições de exercer maior controle sobre suas vidas, aumentando, assim, as chances de serem mais saudáveis. Tais condições são essenciais para o incremento do poder técnico e político das comunidades (*empowerment*) na fixação de prioridades e tomada de decisões, e na

definição e implementação de estratégias para alcançar melhores níveis de saúde¹¹.

Outro aspecto que chama a atenção nos resultados encontrados é que a base legal para a interposição das demandas fundamenta-se no Código de Defesa do Consumidor (CDC/90), e não no direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988, ou seja, a relação é tipicamente de consumo, regulado pelas relações de compra e venda do mercado. Esta característica da saúde bucal é fortemente marcada pelas estruturas de conformação social do atendimento odontológico¹.

A prestação da atenção odontológica sempre esteve relacionada ao atendimento privado e financiamento direto da atenção, essa concepção ainda permeia o ideário da população. Apesar dos avanços trazidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, e da incorporação da atenção à saúde bucal na ESF, ainda não houve uma consciência social do direito à saúde bucal.

Não se trata de afirmar que a judicialização da saúde é um instrumento necessário para a efetivação do direito à saúde, mas a busca desse poder para acesso à assistência à saúde bucal demonstraria uma maior compreensão do alcance desse direito¹⁵.

Alguns autores ressaltam que um dos grandes conflitos atuais tem, de um lado, o direito à saúde garantido por lei, e de outro, o mercado, que condiciona a saúde ao poder de compra¹¹.

No período analisado, foram identificados 517 acórdãos no estado de São Paulo. No entanto, houve um aumento de 48% no número de processos, de 2016 a 2018, tendência que também foi observada por outros

autores¹⁹. O aumento dos processos contra os cirurgiões-dentistas apresenta uma situação que demanda mais análises e discussões.

A falta de estudos que analisem a judicialização de demandas odontológicas para a efetivação do direito à saúde dificulta melhores comparações, e é uma limitação deste estudo.

Considerações finais

A pesquisa contemplou analisar a judicialização de demandas odontológicas levadas ao TJSP, para a legitimação do direito à saúde bucal e o acesso a tratamento odontológico. Neste sentido, pode-se concluir que as demandas judiciais na área odontológica estão mais voltadas às indenizações materiais e morais da prestação de serviços odontológicos do que ao acesso, à efetivação e legitimação de direitos constitucionais à saúde bucal.

Uma das questões centrais para a legitimação dos direitos à saúde bucal está na maior compreensão social do alcance destes direitos. Desde a criação do SUS, e a inserção da saúde bucal na ESF, várias políticas, ações e medidas foram implementadas no sentido de reconhecer o direito à saúde bucal e o acesso a serviços de saúde bucal como um direito de todos, mas este processo ainda se coloca como um imenso desafio.

Colaboradores

Freitas BC (0000-0002-3042-4192)* e Queluz DP (0000-0002-2998-1178)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Zilbovicius C. A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2005.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 20 Set 1990. [acesso em 2020 jul 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. In: Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. 25 a 27 de setembro de 1993. [acesso em 2020 jul 6] Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-144379>.
4. Aquilante AG, Aciole GG. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(1):82-96.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004. [acesso em 2020 dez 5]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca>.
6. Scherer CI, Scherrer MD. Avanços e desafios da saúde bucal. Rev Saúde Pública. 2015; 49:98.
7. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. Saúde debate. 2018; 42(2):76-91.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
10. World Health Organization. United Nations Economic and Social Council. General comment nº 14: the right to the highest attainable standard of health [internet]. Geneva: WHO; 2000 [acesso em 2019 jul 5]. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/425041>.
11. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health [internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.
12. Martinez GR, Albuquerque A. O direito à saúde bucal na Declaração de Liverpool. Rev. bioét. (Impr.). 2017; 25(2):224-33.
13. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2002; 7(4):925-934.
14. Fernandes ETP, Ferreira EF. Consciência do Direito ao Atendimento Odontológico entre Usuários de uma Clínica de Ensino. Saúde Soc. São Paulo. 2010; 19(4):961-968.
15. Asensi F. Judicialização da Saúde e Conselho Nacional de Justiça. Perspectivas e desafios. In: Nobre M, Silva R, organizadores. O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde. Belo Horizonte: Fórum; 2013. p. 85-111.
16. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis. 2010; 20(1):77-100.
17. Schulze CJ. Números atualizados da Judicialização da Saúde no Brasil. [acesso em 2019 out 16]. Disponível em: <https://emporiododireito.com.br/leitura/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze>.
18. Nobre MAB, Silva RAD, organizadores. O CNJ e os Desafios da Efetivação do Direito à Saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum; 2013.
19. Scheffer M. Coberturas assistenciais negadas pelos

- planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. *R. Dir. sanit.* 2013; 14(1):122-132.
20. Chieffi AL, Barradas RCB, Golbaum M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? *BMC Health Serv Res.* 2017; 19(17):499.
 21. Biehl J, Socal MP, Amon JJ. The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. *Health and Human Rights.* 2016; 18(1)209-220.
 22. Fonseca EP, Fonseca SGO, Meneghim MC. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. *BCS Health Sci.* 2017; 42(2):85-92.
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. São Paulo. [acesso em 2020 jun 4]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>.
 24. Cavalcanti AL, Silva ALO, Santos BF, et al. Odontologia e o Código de Defesa do Consumidor: análise dos processos instaurados contra cirurgiões-dentistas e planos odontológicos em Campina Grande - Paraíba. *Rev Odontol UNESP.* 2011; 40(1):6-11.
 25. Setton MGJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Rev. Bras. Educ.* 2002; 20:60-70.
 26. Fonseca LLV, Nehmy RMQ, Mota JAC. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015(10):3129-3138.
 27. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. (Coleção Temas em Saúde).

Recebido em 13/01/2020
 Aprovado em 08/06/2020
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão

Situational diagnosis of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care of Maranhão

Rafaela Duailibe Soares¹, Judith Rafaelle Oliveira Pinho¹, Aline Sampieri Tonello¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012612

RESUMO Esta pesquisa apresenta o diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do estado do Maranhão. Foi realizado um estudo descritivo, com dados primários dos 217 municípios do estado, através de um formulário enviado a todos os secretários municipais de saúde, no período de abril a julho de 2019. A taxa de resposta foi de 100%, indicando que 25,4% dos municípios ofertam Práticas Integrativas e Complementares. Fitoterapia e massoterapia são as mais ofertadas, estando presentes em 49,1% e 29,1% dos municípios, respectivamente. Os fisioterapeutas são os profissionais que mais executam as Práticas Integrativas e Complementares (54,5% dos municípios). Em 49,1% dos municípios, essas práticas são ofertadas pela Estratégia Saúde da Família, e em 47,3%, pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família. No que diz respeito aos instrumentos de gestão, organização e legislação específica, observou-se que nenhum município do estado possui legislação específica para as práticas e 14,5% dos municípios preveem alguma estrutura organizacional específica para geri-las. A oferta destas práticas no Maranhão ainda é um desafio, mesmo com as orientações da Organização Mundial de Saúde e a instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Terapias complementares. Atenção Primária à Saúde. Diagnóstico da situação de saúde.

ABSTRACT *This research presents the situational diagnosis of the Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care of Maranhão state. A descriptive study, with primary data from the 217 municipalities of the state was carried out, through a form sent to all municipal health secretaries, from April to July 2019. The response rate was 100%, identifying that 25.4% of the municipalities offer Integrative and Complementary Practices. Phytotherapy and massage therapy are the most offered, being present in 49.1% and 29.1% of the municipalities, respectively. Physical therapists are the professionals who most perform Integrative and Complementary Practices (54.5% of the municipalities). In 49.1% of the municipalities, these practices are offered by the Family Health Strategy, and in 47.3%, by the Extended Family Health Center. Regarding the management, organization and specific legislation tools, it was observed that no municipality in the state has specific legislation for practices and 14.5% of the municipalities foresees some specific organizational structure for managing them. The offer of these practices in Maranhão is still a challenge, even with the guidelines of the World Health Organization and the establishment of the National Policy of Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System.*

KEYWORDS *Complementary therapies. Primary Health Care. Health situation diagnosis.*

¹Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil.
rafaela.duailibe@gmail.com



Introdução

A implantação da Medicina Tradicional Chinesa ou Medicina Complementar e Alternativa (MTC/MCA) começou a ser estimulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 1970, com orientações referentes à estruturação da política, garantia de segurança, qualidade e eficácia, ampliação do acesso e ao uso racional¹.

Além dessa estimulação pela OMS para que os países elaborem políticas que incluam as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) nos serviços públicos, uma discussão mundial sobre uma nova concepção de saúde, bem como o declínio do modelo biomédico, têm valorizado a expansão destas práticas em nível mundial. Parte do crescimento das Pics deve-se aos benefícios que estas práticas geram, bem como à valorização do indivíduo como centro do cuidado, à busca por meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, mais econômicos e com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento, e à busca pela autonomia do usuário, com foco central na saúde e não na doença².

No Brasil, desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), o uso das Pics vem sendo discutido, uma vez que, devido aos processos de descentralização e à participação popular, estas práticas passam a ser entendidas como fundamentais na garantia do direito à saúde. Porém, somente em 2006, foi instituída uma política pública direcionada a essas práticas: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no SUS³.

Essa política foi criada através da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, pelo Ministério da Saúde (MS), ampliando o escopo de ações e serviços ofertados pelo SUS e respondendo a uma demanda de inclusão de alguns serviços nesse sistema. A PNPIC incluiu e aprovou no SUS, a acupuntura, a fitoterapia, a homeopatia, o termalismo/crenoterapia, a medicina antroposófica e a MTC. Com isto, é essencial consolidar o entendimento de que estas formas

de cuidado devem ser garantidas ao usuário, assim também garantindo o princípio da integralidade do cuidado⁴.

Então, a PNPIC visa normatizar a utilização dessas práticas no SUS, não apenas convergindo com os princípios de integralidade e universalidade, mas também contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema⁵.

No ano de 2004, foi realizada uma pesquisa nacional sobre as práticas e as Pics mais frequentemente realizadas nos municípios brasileiros. Foram encontradas: a homeopatia, a MTC/acupuntura, a fitoterapia e a medicina antroposófica. No que tange à presença de lei ou ato municipal normatizador de ações e serviços, apenas 6% dos estados/municípios apresentavam legislação pertinente. Identificou-se, ainda, que as ações de todas as Pics eram constatadas, preponderantemente, na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁶.

A partir da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, o MS ampliou o escopo de Pics ofertadas pelo SUS com o objetivo de atender às diretrizes da OMS e avançar na institucionalização dessas práticas no âmbito do sistema, passando a incluir arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga⁷.

Em 21 de março de 2018, dez novas Pics foram incluídas na PNPIC, de acordo com a Portaria nº 702: apiterapia, aromoterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição das mãos, ozonioterapia e terapias de florais⁷.

Entre os benefícios alcançados pelo uso das Pics no cuidado à saúde, destacam-se: relaxamento, bem-estar, alívio de dor e de ansiedade, redução do uso de medicamentos, prevenção de doenças, fortalecimento do sistema imunológico e diminuição de reações adversas em comparação com o uso exclusivo de tratamento medicamentoso²².

Deve-se ressaltar que o uso das Pics no SUS como política nacional ainda é um desafio, uma

vez que, no Brasil, ainda há supervalorização e incentivo à aplicação de insumos tecnológicos sofisticados e de alto dispêndio, predomínio do modelo biomédico, falta de conhecimento, carência de capacitação de recursos humanos no próprio SUS, na área, e baixa oferta de disciplinas na formação acadêmica²³. Não obstante, as Pícs se apresentam com potencial para favorecer a desmedicalização nos serviços de saúde²⁵.

O desenvolvimento das Pícs pode estar relacionado ao resgate de valores perdidos na dimensão terapêutica da biomedicina. Tais práticas terapêuticas suprem uma demanda social, já que oferecem soluções alternativas para o sofrimento, sendo este o principal motivo de seu incentivo, ainda que apenas pela sociedade civil²⁶.

O esforço de implementação e expansão dessas práticas geralmente parte dos profissionais de saúde com engajamento nas Pícs, estimulados pelo objetivo de consolidarem uma concepção de cuidado divergente do modelo preponderante, entendendo que há práticas alternativas que podem se destacar quanto aos resultados, tornando-se parte de um novo processo de implementação de maneiras alternativas de promoção da saúde, que compreendem o ser humano em sua totalidade^{8,27}.

Considera-se, ainda, que o novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016) – que congela o gasto primário federal por 20 anos, com profundos impactos no financiamento da saúde – tornar-se mais difícil a efetivação do direito à saúde, disponibilizando para o mercado de planos de saúde aqueles que dispõem de recursos financeiros; para a judicialização, os que conhecem as responsabilidades do estado, bem como seus direitos e meios de exigí-los; e insuficiência da oferta e da qualidade dos serviços públicos para os mais vulneráveis⁹.

Diante desse contexto, considera-se imperiosa a necessidade de identificar os municípios que realizam serviços de Pícs, em especial, no estado do Maranhão, já que não se observaram estudos capazes de informar a situação das Pícs no estado. Acredita-se ser

oportuna a realização do estudo proposto, principalmente quanto à ampliação de conhecimentos, reflexão e incorporação de sugestões para o fortalecimento das referidas práticas no SUS, no estado, uma vez que há carência de informações sobre a oferta de serviços relacionados a tais práticas. O presente artigo teve como objetivo realizar o diagnóstico situacional das Pícs na Atenção Primária à Saúde (APS) do estado do Maranhão.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, cujas unidades de análise foram os municípios do Maranhão, um dos 27 estados do Brasil, que ocupa uma área de 329.642,182 km², dividido em 217 municípios. Possui população estimada em 7.075.181 habitantes e apresenta densidade de 19,81 hab/km² ²⁸.

Os 217 municípios do estado estão organizados em 19 regiões de saúde e 3 macrorregiões: Macro Norte, Macro Leste e Macro Sul, que são espaços territoriais homologados na Comissão Intergestores Bipartite, por meio da Resolução nº 64/2018 – CIB/MA²⁹.

A coleta de dados foi realizada de abril a julho de 2019, através de um questionário eletrônico. Foi realizado um estudo piloto para a aplicação do instrumento de coleta, com oito indivíduos para ajustes necessários.

Antes do envio do questionário, foi realizada uma apresentação na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão para os 18 gestores regionais e para a Coordenação Estadual das Regionais. Além disso, a pesquisa e o instrumento foram apresentados para o presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão (Cosems), que consentiu e autorizou a realização da pesquisa. O Cosems é uma entidade civil de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. O órgão reúne os secretários municipais de saúde do estado e atua com o objetivo de integrá-los entre si, de forma técnica e administrativa, a fim de favorecer

a coletividade na aplicação dos serviços de saúde, além de lutar pela hegemonia dos municípios, funcionando como órgão permanente para a troca de experiências.

As variáveis de análise coletadas na pesquisa proposta foram: existência do cargo de coordenador da APS; formação do coordenador da APS; formação do responsável pelo preenchimento do instrumento; existência de ações referentes às Pics; existência de responsável pela coordenação das ações; formação do coordenador dessas ações; oferta de Pics; profissionais que realizam as Pics; normativas para a criação do serviço de Pics; e se as Pics são planejadas nos instrumentos de gestão dos municípios.

Os dados coletados foram tratados com o auxílio do *software* Microsoft Excel® e exportados para o Stata® 14.0 para realização das análises de frequência. Utilizou-se, também, o *software* Tabwin® para construção do mapa utilizado na demonstração dos resultados.

O desenvolvimento do presente estudo seguiu os requisitos da Resolução nº 466, de

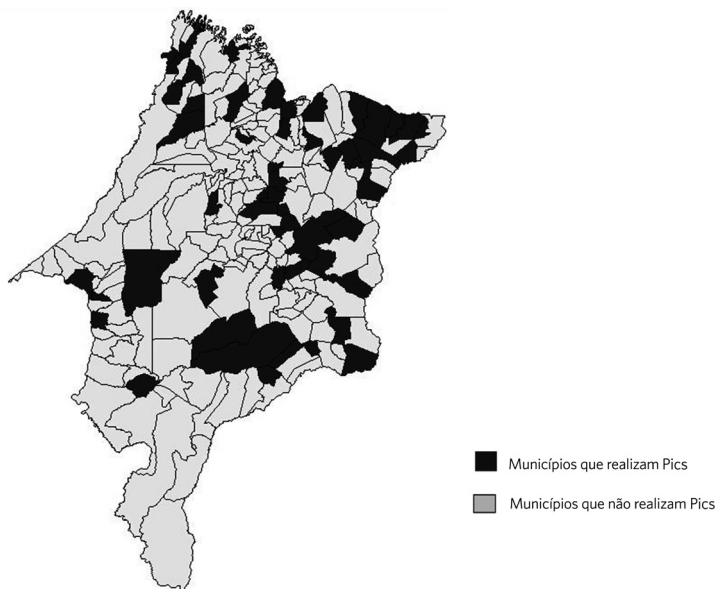
12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e suas complementares, que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob parecer: 3.051.899.

Resultados

A taxa de resposta do questionário foi de 100% (217 municípios). Entre os profissionais responsáveis pelo preenchimento do instrumento, 66,4% (144) foram coordenadores da APS; 17% (37), secretários de saúde; 8,8% (19), assessores da APS; 4,1% (9), coordenadores da vigilância em saúde; e 3,7% (8), profissionais que realizavam a assistência.

A *figura 1* representa espacialmente a distribuição da realização das Pics no Maranhão: 55 municípios ofertam alguma Pics, representando 25,4% do total de municípios.

Figura 1. Municípios que realizam Pics no Maranhão, 2019



Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que 93,7% dos municípios apresentam cargo de coordenação da APS e, destes, 90,4% são enfermeiros. Apenas 10,9%

dos municípios que realizam Pics possuem o cargo 'Coordenação das Pics', dos quais 50% são ocupados por enfermeiros (*tabela 1*).

Tabela 1. Características da Coordenação da Atenção Primária em Saúde e da Coordenação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Maranhão, 2019

Características da Coordenação da APS e Pics	N	%
Existência do cargo de Coordenação de APS		
Sim	208	95,8
Não	9	4,2
Total	217	100
Formação do coordenador da APS		
Enfermeiro	188	90,4
Fisioterapeuta	4	1,9
Administrador	4	1,9
Farmacêutico	3	1,4
Outros	9	4,4
Total	208	100
Existência do cargo de Coordenação das Pics		
Sim	6	10,9
Não	49	89,1
Total	55	100
Formação do coordenador das Pics		
Enfermeiro	3	50
Fisioterapeuta	2	33,3
Farmacêutico	1	16,7
Total	6	100

Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se que a fitoterapia e a massoterapia figuram entre as Pics mais ofertadas no estado, presentes em 49,1% e 29,1% dos municípios que ofertam Pics, respectivamente. Ressalta-se, ainda, que 38,6% dos municípios que realizam Pics ofertam mais de uma prática (*tabela 2*).

Os fisioterapeutas são os profissionais que mais executam as Pics no estado, atuando em

54,5% dos municípios, seguidos dos enfermeiros, com 18,2% dos municípios. Em 49,1% dos municípios, estas práticas são ofertadas pela ESF, e em 47,3%, pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf). Em relação ao ano em que as Pics foram iniciadas, percebe-se que 80% dos municípios passaram a ofertá-las a partir de 2017 (*tabela 2*).

Tabela 2. Características da oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Maranhão, 2019

Características da oferta de Pics	N	%
Tipos de Pics ofertadas		
Fitoterapia	27	49,1
Massoterapia	16	29,1
Auriculoterapia	10	18,2
Acupuntura	9	16,4
Shantala	8	14,5
Outros	36	65,5
Frequência do número de Pics ofertadas		
1 Pics	33	60
Mais de 1 Pics	22	40
Total	55	100
Profissional que realiza as Pics		
Fisioterapeuta	30	54,5
Enfermeiro	10	18,2
Outros	19	34,5
Programa que realiza as Pics		
ESF	27	49,1
Nasf	26	47,3
Outros	2	3,6
Ano que iniciou a oferta das Pics		
2009-2012	5	9,1
2013-2016	6	10,9
2017-2019	44	80
Total	55	100

Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito aos instrumentos de gestão, organização e legislação específica para as Pics, observa-se que nenhum município do estado possui legislação específica para as práticas, e 14,5% dos municípios preveem alguma estrutura organizacional específica de

gestão das Pics (*tabela 3*).

Com relação ao Plano Plurianual de Saúde (PPA) e à Programação Anual de Saúde (PAS), 34,5% e 38,2% dos municípios afirmam que as Pics estão previstas nestes instrumentos, respectivamente (*tabela 3*).

Tabela 3. Características da gestão das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Maranhão, 2019

Gestão das Pics	N	%
Lei Específica		
Sim	0	0
Não	55	100
Pics no Organograma		
	217	100
Sim	8	14,5
Não	38	69,1
Não sei responder	9	16,4
PPA		
	4	1,9
Sim	19	34,5
Não	24	43,6
Não sei responder	12	21,8
PAS		
Sim	21	38,2
Não	22	40
Não sei responder	12	21,8
Total	44	100

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os municípios que ofertam Pics, por região de saúde (*tabela 4*), destaca-se a região de Codó, com 50% dos municípios ofertando práticas, e a região de Açailândia, cujos municípios não realizam nenhuma

prática. Ressaltam-se, ainda, as regiões de Chapadinha, Rosário, São João dos Patos, Zé Doca e São Luís, com mais de 40% dos municípios ofertando Pics.

Tabela 4. Número de municípios que ofertam Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, por região de saúde, Maranhão, 2019

Região de saúde	Nº de municípios	Nº de municípios que ofertam Pics	%
Açailândia	8	0	0
Bacabal	11	2	18,2
Balsas	14	1	7,1
Barra do Corda	6	2	33,3
Caxias	7	2	28,6
Chapadinha	13	6	46,2
Codó	6	3	50
Imperatriz	15	4	26,7
Itapecuru	14	4	28,6
Pedreiras	13	1	7,7
Pinheiro	17	3	17,7

Tabela 4. (cont.)

Região de saúde	Nº de municípios	Nº de municípios que ofertam Pics	%
Presidente Dutra	16	2	12,5
Rosário	12	5	41,7
Santa Inês	13	1	7,7
São João dos Patos	15	6	40
Timon	4	1	25
Viana	11	2	18,2
Zé Doca	17	8	47,1
São Luís	5	2	40
Total	217	55	25,4

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

O presente estudo detectou que, no Maranhão, apenas 25,4% dos municípios ofertam Pics. Este é um dado primordial para o avanço da PNPIC no estado, uma vez que permite que os gestores conheçam a atual situação da implantação das Pics e sejam sensibilizados e preparados para liderarem e influenciarem a operacionalização destas práticas. Além disto, é necessário o envolvimento de atores sociais, instituições e profissionais, através da gestão participativa, contribuindo para a efetiva implantação das Pics na APS¹⁰.

A oferta das Pics no Brasil, especialmente no Maranhão, ainda é um desafio, mesmo com as orientações da OMS, desde a década de 1970, para a implantação de políticas a elas referentes, e mesmo com mais de uma década da instituição da PNPIC no SUS. Isto pode estar relacionado ao fato de a política não prever investimento financeiro adicional para as Pics pela União, sendo uma das poucas políticas nacionais da área da saúde aprovadas sem orçamento próprio ou indutivo, para além do disponível antes de 2006¹¹.

Além disso, destacam-se alguns fatores que podem estar associados à baixa oferta das práticas no Maranhão, como a falta de coordenação nacional oficial da PNPIC no

âmbito do MS, a falta de informação acerca da incorporação de novas Pics, em 2017 e 2018, pelo MS, e a dificuldade de entendimento sobre a aquisição de recursos financeiros para a execução das práticas pelos gestores²⁴.

Sua institucionalização no SUS é considerada um desafio para os gestores públicos, também, pela insuficiência de profissionais capacitados para a realização das práticas, pela ausência de financiamento para a política, pelos poucos espaços institucionais para o desenvolvimento de novos serviços e pelas limitações relacionadas aos fatores econômicos, científicos e organizacionais¹².

Muitos profissionais de saúde desconhecem a PNPIC, no SUS, o que sugere que esta falta de conhecimento também aconteça no Maranhão, razão pela qual grande parte dos municípios não oferta as Pics na APS¹.

Ressalta-se que, devido ao fato de as Pics estarem relacionadas a uma visão holística de saúde, caracterizada por tecnologias leves de cuidado, que ampliam o acesso e garantem a integralidade da atenção à saúde, as relações de vínculo e cuidado integral são importantes para a consolidação do SUS, sobretudo na APS¹³.

Em relação ao perfil dos profissionais que coordenam a APS, na qual as Pics são estratégias fundamentais para a garantia da resolutividade dos problemas, observa-se,

no presente estudo, a categoria de enfermagem como profissão que ocupa a maioria dos cargos na gestão do estado (90,4%). Isto pode estar relacionado ao fato de que, entre o rol de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, destacam-se as administrativo-burocráticas, que os afastam gradativamente das atividades assistenciais e os aproximam das atividades gerenciais e administrativas, com ênfase na organização do serviço, no planejamento e no controle do trabalho da equipe¹⁴. Deste modo, sugere-se especial atenção a esta categoria profissional, no que diz respeito ao fomento da implantação das Pics no estado.

O profissional que ocupa cargos de gestão no SUS deve ter conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem a execução do seu trabalho com eficiência. Este papel gerencial envolve competências, como o relacionamento interpessoal, a liderança, a motivação da equipe e a comunicação, entre outras, para que ele possa gerenciar as políticas públicas, bem como efetivá-las dentro da APS, como é o caso da PNPIC¹⁵.

No que diz respeito às coordenações específicas para as Pics, somente 10,9% dos municípios as possuem. A inexistência de um responsável e/ou coordenador destes serviços pode representar a falta de planejamento dos serviços municipais para a realização de tais práticas, o que dificulta sua consolidação no SUS. Além disto, destaca-se a necessidade de a gestão municipal incorporar a PNPIC aos organogramas das secretarias, principalmente com o objetivo de garantir que ela se efetive.

Na perspectiva da consolidação das Pics nos municípios, estudos afirmam que os profissionais enfrentam dificuldades para desenvolvê-las, na implementação ou na ampliação das ações, embora tenham interesse em fazê-lo. Os obstáculos que se destacam estão, majoritariamente, no campo da gestão¹².

O resultado do presente estudo, em relação aos tipos de Pics ofertadas, vai ao encontro do afirmado por Tesser, Sousa e Nascimento (2018)¹², que mencionaram que as Pics ofertadas com maior frequência no Brasil envolvem plantas medicinais e fitoterapia (30% dos

municípios que ofertam Pics), acupuntura (16%) e auriculoterapia (11%), distintamente, nas diversas regiões do País. No Maranhão, destaca-se a fitoterapia, realizada em 49,1% dos municípios que ofertam Pics.

Plantas medicinais e fitoterápicos são amplamente utilizados em práticas por todo o Brasil, por serem facilmente acessíveis, pela abundância de diferentes espécies vegetais nativas no País, por apresentarem eficácia muito boa e baixo custo para algumas preparações, oferecendo alternativas de tratamento e supressão de carências medicamentosas¹⁶.

Entre as práticas instituídas pela PNPIC, a acupuntura e a auriculoterapia vêm apresentando tendência de crescimento em todo o País. Diversos municípios brasileiros estão realizando atendimentos e informando-os no SUS. No Maranhão, estas práticas estão sendo realizadas em 18,2% e 16,4% dos municípios que ofertam Pics, respectivamente¹⁷.

A publicação de Tesser, Sousa e Nascimento (2018)¹² destaca, também, que um mesmo município ou estabelecimento de saúde pode ofertar mais de uma modalidade de Pics, o que vai de encontro ao observado no estado do Maranhão. Neste, 40% dos municípios que ofertam Pics disponibilizam mais de um tipo de prática. Corroborando com o presente estudo, os autores consideram que aproximadamente 78% desta oferta está na APS, sobretudo na ESF e nos Nasf.

Segundo os autores supracitados, na ESF, durante o ano de 2016, foram contabilizadas 2.427.919 ações em Pics, o que corresponde a 2.203.661 atividades individuais e 224.258 atividades coletivas¹².

Os profissionais da ESF e do Nasf sem registro específico em Pics são considerados os protagonistas nesse campo. No Maranhão, destaca-se que os fisioterapeutas (54,5% dos municípios que ofertam Pics) e enfermeiros (18,2% dos municípios que ofertam Pics) são os profissionais que mais realizam tais práticas.

Pouco se sabe acerca dos profissionais que praticam as Pics no SUS, uma vez que os dados disponíveis são insuficientes, pois a maioria

destas práticas pode ser realizada por profissionais da ESF sem registro específico ou vínculo formal em Pícs. Segundo os registros no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), a maioria dos profissionais que estão registrados realizando Pícs no Brasil tem registro específico em Pícs (4.104), com predominância de acupunturistas (médicos, 8,4%; e fisioterapeutas, 19%) e homeopatas (médicos, 31,8%)¹².

A região de Codó é a que possui maior percentual de municípios realizando Pícs, com 50% deles ofertando alguma prática. Destaca-se que Codó (MA) é conhecido não apenas como um município, mas como um espaço onde se produziu uma polissemia de representações, norteadas por interesses culturais, religiosos e sociopolíticos, a tal ponto de se tornar conhecido nacionalmente. Tais informações relacionam-se à maior oferta de práticas²¹.

Na perspectiva de consolidação das Pícs no SUS, destaca-se a necessidade de regulamentação das práticas através da criação de políticas municipais e de leis específicas¹. Isto foi verificado no presente estudo, pois, segundo os gestores, nenhum município do estado apresenta lei específica para as Pícs.

É responsabilidade da gestão municipal a elaboração de normas técnicas para a inserção da PNPIC na rede de saúde, a definição orçamentária e financeira para a implementação da política, a articulação intersetorial e a qualificação dos profissionais de saúde⁶.

Dessa forma, destaca-se que a institucionalização e oferta das Pícs no SUS é um desafio para os gestores públicos. É necessário o envolvimento de atores sociais, instituições e profissionais, de forma participativa, na implantação das Pícs na APS¹.

Além disso, estudos relatam diversas dificuldades para a instituição das políticas públicas de Pícs, como a deficiência de dados de pesquisa; os ciclos de mudança na gestão, que interrompem a continuidade dos processos de trabalho; a rotatividade dos profissionais que atuam na assistência; e a falta de direção, organização e controle das ações¹⁸.

Esses desafios para a implementação das Pícs nos sistemas de saúde não ocorrem somente no Brasil. Destaca-se que uma pesquisa realizada em 39 países europeus observou que 70% deles não possuem regulamentação específica sobre as Pícs, ressaltando que somente a regulamentação não garante sua expansão sustentável na APS, sendo fundamental que a implantação das práticas terapêuticas nos serviços ocorra de maneira progressiva, descentralizada, atendendo às especificidades locais, para o favorecimento dos processos de desenvolvimento das ações¹⁹.

Isso demonstra a potencialidade do presente estudo na divulgação de dados que tragam um diagnóstico das Pícs no estado, diante da inexistência de uma política estadual para tais práticas, ainda que seja possível ressaltar algumas limitações que podem estar relacionadas à coleta de dados, principalmente pelo fato de estarem ligadas totalmente ao conhecimento do gestor de saúde local, que muitas vezes tinha pouco tempo no cargo.

Considerações finais

A implantação da PNPIC na APS se apresenta como operacionalmente simples, porém, ainda configura um desafio para as gestões estadual e municipal, uma vez que não há recurso específico para a política, o número de profissionais capacitados para a realização das Pícs ainda é escasso, e a divulgação e o conhecimento sobre a política são incipientes. Acrescenta-se, ainda, a inexistência de uma coordenação nacional oficial da PNPIC no âmbito do MS, bem como a ausência de legislação estadual acerca das Pícs.

O presente estudo identificou a realização de Pícs no Maranhão. Dos municípios do estado, 25,4% realizam algum tipo de Pícs, e as práticas mais identificadas foram fitoterapia e massoterapia, estando presentes em 49,1% e 29,1% dos municípios, respectivamente.

A ESF tem sido protagonista na execução das Pícs na APS, seguindo as orientações da

PNPIC, que destaca a APS como prioritária para as práticas, entendendo a contribuição destas para a resolutividade, o cuidado à saúde da população e a promoção da saúde.

Os achados do presente estudo destacam a importância de conhecer a situação do estado com relação às Pics, para que se possa pautar a construção de políticas públicas para o setor, uma vez que as políticas estabelecem diretrizes para as ações de implementação; os mecanismos de financiamento para as atividades; a elaboração de normas técnicas e operacionais; e a articulação com as demais políticas do MS.

Para a consolidação das Pics na APS é necessária a regulamentação das práticas, de forma a garantir a legitimação profissional e institucional, uma vez que é responsabilidade da gestão a elaboração de normas técnicas para a inserção da PNPIC na rede de saúde, bem como a definição orçamentária e financeira para a implementação da política, a articulação intersetorial e a qualificação dos profissionais de saúde.

Faz-se necessário o investimento, pela gestão estadual de saúde, na construção de uma Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, de forma a instituir estas práticas no estado, bem como investimentos na divulgação e no conhecimento das Pics, para os gestores municipais de saúde. É necessário integrar gestores, profissionais de saúde e

sociedade para promover discussões sobre a importância das Pics, sua utilização, benefícios e sua implementação no SUS.

A qualificação dos trabalhadores do SUS em relação a essas práticas também é necessária para garantir o protagonismo e empoderamento destes profissionais em relação à utilização das Pics em suas práticas assistenciais.

A incorporação das Pics na formação acadêmica também é uma ação que tende a fortalecer e ampliar a oferta das práticas, uma vez que ainda há escassez de profissionais qualificados.

Dessa forma, essas ações impactarão no aumento da oferta de Pics no estado e em sua consolidação no cuidado à saúde, promovendo, assim, a autonomia dos pacientes e a redução dos custos do SUS.

Colaboradoras

Soares RD (0000-0001-9896-5318)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, para a análise e a interpretação dos dados. Pinho JRO (0000-0001-8857-8138)* contribuiu como orientadora de toda a construção do artigo. Tonello AS (0000-0002-8402-9112)* contribuiu para a construção dos resultados e como revisora do artigo final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(11):2143-54.
2. Sousa LA, Barros NF. Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System: progresses and challenges. *Rev Latino-Am Enf*. 2018; 18(1). [acesso em 2020 ago 14]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100700&lng=en.
3. Zanella AK, Ramires CC, Rocco CP, et al. Proposta de intervenção ensino-serviço de Práticas Integrativas e Complementares. *VITTALLE*. 2018; 30(1):63-71.
4. Gustavo LC, Correa AAM, Gualtierre A, et al. Conhecimento, acessibilidade e aceitação das práticas integrativas e complementares por usuários do sistema único de saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev Cient Fagoc*. 2018; (3)9-15.
5. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2020 ago 14]; 11(3):850. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300034&lng=en.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação e acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
7. Azevedo C, Moura CC, Corrêa HP, et al. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2019; 23(2):1-9.
8. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*. 2016; 30(86):99-112.
9. Mazon LM, Colussi CF, Senff CO, et al. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(116):38-51.
10. Christina L, Barros N, Synthia E, et al. Os Sentidos das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde para Gestores dos Serviços. *Atas CIAIQ2018 Investigação Qualitativa em Saude*. 2018; 2:1049-57.
11. Gontijo MBA, Nunes MF. Práticas Integrativas e Complementares: Conhecimento e Credibilidade de Profissionais do Serviço Público de Saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15(1):301-20.
12. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):174-88.
13. Santos VR, Santos KOB. Fisioterapia e Práticas Integrativas e Complementares nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Pesq. Fisiot*. 2017; 7(2):207.
14. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, et al. O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2016; 20(1):90-8.
15. Camacho TSDA. Gestão: um Desafio Para o Enfermeiro. In: *anais do 9º Congresso Nacional de Excelência em Gestão*; 2015 ago 13-14. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015. [acesso em 2020 ago 4]. Disponível em: https://www.inovarse.org/sites/default/files/T_15_067M.pdf.
16. Becker IRT, Cândido MR. Diagnóstico situacional de PIC. 2016. [acesso em 2020 ago 4]. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/719/1/Mar%C3%ADlia%20Raupp%20C%C3%A2ndido.pdf>.
17. Nunes MF, Junges JR, Gonçalves TR, et al. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico assistencial. *Saúde e Sociedade*. 2017; 26(1):300-11.
18. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implan-

- tação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*. 2017; 41(esp3):171-87.
19. Wiesener S, Salamonsen A, Fonnebo V. Which risk understandings can be derived from the current disharmonized regulation of complementary and alternative medicine in Europe? *BMC Complement Altern Med*. 2018 [acesso em 2020 ago 4]; 18(1). Disponível em: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-017-2073-9>.
 20. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011; 9(3):361-78.
 21. Oliveira RC, Carvalho e Silva MD. A cidade e os terreiros: os zeladores de santo e a construção do imaginário sobre Codó-MA. *Mosaico*. 2018 [acesso em 2019 nov 22]; 9(14):379-393. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/mosaico/article/view/73820/73235>.
 22. Mendes DS, Moraes FS, Lima GO, et al. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. *Journal Health NPEPS*. 2019 jan-jun; 4(1):302-318.
 23. Paiva LF. Práticas integrativas e complementares exercidas pelos profissionais de saúde no SUS: uma revisão sistemática sem metanálise. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 177 p.
 24. Costa ASA, Costa ASV, Cordeiro EC, et al. Entre o local e o nacional: os desafios contemporâneos na gestão da política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde direcionadas para a atenção básica, no município de São Luís-MA. *Braz. J. of Develop*. 2020; 6(4):17072-17085.
 25. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. *Estud. psicol*. 2016; 21(3):272-281.
 26. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2009; 16(2):393-405.
 27. Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saude soc*. 2010; 19(3):497-508.
 28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [acesso em 2019 ago 27]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
 29. Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Resolução nº 64/2018 – CIB/MA. SES-MA, São Luís, 2018. [acesso em 2020 ago 4]. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/Resolu%C3%A7%C3%A3o_CIBMA_n%C2%BA_64_de_25_de_maiio_de_2018.pdf.

Recebido em 04/12/2019
Aprovado em 08/06/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A benzedura nos territórios da Estratégia Saúde da Família: percepções de trabalhadores, usuários e benzedores

Healing blessing in territories of the Family Health Strategy: perceptions of workers, users and healers

Luiza Maria de Assunção¹, Rosimár Alves Querino², Leiner Resende Rodrigues²

DOI: 10.1590/0103-1104202012613

RESUMO Vinculada à cultura brasileira, a benzedura é uma linguagem simbólica relevante e diferencial no papel de escuta e cuidado. O estudo teve por objetivo capturar os impactos da benzedura nos territórios da Estratégia Saúde da Família em município mineiro e analisar a relação entre os componentes do campo religioso e do campo médico-científico. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, aprovado por comitê de ética. Realizaram-se 35 entrevistas semiestruturadas e empregou-se a análise temática para sua interpretação. Como aporte teórico, tomou-se o pensamento de Pierre Bourdieu sobre a disputa entre os campos de saber. Emergiram três categorias: Representações sobre a prática; Saúde e religiosidade/espiritualidade; Relações com a benzedura. A prática da benzedura é enxergada como parte da cultura. Destacou-se o seu impacto no resgate da dimensão subjetiva do cuidado, atuando na escuta, apoio, conforto, fortalecimento e desmedicalização. Consorciada à medicina, é ajuda adicional que ensina trabalhar a totalidade. A relação entre campo religioso e campo médico-científico por meio da benzedura propicia a diluição do conflito. Esta pesquisa propulsionará outros estudos na temática de terapias populares e produção de saúde e cuidado, bem como sobre a relação entre saúde e Religiosidade/Espiritualidade.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Medicina tradicional.

ABSTRACT *The traditional practice of healing blessing (benzedura) existing within the Brazilian culture is a relevant symbolic expression and a differential in the role of listening and caring. This study aimed to capture the impacts of this practice in territories attended by the Family Health Strategy in the state of Minas Gerais, Brazil, analyzing the relationship between the components of religious and medical-scientific fields. This is a descriptive exploratory study involving a qualitative approach, approved by an Ethics Committee. Data were collected through 35 semi-structured interviews, using the thematic analysis for interpretation. The theoretical framework draws on the thought of Pierre Bourdieu on the dispute between fields of knowledge. Three categories emerged: Representations of the practice; Health and Religiosity/Spirituality; Relationship with healing blessing. The study highlighted the impact of blessing in the rescue of the subjective dimension of care, working on listening, support, comfort, strengthening and demedicalization. Associated to medicine, blessing means additional help that entails working the human being in his/her totality. The relationship between religious and medical-scientific fields mediated by blessing points to a dilution of the conflict. This research will propel other studies on popular therapies and health and care production, as well as on the relationship between health and Religiosity/Spirituality.*

¹ Universidade do Estado de Minas Gerais (Uemg) - Ituiutaba (MG), Brasil. luassunc@gmail.com

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba (MG), Brasil.

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Medicine, traditional.*



Introdução

Nos últimos tempos, as benzedoras têm conseguido espaço no sentido da regulamentação da sua prática. No município de Rebouças (PR), foi oficializada a atuação de benzedoras, consideradas subsídio à saúde pública¹. Em Sobral (CE), de modo similar, benzedoras foram incorporadas ao sistema de saúde, desempenhando papel de Agentes Não Formais de Cura (ANFC) e reconhecidos como parte da cultura local².

Religiosidade/Espiritualidade (R/E) têm o poder de dar significados às demandas dos sujeitos. A eficácia simbólica por trás das diferentes crenças está relacionada à compreensão do evento que acomete o sujeito, e tal compreensão se dá de modo metafórico e não racional³. Por sua vez, o saber biomédico, mediante prática homogeneizadora e perspectiva hospitalocêntrica, costuma ignorar “as complexas problemáticas da contemporaneidade”⁴⁽¹⁷⁸⁾, enfraquecendo o potencial cultural e simbólico dos sujeitos e destituindo-os de autonomia para enfrentar situações que envolvam sofrimento, doenças e morte.

O norte teórico-metodológico deste estudo fundamenta-se na teoria da prática de Pierre Bourdieu⁵, que adota como um dos motes de reflexão a autonomia dos diferentes campos que compõem o mundo social, que possuem funcionamento interno próprio e disputam em torno da legitimidade em dizer a verdade⁵. Neste caso, a intenção é refletir sobre a relação entre o campo da saúde, representado pelos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), e o campo religioso, representado por benzedoras e benzedores, de modo a apresentar o tipo de interlocução efetuada entre o saber biomédico e o saber religioso.

Atento à realidade de possíveis influências da R/E na saúde, este estudo objetivou capturar os impactos da benzedura nos territórios da ESF em município mineiro e analisar a relação entre os componentes do campo religioso e do campo médico-científico.

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, que traz a interface entre as ciências sociais e a saúde coletiva, realizado com Equipes Saúde da Família (EqSF) de município do Triângulo Mineiro, Minas Gerais.

A população foi composta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, usuários e benzedoras e benzedores pertencentes às 51 EqSF de três distritos sanitários de município mineiro. Incluíram-se trabalhadores que atuavam na instituição de saúde há, pelo menos, um ano; usuários que utilizavam o serviço há, pelo menos, um ano e residiam no município; benzedoras e benzedores que atuavam em área coberta pela ESF, exerciam o ofício há, pelo menos, um ano e residiam no município. Foram excluídos informantes menores de 18 anos de idade e trabalhadores em licença de saúde. As 51 equipes foram percorridas e delas sortearam-se, para entrevistas áudio gravadas, duas equipes de cada distrito sanitário e uma da zona rural.

A amostra foi constituída por 35 sujeitos sorteados de 51 EqSF que atenderam aos critérios de inclusão. Foram entrevistados: seis médicos e um dentista; seis enfermeiros e um técnico de enfermagem; sete ACS; sete benzedoras e benzedores e sete usuários. Para as entrevistas gravadas em áudio, utilizou-se um roteiro semiestruturado de questões.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas residências de usuários e de benzedoras e benzedores.

O processo de coleta de dados foi encerrado a partir do nível de saturação teórica⁶. A apreciação do material coletado aconteceu por meio de análise temática⁷.

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados quanto aos objetivos e procedimentos. Para resguardar sua identidade, foram identificados por letras, seguidas da ordem na qual foram realizadas as entrevistas: ACS (A1, A2...); Benzedoras e

Benzedores (B1, B2...); Enfermeiros (E1, E2...); Médicos (M1, M2...); Usuários (U1, U2...).

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº 1.774.886. O termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes da pesquisa, seguindo-se os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/128.

Da análise temática, emergiram três categorias: (1) Representações sobre a prática; (2) Saúde e R/E; (3) Relações com a benzedura. Procedeu-se à separação dessas categorias em dois temas: a benzedura no campo religioso (Tema I); e campo científico e campo religioso (Tema II). Todas as informações da pesquisa de campo estão tabuladas no *quadro 1*.

Quadro 1. Categorias temáticas obtidas a partir das entrevistas com trabalhadores da ESF, benzedoras/benzedores e usuários

Tema	Categorias	Subcategorias	Conceito norteador	Deponentes
I A benzedura no campo religioso	(1) Representações sobre a prática	Tradição familiar e oral	Apresenta a característica não letrada da benzedura, transmitida oralmente de geração a geração.	B1; B2; B3; B5; B6; B7
		Dom	Denota o caráter particular daquele que exerce a benzedura, que deve possuir a aptidão para o ofício.	B1; B2; B3; B4; B5; B6; B7
		Herança cultural	Salienta a benzedura como parte da cultura religiosa brasileira, algo entranhado na mentalidade da população.	A1; A2; A4; A5; A6; A7; B1; B4; B6; E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; M1, M2; M7; U1; U2; U4; U7
		Papel desempenhado	Apresenta as direções em que a benzedura atua na vida dos sujeitos e quais os benefícios proporcionados.	A1; A2; A3; A4; A5; A6; A7; B1; B2; B3; B4; B5; B6; B7; E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; M1; M2; M3; M4; M5; M6; M7; U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7
II Campo científico e campo religioso	(2) Saúde e R/E	Deficits e desafios do trabalho em saúde e R/E	Denota as dificuldades e obstáculos que surgem na tentativa de estabelecer um trabalho focado na interface saúde e R/E.	A2; A3; A4; A6; A7; E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; M1; M2; M3; M4; M6; M7; U7.
		Ganhos e potencialidades do trabalho em saúde e R/E	Indica as conquistas advindas de um trabalho focado na interface saúde e R/E.	A1; A2; A4; A5; A7; E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; M1; M2; M3; M4; M5; M6; M7; U1; U4; U5; U7
	(3) Relações com a benzedura	Conflito	Salienta a existência de conflitos inevitáveis quando se colocam as práticas médicas e a benzedura lado a lado.	B2; B7; E1; E2; E3; E4; E5; E7; M2; M3; M4; M5; M6; M7
		Diálogo	Salienta o diálogo possível entre as práticas médicas e a benzedura, a despeito das suas particularidades.	A1; A2; A3; A4; A5; A6; A7; B1; B3; B4; B5; B6; B7; E2; E5; E6; E7; M1; M3; M4; M6; U1; U3; U4; U5; U6

Fonte: Elaboração própria.

Resultado e discussão

A benzedura no campo religioso

REPRESENTAÇÕES SOBRE A PRÁTICA

A benzedura é referida como uma ‘tradição familiar e oral’, repassada no interior do círculo familiar ou por pessoas próximas por meio da oralidade. A benzedura é uma prática que se compôs ao longo dos séculos, tornando-se parte da cultura popular e religiosa do Brasil⁹. Esse ofício, constituído por rezas e saberes de cura, é ensinado por uma pessoa mais velha, geralmente da família, que se esforça para manter vivo esse saber nas futuras gerações⁹⁻¹³. Os gestos ritualísticos, as rezas recitadas, acontecem mediante a oralidade^{9,10,14}, sendo característica das benzedoras não saber justificar as suas práticas, alegando que foi assim que aprenderam¹⁴.

Essa prática é percebida como um ‘dom’, remetendo ao caráter singular daquele que a exerce, que deve possuir aptidão para o ofício. Estudo confirma se tratar de um saber relacionado ao dom⁹⁻¹³, caracterizado como uma “arte de curar”¹²⁽¹¹⁴⁾, onde seus representantes agem como protagonistas da história da medicina e são mais antigos do que os próprios médicos científicos¹⁵.

Relacionada ao dom, outra característica da prática da benzedura é a sua gratuidade. Para se iniciar nesse ofício, é condição *sine qua non* que o benzimento seja realizado gratuitamente, visto que o oficiante recebe de Deus esse dom, não podendo cobrar qualquer valor^{2,9}. Ou seja, impera nessa prática um caráter altruísta^{9,12}, desprovido de remuneração⁹. Acredita-se, nessa direção, que a benzedura varia entre um dom e um ofício, onde a benzedora passa a encarar o dom como um dever de ajudar outras pessoas num ato de generosidade, sem cobrança de qualquer valor^{9,11}.

A busca pela benzedura é uma ‘herança cultural’. De acordo com os informantes, a

tradição e a eficácia relacionadas à benzedura estimulam a levar as crianças para se benzer de cobreiro, dor de barriga, mal olhado, mal de simioto, espinhela caída, quebranto, mal olhado, vento virado.

Esse ofício possui mais efeito em certas situações e enfermidades e está relacionado a questões culturais que envolvem crença e fé transmitida pelos antepassados. A benzedura, existe desde o Brasil colônia¹², despontando como uma prática ritual constitutiva da nossa cultura e como uma forma de cuidado^{10,12}. Reconhecida como prática tradicional escolhida para superar enfermidades que acometem especialmente às crianças¹³, a benzedura também está relacionada a outras doenças, como cobreiro, mal olhado, espinhela caída, machucadura, rendidura, todas denominadas ‘doenças de benzedoras’¹⁶. De acordo com Santos⁹, as enfermidades tratadas pelas benzedoras não fazem parte do conjunto de doenças que compõem o campo da medicina⁹; ao contrário constituem o rol dos males que integram o universo cultural da população⁹.

A despeito das demandas a ela relacionadas, a prática da benzedura escasseou, num movimento de extinção que se perpetua gradativamente: “*As coisas vão acabando sem a pessoa perceber. No meu caso, se eu não passar para ninguém, eu vou enterrar comigo*” (B6). Já é um consenso entre as próprias benzedoras de que seu ofício está desaparecendo¹¹. Acredita-se que isso ocorra devido à não transmissão desse saber no interior da família, em função de desinteresse dos descendentes, como acontecia antigamente¹⁰⁻¹³. Ainda assim, tem havido esforços para resgatar esse ofício, tido como cultura imaterial, e levar a cabo a sua valorização como saber popular¹².

Com relação ao ‘papel desempenhado pelo ofício da benzedura’, esta atua em questões diversificadas: conflitos familiares e problemas pessoais; ineficácia médica e dos medicamentos; procura por emprego, saúde e sucesso na escola; para tratar os filhos e netos; para tratar algum motivo de enfermidade; por necessidade de escuta, apoio e acolhimento. A procura por

esse ofício está direcionada a aplacar anseios e à resolução instantânea de problemas os mais diversos⁹. Os sujeitos demandam por tecnologias leves voltadas para relações, produção de vínculo e acolhimento¹⁷, exatamente como efetuado pela benzedura, que alcança as dimensões objetiva e subjetiva no contexto 'do cuidado vivo em ato para afirmação da vida'¹⁸.

Percebida como um recurso preventivo para não ser necessário ir ao médico, a benzedura exerce interferência positiva na saúde, fortalecendo, ajudando e orientando em todos os sentidos. Ela proporciona alívio, bem-estar, paz, tranquilidade, calma, refúgio e exerce papel importante na parte física, psicológica e espiritual. O apoio psicológico se destaca, indicando a sua atuação no amparo emocional global, na catarse ou descarrego, na melhora do estado de ânimo e da autoestima. Na condição de suporte e amparo, a benzedura promove força, escuta, acolhimento, orientação, assim como bem-estar e alívio relacionados ao conforto emocional, resultando na melhora dos sintomas¹⁰. Em última instância, dispensa solução aos problemas do corpo e da alma^{9,12,16}.

Acredita-se que a benzedura por meio do uso de ervas e chás medicinais, devido à simplicidade associada ao tipo de tratamento não convencional que ela confere, auxilia em direção à desmedicalização e à fuga da cultura do medicamento. Indicadas como coadjuvantes do processo de desmedicalização¹⁹, benzedoras têm o hábito de receitar chás¹⁹; recursos de natureza terapêutica e comuns nas áreas da atenção básica, onde são entendidos como atitude de autocuidado que propicia autonomia aos sujeitos²⁰. Além disso, o uso de chás e plantas apresenta um significado antropológico, na medida em que proporciona o resgate e a validação dos saberes populares, fato que promove a autoestima na população marginalizada no seu saber específico²⁰.

A procura pela benzedura ocorre também em substituição ao atendimento público de saúde, devido à decepção e frustração com a prática médica convencional, ao tempo de

espera, ao difícil acesso aos serviços de saúde e à sua defasagem. No que diz respeito à resolutividade, a benzedura foi durante longa data a única possibilidade para pessoas desprovidas de cuidado por questões geográfica ou social, sendo o único recurso disponível para a proteção e o fortalecimento¹².

Ao funcionar como um recurso proporcionado pela própria comunidade, com dispositivos como escuta e acolhimento, benzedoras e benzedores podem cumprir papel na orientação e encaminhamento dos usuários para as UBS, desempenhando o papel de 'um olhar' sobre a comunidade (M2) e auxiliando no acesso ao paciente. Nesse sentido, a fala de M2 revela o necessário acolhimento da crença para trazer os usuários para junto dos trabalhadores:

Toda benzedora tem essa coisa de falar: 'Agora é só a parte divina, de Deus e tudo, eu ajudo. E agora é a sabedoria dos homens'. Então, a benzedora não vai tratar alguém que está super mal. Ela sempre orienta. Ela é essa que encaminha para gente. Então eu acho que ela é um olhar que a gente tem ali na comunidade. (M2).

Eu não questiono se ela está bebendo a água com quiabo dela, deixa beber. Se ela acredita, ela tem fé, se ela faz a benção, eu não questiono isso. É melhor eu tentar tê-los mais perto com a crença deles e tudo e para manter também o acompanhamento que a gente faz. (E4).

Além de possuírem intimidade com a esfera curativa e de cuidado, benzedoras são reconhecidas e respeitadas na comunidade, encarregando-se gratuitamente da saúde da população¹⁸. De certa forma, elas abraçam o papel de agentes públicos de saúde sem, no entanto, possuírem oficialmente essa insígnia, penetrando no cotidiano dos sujeitos¹¹. São reconhecidas por sua habilidade para decifrar doenças e informar à população e aos agentes de saúde², dando significado às situações do cotidiano, promovendo esperança, conferindo direcionamento e orientação aos sujeitos¹¹.

Campo científico e campo religioso

SAÚDE E R/E

Relativamente aos ‘Deficits e desafios do trabalho em saúde e R/E’, considera-se que haja carência de treinamento e capacitação no trato da temática R/E, o que resulta em não acolhimento das necessidades religiosas ou espirituais dos usuários. Não é ofertada formação sobre aspectos religiosos nos cursos de graduação, pois as intervenções dos trabalhadores junto aos usuários ocorrem em função apenas da ética pessoal e do bom senso, dependendo de seus valores subjetivos e de sua vivência ou experiência própria, de conhecimento vindo dos antepassados. Assim, corre-se o risco de impor tratamentos desconsiderando os valores dos usuários. Tem havido projetos e propostas incipientes relacionados à humanização e à espiritualidade, embora note-se a necessidade de haver formação para que os trabalhadores aprendam a respeitar os diferentes credos e a trabalhar holisticamente as demandas:

A gente ainda forma o profissional para medicar/ internar/segmentar um indivíduo em partes, para cada um ver o seu lado/campo. As práticas holísticas ainda não são um objeto de formação na universidade. (M4).

A desconsideração da R/E ocorre não necessariamente por displicência, mas porque os trabalhadores não sabem como introduzir tal assunto e pelo receio da consequência dessa inclusão²¹. A importância da dimensão espiritual tem feito com que estudiosos proponham a implantação da disciplina ‘Espiritualidade e saúde’ junto aos cursos de saúde. Acredita-se que possa estar havendo elevada demanda em relação ao trabalho com R/E na atenção à saúde e que, entretanto, não existam tantos trabalhadores preparados para absorver tamanha demanda²².

Alguns trabalhadores afirmam não ser colocado em prática o acolhimento em

relação às questões religiosas ou espirituais, restringindo-se apenas à medicalização, num processo que se resume “à receita e tchau” (A6). Ainda que se tenha constatado, mediante os censos, o aumento do número de pessoas que se autodenominam sem religião, o Brasil permanece aflorado de religiosidade, a qual transpassa a cultura e integra o dia a dia dos sujeitos²². Ter entendimento e abertura para questões relacionadas à R/E dá possibilidade aos trabalhadores da saúde de ofertarem uma terapêutica, valorizando a crença do usuário, sem, no entanto, desvalorizar o saber médico²².

A R/E é vista como prejudicial quando há excessos. Se houver obsessão pela prática religiosa, pode ocorrer interferência negativa no sentido da suspensão da medicação ou do adoecimento e sofrimento em razão da religião. A R/E pode ser prejudicial a partir do momento em que os sujeitos assumem um posicionamento passivo em relação ao tratamento, transferindo a responsabilidade pela sua cura a um ser transcendente, denominado *coping-religioso negativo*²³. Nesse sentido, é importante que os trabalhadores da saúde tenham conhecimento sobre aspectos relacionados à R/E, pois assim eles terão condições de intervir em situações em que a religiosidade esteja sendo prejudicial²².

Relativamente aos ‘Ganhos e potencialidades do trabalho em saúde e R/E’, afirma-se que a fé, de modo geral, tem impacto positivo na vida das pessoas. A R/E, desde que não haja exageros, pode ser positiva e, assim como a medicina, proporcionar terapêutica: “Quando a gente pega um paciente com uma doença crônica, aquele que tem fé interpreta de uma forma diferente. Não sei se ele aceita/suporta” (M2). Esse impacto positivo da R/E ocorreria de diversas formas: na melhoria de um quadro de enfermidade; no recuo de doenças e mal-estares; na parte psicológica do como desabafar as suas dores; na abordagem integral sem foco na doença. Estudiosos identificaram, mediante consulta a revisões sistemáticas, uma quantidade expressiva de estudos empíricos em saúde e espiritualidade

indicando que indivíduos com níveis mais elevados de R/E possuem menos problemas psiquiátricos²⁴. Assim sendo, é mister que os trabalhadores tenham discernimento quanto a questões vinculadas R/E, uma vez que assim terão condições de identificar quando ela está funcionando como recurso terapêutico positivo de enfrentamento²².

A maior parte dos usuários afirma já ter compartilhado com trabalhadores o fato de fazer uso da religiosidade e que estes apoiam, acolhendo a sociedade com a sua cultura. Assim, acredita-se que as EqSF acolhem os aspectos religiosos ou espirituais presentes na vida dos usuários, respeitando todas as formas de crenças. Estudo indica que os pacientes julgam relevante sua dimensão espiritual no processo saúde-doença, reconhecem que a espiritualidade intervém na sua saúde, desejando que os trabalhadores os acolham nesse aspecto e discorram sobre esse tema²⁵. Lembrando que o respeito aos valores dos usuários facilita o estabelecimento de vínculo entre eles e os trabalhadores da saúde²⁵.

Existe a ideia de que toda religião estimula hábitos saudáveis. A mudança de hábitos pode dizer respeito à relação estabelecida com o uso de fármacos, onde a população tem o costume de tomar medicamentos sem necessidade, fortalecendo o processo de medicalização da vida. Recomenda-se o desmame de medicamentos e que se procurem soluções alternativas. Ou seja, assim como trabalhar a alimentação e a atividade física, trabalhar a R/E é enfatizar a saúde:

Mudar hábitos alimentares, praticar uma atividade física, um lazer, frequentar uma religião, tudo isso vai trazer um bem-estar para a pessoa e melhorar a qualidade de vida dela. (E5).

Acredita-se, nesse sentido, que pessoas ligadas a crenças religiosas fazem menos uso de medicamentos, sendo a R/E uma aliada na redução do seu consumo. Impactante no autocuidado, a adoção de atitudes saudáveis por meio da religiosidade reforça o constatado em estudo²⁶.

Existe uma eficácia simbólica por trás de rituais ligados a determinados tipos de religiosidade. Tal eficácia relaciona-se à crença ou fé no potencial de resolutividade que está contido em um objeto, santo, poção, erva etc. Considera-se, nessa direção, o impacto da fé. O conceito de eficácia simbólica³ tem sido utilizado para representar todo procedimento, particularmente os relacionados à cura, que fogem ao mecanicismo da perspectiva biomédica, a qual se pauta na relação causa e efeito para determinar a infalibilidade do tratamento. A eficácia simbólica indica outra dimensão, relacionada à ação e à experiência dos sujeitos, tomada na sua totalidade²⁷.

RELAÇÕES COM A BENZEDURA

“Cada um no seu canto”. (A6). “Cada um no seu canto tem o seu tanto”. (B6).

Neste estudo, as perspectivas são distintas, oscilando entre diálogo e conflito. No que concerne ao ‘conflito’, este habitualmente se manifesta por parte do saber biomédico em relação ao que a benzedura recomenda para o tratamento das enfermidades, principalmente em relação ao tratamento de feridas com o uso de ervas. Além disso, há um limite imposto à benzedura, indicando que ela pode atuar, desde que não incentive o abandono do tratamento médico.

Quando a gente vê que tem muita coisa natural que realmente funciona e então o benzedor fala de uma planta medicinal, vamos supor: ‘Eu vou benzer e ele vai usar essa planta’, a gente embasa em estudos. Se aquilo realmente tem estudo que prova/comprova, porque a gente sabe que tem muito, não tem problema. (E2).

A benzedura, uma das representantes do saber popular, muitas vezes é depreciada pelo saber médico, que considera que aquela prática atrapalha na procura pelo tratamento¹². Quando as terapias populares tentam estabelecer relação com a medicina, lhes é exigida comprovação científica, e isso é muito comum

em relação ao uso de plantas¹². Segundo Bourdieu⁵, o mundo social é constituído por campos, cada qual com linguagem singular⁵.

É evidente a difícil e resistente comunicação, especialmente por parte dos médicos:

Nem todos acreditam. E principalmente os médicos. Porque os médicos acreditam piamente na medicina. Não são todos, mas 99% acredita na medicina. Cada um no seu canto. (A6).

Requer-se a submissão da benzedura à ciência médica e que aquela se embase no conhecimento científico. Percebe-se, assim, que os médicos defendem uma prática de saúde ainda pautada em um agir fragmentado, verticalizado e autoritário, que impõe o saber científico e desqualifica o saber popular, desprezando a participação da comunidade e desconsiderando seus conhecimentos²⁰. A benzedura frequentemente contradiz a lógica da prática médica, tendo se desenvolvido frente a muitos embates e intolerâncias, visualizadas mediante preconceito e estigmatização^{9,13}. Sabe-se que, na procura por autonomia e na disputa entre os campos, a tendência é se operar de forma que apenas seus porta-vozes e especialistas tenham o direito de dizer a verdade⁵.

Existem muitos tabus que fazem parte do imaginário dos trabalhadores da saúde em relação a práticas como a benzedura. Nesse sentido, não se percebe a possibilidade de concretização da parceria entre os diferentes saberes. Tal diálogo apenas se efetivaria por meio do profissional “sabido” (B2) ou dos médicos ditos ‘espiritualistas’: “Só os [médicos] que são espiritualistas. Porque a maioria são todos materialistas”. (B7). O surgimento da homeopatia é tomado para exemplificar um momento de ruptura com a perspectiva biomédica tradicional, onde, a princípio, houve enfrentamento antes de ocorrer a acomodação:

Dentro da homeopatia houve um tempo inicial de enfrentamento, mesmo, dos médicos. Então uma ruptura ali de um padrão de medicina que não

aceitava outro tipo de atividade que não fosse a instituída, da medicina tradicional, que é a ocidental. Então, acho que a gente tem a fase de ruptura e isso talvez seja importante mesmo. (M3).

Movimentos inovadores no interior do campo, como o realizado por alguns médicos que propõem um novo modo de pensar a produção da saúde e do cuidado, podem ser uma forma de reação ao modelo preponderante de pensar a saúde²⁸. Aqueles que monopolizam o saber convencional dentro do campo se colocam em oposição a novas propostas, numa reação automática²⁸.

Relativamente ao ‘diálogo’, este se destaca em momentos em que benzedoras ou benzedores e trabalhadores estabelecem uma boa parceria. Alguns médicos estão mais receptivos à R/E no tratamento do paciente, indicando, assim, que tem havido abertura, comunicação e caminhar para a convergência, ainda que seja um processo que ocorra em meio a barreiras. Ou seja, ainda que dificultosa, tem havido uma inflexão nessa relação. Tal fato pode ser verificado mediante a publicação intensa de artigos científicos sobre a relação entre religião e saúde, o que, por sua vez, tem resultado na introdução da temática da R/E nas grades curriculares de diversas escolas de medicina²². Dessa maneira, percebe-se a habilidade do campo médico-científico em realizar o processo de retraduzir, ou seja, a sua capacidade em decompor os constrangimentos e exigências externas, ajustando-os à sua dinâmica própria²⁹.

Trata-se de complementação, de ajuda adicional, vista como imprescindível. Cada um tem a sua função e pode contribuir a seu modo. É necessário abrir a mente para o fato de que uma prática não interfere na outra e que podem caminhar juntas. Há espaço na benzedura para se tratar de questões que não são possíveis junto à medicina, que não fornece respostas suficientes e não resolve tudo sozinha. Há uma especificidade de cada saber, onde um complementa o outro⁹. A terapêutica popular, por exemplo, possibilita aos sujeitos liberdade maior de expressão das suas demandas e até mesmo exteriorização

dos seus sentimentos⁹, algo que não é visado pela medicina científica.

Quando o saber biomédico vem aliado à religiosidade e a práticas alternativas, pode proporcionar a maior parte das respostas, indicando que a medicina consegue trabalhar de forma integral quando é uma medicina espiritualizada e humanizada. Pode-se falar que, no interior do campo médico, tenha havido uma “redefinição das competências”³⁰. Devido a uma nova composição no seu interior, além da medicina definida cientificamente, tem-se a medicina espiritualizada voltada para a integralidade dos sujeitos.

Os oficiantes dessa arte de curar enxergam a sua relação com os médicos no sentido de uma parceria positiva e uma comunicação viável. Do mesmo modo, os usuários entendem que haja associação entre saúde e benzedura. Estudo afirma que, em relação ao elenco de causas da enfermidade, os sujeitos não se restringem somente à apropriação da linguagem do discurso médico dominante. A este se agregam valores morais e explicações provenientes da religião, que refletem no modo como se simboliza o processo saúde-enfermidade³¹.

Tanto médicos quanto benzedoras ou benzedores podem indicar entre si os usuários. Em algumas situações, os médicos encaminham para benzedoras ou benzedores, que são eficazes para lidar com enfermidades mais simples: “*Já teve caso do médico falar: ‘Você sai daqui e procura uma pessoa que possa benzê-lo’.* Cada um no seu canto tem o seu tanto” (B6). Por sua vez, há casos em que benzedoras ou benzedores encaminham os usuários para os médicos, porque possuem habilidade para tratar de questões específicas:

Os guias ou mentores avisam. Se eles acharem que é deles, eles tiram. Agora, se eles acharem que não, eles mandam procurar o homem de branco, que são os médicos. (B2).

Em certas ocasiões, os trabalhadores da saúde sugerem que os usuários procurem por benzedoras^{12,13}. Por sua vez, as próprias

benzedoras, quando identificam que seu ritual e suas rezas não são satisfatórios, recomendam aos sujeitos que busquem o auxílio médico e a unidade de saúde^{9,10,12,13}.

Se, conforme relatado pelos informantes, há momentos de diálogo e situações de conflito entre benzedoras ou benzedores e trabalhadores, pode-se concluir que, na relação entre o campo da saúde e o campo religioso, o diálogo e o conflito podem tanto retroceder como progredir, dependendo da dinâmica de cada campo e em consequência do seu poder de retraduzir questões externas²⁹.

Conclusões

A prática de benzedoras ou benzedores é enxergada como parte da cultura brasileira. Porém, além de seu destaque como componente da cultura, a importância da benzedura tem relação com a defasagem do cuidado em saúde, que tem se distanciado de uma perspectiva holística do ser humano voltada para a escuta, o apoio e o fortalecimento dos sujeitos. A perspectiva biomédica tem operado mediante a medicalização da vida, destituindo os sujeitos do seu potencial cultural e de sua autonomia no enfrentamento de situações que envolvam sofrimento físico e psíquico. Percebeu-se que, consorciada à medicina, a benzedura é ajuda adicional que enseja trabalhar a totalidade do ser.

Este estudo, ao indicar o recurso a campos de saber distintos – a medicina e a benzedura – na explicação do processo saúde-doença-cuidado, trouxe à tona o antigo, porém atual, debate sobre a tensa relação entre ciência e religião. O diálogo entre os campos é possível graças ao incansável esforço dos usuários de colocá-los lado a lado e devido à espiritualização de alguns profissionais. A aproximação entre campo médico-científico e campo religioso é colocada em prática, diluindo o conflito e estabelecendo a comunicação.

Esta pesquisa poderá propulsionar outros estudos para a temática de terapias populares

e sua relação com a produção de saúde e cuidado, bem como para a relação entre saúde e R/E, e, num âmbito mais amplo, entre ciência e religião.

Colaboradores

Assunção LM (0000-0001-6106-1200)* contribuiu para concepção e delineamento;

análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser publicada. Querino RA (0000-0002-7863-1211)* contribuiu para concepção e delineamento; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser publicada. Rodrigues LR (0000-0002-1176-8643)* contribuiu para concepção e delineamento; análise e interpretação dos dados; aprovação da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Ducati A, Dionísio B. Benzedoras são consideradas profissionais da saúde no Paraná [internet]. *Journal Globo-G1*. 2012 maio 11 [acesso em 2019 abr 21]. Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2012/05/benzedoras-sao-consideradas-profissionais-da-saude-no-parana.html>.
2. Costa EP. Benzedoras no sistema oficial de saúde do Ceará: relações entre religiosidade e medicina popular [internet]. [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2009. 43 f. [acesso em 2019 abr 21]. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/2534/1/Elizabeth%20Parente%20Costa.pdf>
3. Lévi-Strauss C. A eficácia simbólica. In: Lévi-Strauss C. *Antropologia estrutural*. São Paulo: Cosac Naif; 2008. p. 201-20.
4. Silva ES, Lins GA, Castro EMNV. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. *Revista Sustinere* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 21]; 4(2):171-86. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/25976/19514>.
5. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papyrus; 1996.
6. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2017.
8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [internet]. Brasília, DF: CNS; 2012 [acesso em 2019 abr 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Santos LG. A inserção das benzedeadas no meio popular (Pires do Rio e Palmelo) [internet]. [dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2016 [acesso em 2019 abr 21]. 98 f. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3363/1/LUENE%20GONCALVES%20DOS%20SANTOS.pdf>.
10. Caldas MT, Alves MJS, Menezes AA. Benzeção e busca de sentido: uma reflexão a partir das práticas das benzedeadas. *Rev Cult Teol.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 21]; (87):161-77. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/culturateo/article/view/rct.i87.28558/20045>.
11. Azevedo GX. As benzedeadas na tecitura da cultura, religião e medicina populares [internet]. [tese]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2017. [acesso em 2019 abr 21]. 173 f. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3758/2/GILSON%20XAVIER%20DE%20AZEVEDO.pdf>.
12. Hoffmann-Horochovski MT. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção. *Guaju* [internet]. 2015 [acesso em 2019 abr 21]; 1(2):110-26. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/45038/27420>.
13. Simões JP. Benzedeadas de Maruípe: uma prática de cuidado humano em extinção [internet]. [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014. 140 f. [acesso em 2019 abr 21]. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1211/1/Dissertacao.Juliana%20Paereira%20Simo.es.pdf>.
14. Marin RC, Comin FS. Desfazendo o “mau-olhado”: magia, saúde e desenvolvimento no ofício das benzedeadas. *Psicol Ciênc Prof.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 21]; 37(2):446-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0446.pdf>.
15. Chalhoub S, Marques VRB, Sampaio CGR. Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social. Campinas: Unicamp; 2003.
16. Archanjo LR, Leite DAT. A benzeção como prática terapêutica. In: Rasia JM, Lazzaretti CT. *Saúde e Sistema Único de Saúde: estudos socioanalíticos*. Curitiba: UFPR; 2014. p. 237-49.
17. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Práxis em saúde um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
18. Rosário M, Sá LD, Klüppel BLP. Reza e tecnologia leve no diálogo entre os saberes científicos e populares. *Ultimo Andar* [internet]. 2014 [acesso em 2019 abr 21]; 23:93-112. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ultimoandar/article/view/19472/14430>.
19. Hoffmann-Horochovski MT. Velhas benzedeadas. *Mediações* [internet]. 2012 [acesso em 2019 abr 21]; 17(2):126-40. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/14025/11836>.
20. Soares NA, Morgan BS, Santos FBO, et al. Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2019 [acesso em 2019 abr 21]; 22(1):83-8. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11450/8988>.
21. Marr L, Billings JA, Weissman DE. Spirituality training for palliative care fellows. *J Palliat Med.* [internet]. 2019 [acesso em 2019 abr 21]; 10(1):169-77. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/17298265>.
22. Silva TD, Marques LF. Problematizações, desafios e possibilidades da inserção da religiosidade/espiritualidade (R/E) no contexto hospitalar brasileiro. *Interações* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 21]; 11(20):98-114. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.19832478.2016v11n20p98/10899>.
23. Jönsson C, Lencastre L. Trauma e Religião: um modelo de adaptação psicológica baseado no coping religioso. *Psicol. Saúde Doenças* [internet]. 2016 [aces-

- so em 2019 abr 21]; 17(1):32-8. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n1/v17n1a05.pdf>.
24. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Relig Health*. [internet]. 2013 [acesso em 2019 maio 6]; 52(2):657-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4>.
25. Oliveira GR, Neto JF, Salvi MC, et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integridade do cuidado. *Rev Soc Bras Clín Méd*. [internet]. 2013 [acesso em 2019 abr 26]; 11(2):140-4. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3566.pdf>.
26. Zerbetto SR, Gonçalves AMS, Santile N, et al. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento alcoólico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 26]; 21(1):e20170005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170005.pdf>.
27. Tavares F, Bassi F, organizadoras. Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde. Salvador: EDUFBA; 2012.
28. Bourdieu P. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.
29. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP; 2004.
30. Bourdieu P. Coisas ditas. São Paulo: Brasiliense; 2004. [acesso em 2020 set 1]. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/06/BOURDIEU-Pierre.-Coisas-ditas.pdf>.
31. Separavich MAA, Canesqui AM. Representações religiosas na experiência com a enfermidade: um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 2]; 32(3):e00024915. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n3/e00024915/pt>.

Recebido em 06/09/2019

Aprovado em 23/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária

Quality of Working Life and stress level of professionals in Primary Health Care

Geovane Krüger Moreira de Lima¹, Ludmila Mourão Xavier Gomes¹, Thiago Luis de Andrade Barbosa¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012614

RESUMO Estudo com objetivo de avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e o nível de estresse de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) em uma cidade de tríplice fronteira. Trata-se de pesquisa transversal da qual participaram 120 profissionais da APS, que responderam a questionários sociodemográfico, ocupacional, de hábitos de vida, instrumento de QVT abreviado (QWLQ-Bref) e Escala do Estresse Percebido (PSS 13). Verificou-se associação da QVT e dos níveis de estresse com variáveis sociodemográficas e de estilo de vida com uso do teste t de Student, Anova, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Em seguida, realizou-se regressão linear múltipla. Os resultados mostraram escore médio de QVT dos profissionais de $62,8 \pm 10,0$ e escore médio de estresse percebido de $24,5 \pm 6,0$. A variável satisfação com o trabalho se manteve estatisticamente associada à QVT global, com o domínio psicológico e o nível de estresse. A cor da pele e o sexo se associaram aos domínios pessoal e profissional da QVT, respectivamente. Conclui-se que a satisfação com o trabalho é um fator importante na determinação da melhor QVT e na proteção contra o estresse. Esses resultados apontam aspectos a serem considerados pelos serviços de saúde para melhor abordagem à saúde mental do trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE Qualidade de vida. Estresse psicológico. Saúde do trabalhador. Atenção Primária à Saúde. Pessoal de saúde.

ABSTRACT This study aimed to evaluate the Quality of Working Life (QWL) and stress level of professionals of Primary Health Care (PHC) in a city of triple border. This is a cross-sectional study in which 120 professionals of PHC participated, and answered socio-demographic, occupational, lifestyle, abbreviated QWL (QWLQ-Bref) and Perceived Stress Scale (PSS 13) questionnaires. It was verified association between QWL and stress levels with sociodemographic and lifestyle variables through the Student's t-test, Anova, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis. Then, multiple linear regression model was performed. The results showed average professional QWL assessment of 62.8 ± 10.0 and average total perceived stress score of the participants was 24.5 ± 6.0 . The variable satisfaction with work remained statistically associated with global QWL, with the psychological domain and the level of stress. Skin color and sex are associated with personal and professional domains, respectively. It is concluded that work satisfaction is an important factor in determining the best QWL and protection against stress. These results point out aspects to be considered by the health services to better approach the worker's mental health.

KEYWORDS Quality of life. Stress, psychological. Occupational health. Primary Health Care. Health personnel.

¹Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila) – Foz do Iguaçu (PR), Brasil. lgvictor@oi.com.br

Introdução

Os trabalhadores da saúde têm sido alvo de inúmeras situações produtoras de estresse na execução da atividade laboral que afetam diretamente sua qualidade de vida. Sabe-se que um dos campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) é o da saúde do trabalhador, por meio da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador¹, que busca, sobretudo, propiciar ambientes saudáveis de trabalho. As condições e a organização do trabalho estão ligadas tanto à promoção quanto à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)^{2,3} e, também, à redução de fatores propulsores do estresse. A QVT apresenta-se como fenômeno multifatorial relacionado com aspectos físicos, ambientais e psicológicos do ambiente de trabalho⁴.

Com a proposta de organização dos serviços de saúde em redes de atenção à saúde, destacam-se os trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), que se constitui em porta de entrada e ordenadora do cuidado. Existe o entendimento de que esses trabalhadores são elementos estratégicos na qualidade do cuidado prestado à população, bem como na efetivação das políticas de saúde. Entretanto, os locais onde se desenvolvem os processos de trabalho ainda se configuram como ambientes em frequentes tensões para as equipes de saúde e para os usuários⁵.

Com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de reorganização da APS no Brasil, sobretudo com as particularidades próprias ao seu funcionamento em grandes cidades, crescem cada vez mais as insatisfações no trabalho e reivindicações das equipes de saúde⁶. Nessa perspectiva, a qualidade de vida no ambiente profissional permanece como elemento preocupante no desempenho do trabalho em saúde.

O processo de trabalho da equipe de saúde da família encontra-se direcionado por duas vertentes: uma é a gestão, que exige efetivação de metas e produção; e a outra é o usuário do SUS, que exige melhores condições nos cuidados de saúde prestados^{7,8}. Contudo, a

realidade encontrada nos serviços de saúde aponta algo difícil de ser conquistado pelos profissionais, segundo essas vertentes. Estudo realizado com trabalhadores da APS no Brasil constatou associação entre condições de trabalho psicossociais adversas e má qualidade de vida de trabalhadores, necessitando, dessa maneira, de ações intersetoriais destinadas a prosperar a saúde e a QVT⁹.

Outra questão importante que se relaciona com a QVT é o estresse laboral sofrido pelos profissionais da APS diante de tantas demandas de trabalho, predispondo a sintomas físicos e psicológicos, como ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*. Ao se considerar o estresse como problema de ampla discussão nos dias atuais, cresce o interesse por compreender melhor os fatores que se refletem na saúde do trabalhador. Nesse sentido, é imprescindível discutir os fatores de riscos psicossociais e ambientais relacionados ao trabalho geradores do estresse laboral. Essas questões são percebidas nas relações sociais no trabalho e estão ligadas à competitividade/produktividade e à qualidade do produto, e devem ser analisadas à luz da qualidade do trabalho e em defesa da vida e da saúde dos trabalhadores¹⁰.

Nesse contexto, frente à escassez de dados sobre a temática no País, faz-se necessário conhecer a realidade da QVT e o nível de estresse dos trabalhadores da APS, no sentido de prover meios para melhorar o desempenho profissional das equipes, materializados em ações de promoção e prevenção. Diante do exposto, este estudo teve por objetivo avaliar a QVT e o nível de estresse de trabalhadores da APS em uma cidade de tríplice fronteira.

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal conduzido com profissionais da APS do distrito sanitário leste de Foz do Iguaçu (PR), no período de março a dezembro de 2018. O município está situado no extremo oeste do estado do Paraná e faz fronteira com Paraguai e Argentina. Possui

população de 264.044 habitantes, destacando-se pelo turismo, comércio e alto fluxo de pessoas em região de tríplice fronteira¹¹. O distrito sanitário leste apresenta 06 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 03 no modelo tradicional e 03 na modalidade de Saúde da Família, contando com 09 equipes de saúde e 01 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Primeiramente, a proposta da pesquisa foi apresentada à Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu (PR), e, em seguida, foi realizado um primeiro contato com a gerência das UBS para que os instrumentos de coleta de dados fossem aplicados em horários adequados à demanda de cada profissional, e assim não prejudicassem o processo laboral. Os participantes foram informados previamente da pesquisa durante as reuniões de equipe, realizadas semanalmente nas UBS.

Foram convidados a participar todos os profissionais atuantes nesse distrito sanitário do município. A amostra contou com profissionais das seguintes categorias: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, auxiliar de saúde bucal, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, recepcionista, gerente de UBS e auxiliar de serviços gerais.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: profissionais atuantes na APS do distrito sanitário leste do município que estavam exercendo suas funções há, pelo menos, um ano. Foram excluídos do estudo: profissionais que estavam em suas funções há menos de um ano, os que estavam afastados das suas funções laborais por motivo de doença ou de férias no período da pesquisa, os ausentes após três tentativas da coleta de dados, assim como os que não aceitaram participar da pesquisa.

Para cada profissional, foram informados os objetivos da pesquisa e que os dados obtidos seriam utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando, assim, a confidencialidade, o sigilo e o anonimato do sujeito participante. A participação se deu mediante

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No estudo, foram aplicados três instrumentos para investigação proposta: questionário sociodemográfico, ocupacional e hábitos de vida, o Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho versão abreviada denominada Quality of Working Life Questionnaire (QWLQ-bref) e a Escala de Estresse Percebido com 13 itens (Perceived Stress Scale – PSS 13).

Para a coleta de dados sobre o perfil sociodemográfico, ocupacional e de hábitos de vida, empregou-se questionário construído com base na revisão de literatura. Nesse instrumento, foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo (masculino/feminino), idade (até 45 anos/maior que 45 anos), estado civil (com companheiro/sem companheiro), cor da pele (branco/não branco), número de filhos (até 02/mais que 02), nível de formação (fundamental/médio ou superior), tempo de serviço na APS (até 11 anos/ maior que 11 anos), renda familiar em Salários Mínimos (SM): (até 03 SM/04 a 07 SM/08 ou mais SM), tipo de moradia (própria/alugada-cessada), realiza atividade física (sim/não), tabagista (sim/não), autopercepção da alimentação (positiva/negativa), comorbidade autorreferida (sim/não), uso de medicação contínua (sim/não), dor autorreferida (sim/não), dor autorreferida relacionada ao trabalho (sim/não), satisfação com o trabalho (satisfeito/insatisfeito) e afastamento prévio do trabalho devido à dor (sim/não).

Com o intuito de mensurar a QVT, sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional, aplicou-se questionário QWLQ-bref, constituído de 20 questões das 78 que constituem o QWLQ-78, versão completa do instrumento. O QWLQ-bref apresenta quatro questões do domínio físico/saúde, três do domínio psicológico, quatro do domínio pessoal e nove do domínio profissional¹². As respostas do instrumento seguem a escala tipo likert com a classificação: 1-nada, 2-muito pouco, 3-mais ou menos, 4-bastante, 5-extremamente. O escore global de avaliação do QWLQ-bref possui escala de 0 a 100

e apresenta a seguinte classificação: muito insatisfatório (0 a 22,5), insatisfatório (22,5 a 45), neutro (45 a 55), satisfatório (55 a 77,5), muito satisfatório (77,5 a 100).

O nível de estresse foi mensurado pelo PSS 13 de Cohen, Kamarck e Mermelstein¹³, que contém 13 itens relacionados ao trabalho e que se referem à frequência com que o entrevistado se sentiu ou pensou durante o último mês que precedeu a data da entrevista. As respostas do instrumento seguem a escala tipo likert com a classificação: 0-nunca, 1-quase nunca, 2-algumas vezes, 3-com muita frequência, 4-muitas vezes. No instrumento, os itens 04, 05, 06, 07, 09 e 10 apresentam pontuação invertida. O escore total do PSS 13 varia entre zero e 52 pontos.

Foi realizado estudo piloto prévio com 10 profissionais da APS que trabalhavam em outros distritos sanitários e que, portanto, não entraram na análise dos dados desta pesquisa. Os profissionais não relataram qualquer dificuldade ou dúvida no preenchimento do questionário, o qual foi mantido inalterado para o estudo principal.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel versão 2016 e, posteriormente, avaliados utilizando-se o pacote estatístico Bioestat 5.0, da Universidade Federal do Pará (UFPA). Foi realizada análise bivariada para verificar associação da QVT e dos níveis de estresse com variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de hábitos de vida. Para a determinação do teste estatístico, foi verificada a normalidade de distribuição das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Nas variáveis que apresentaram distribuição normal, aplicaram-se os testes t de Student para amostras independentes e Anova. Para as variáveis com distribuição não paramétrica, utilizaram-se os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 5%.

Durante a análise dos dados, buscou-se identificar as variáveis que poderiam estar relacionadas à QVT e aos níveis de estresse percebido dos profissionais atuantes nas UBS em modelos explicativos. Inicialmente, consideraram-se os resultados da análise

bivariada, tomando-se todas as variáveis com $p < 0,20$. Em seguida, avaliou-se a QVT e o estresse percebido como variável dependente, mediante o emprego de modelos de regressão linear múltipla, em função de características sociodemográficas, ocupacionais e de hábitos de vida, para definir os modelos explicativos.

A investigação respeitou as normas éticas de pesquisa que envolve seres humanos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), sob parecer nº 2.515.670/2018, com CAAE nº 83164318800000 107.

Resultados

Participaram do estudo a totalidade dos 120 profissionais da APS do distrito leste de Foz do Iguaçu (PR). Não houve perdas durante a coleta de dados. A *tabela 1* apresenta a caracterização sociodemográfica, ocupacional e de hábito de vida dos participantes da pesquisa. Os dados apresentados revelaram maioria do sexo feminino (82,5%), com indivíduos com idade até 45 anos (53,3%), de cor da pele branca (61,7%), que vivem com companheiro (82,5%), com até dois filhos (81,7%), com renda familiar de 04 a 07 SM (70,8%) e que vivem em casa alugada ou cedida (55,0%). Com relação ao nível de formação, a maioria possuía ensino fundamental/médio (79,2%), com tempo de serviço na APS superior a 11 anos (70,8%). No tocante aos hábitos de vida, 60,8% não realizam atividades físicas; 87,5% não possuem hábito tabagista; 53,3% autopercebem a alimentação como negativa. A presença de comorbidade foi relatada por 51,7% dos profissionais; o uso de medicamento contínuo, por 50,8%. A presença de dor foi referida por 52,5% dos profissionais; e a dor relacionada ao trabalho foi apontada por 42,5%. Foi constatado que 63,3% dos pesquisados estão insatisfeitos com o trabalho; e a maioria (61,7%) relatou não ter afastamento prévio do trabalho devido à dor.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, ocupacional e de hábitos de vida dos profissionais pesquisados da Atenção Primária à Saúde, distrito leste, Foz do Iguaçu (PR), 2018

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	99	82,5
Masculino	21	17,5
Idade		
≤ 45 anos	64	53,3
> 45 anos	56	46,7
Estado Civil		
Com companheiro	99	82,5
Sem companheiro	21	17,5
Cor da pele		
Branca	74	61,7
Não Branca	46	38,3
Nº de Filhos		
≤ 2	98	81,7
> 2	22	18,3
Nível de formação		
Fundamental/Médio	95	79,2
Superior	25	20,8
Tempo Serviço na APS*		
≤ 11 anos	14	11,7
> 11 anos	85	70,8
Renda familiar		
Até 03 SM**	14	11,7
04 a 07 SM	85	70,8
08 ou mais SM	21	17,5
Tipo de moradia		
Própria	54	45,0
Alugada/cedida	66	55,0
Realiza atividade Física		
Sim	47	39,2
Não	73	60,8
Tabagismo		
Sim	15	12,5
Não	105	87,5
Autopercepção da alimentação		
Positiva	56	46,7
Negativa	64	53,3
Comorbidade autorreferida		
Sim	58	48,3
Não	62	51,7
Uso de medicamento contínuo		
Sim	61	50,8
Não	59	49,2
Dor autorreferida		
Sim	63	52,5
Não	57	47,5
Dor autorreferida relacionada ao trabalho		

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	n	%
Sim	51	42,5
Não	69	57,5
Satisfeito com trabalho		
Satisfeito	44	36,7
Insatisfeito	76	63,3
Afastamento do trabalho devido à dor		
Sim	46	38,3
Não	74	61,7

*APS = Atenção Primária à Saúde. **SM = Salário Mínimo.

Neste estudo, a avaliação global média da QVT dos profissionais foi $62,8 \pm 10,0$, variando entre 34 e 91 pontos. A análise bivariada dos domínios físico, psicológico, pessoal e profissional e escore total da QVT dos profissionais e as variáveis estudadas estão apresentadas na *tabela 2*. Nessa análise, o escore total médio teve associação estatística com as variáveis

sexo ($p=0,016$), com destaque para as mulheres ($66,8 \pm 7,3$), idade ($p=0,042$) com maior média entre indivíduos com até 45 anos ($64,9 \pm 9,7$), presença de dor ($p=0,029$) sendo maior entre os profissionais que não relataram tal sintoma ($65,0 \pm 10,3$), satisfação com o trabalho ($p=0,002$), com maior média entre aqueles que afirmaram estar satisfeitos ($66,5 \pm 9,0$).

Tabela 2. Análise bivariada da QVT e variáveis sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, distrito leste, Foz do Iguaçu (PR), 2018

Domínio Variáveis	Físico		p	Psicológico	
	Média	DP*		Média	DP
Sexo			0,707		
Masculino	12,5	1,6		10,1	1,5
Feminino	12,2	2,0		9,4	2,1
Idade			0,953		
> 45 anos	12,1	2,1		9,2	2,2
≤ 45 anos	12,4	1,8		9,8	1,9
Estado Civil			0,929		
Com companheiro	12,1	1,8		9,6	1,8
Sem companheiro	12,4	1,8		9,2	2,0
Cor da pele			0,761		
Branca	12,2	2,2		9,7	2,2
Não Branca	12,2	1,5		9,1	1,8
Nº de Filhos			0,852		
≤ 2	12,2	2,0		9,6	2,0
> 2	12,3	1,8		9,0	2,2
Nível de formação			0,614		
Fundamental/Médio	12,2	1,9		9,3	2,0
Superior	12,4	2,0		9,9	2,1

Tabela 2. (cont.)

Domínio Variáveis	Físico			Psicológico	
	Média	DP*	p	Média	DP
Tempo Serviço na APS**			0,666		
≤ 11 anos	12,3	1,9		9,5	1,8
> 11 anos	12,1	2,0		9,4	2,3
Renda familiar			0,973		
Até 3 SM***	12,4	2,2		10,2	1,3
04 a 07 SM	12,3	1,8		9,5	2,2
08 ou mais SM	11,9	2,4		9,0	1,9
Tipo de moradia			0,315		
Própria	12,2	1,9		9,5	2,1
Alugada/cedida	11,4	2,5		8,4	1,2
Realiza atividade Física			0,206		
Sim	12,4	2,1		9,9	1,9
Não	12,1	1,8		9,2	2,1
Tabagismo			0,478		
Sim	11,9	2,1		9,3	2,3
Não	12,3	1,9		9,5	2,0
Autopercepção da alimentação			0,183		
Positiva	12	1,9		9,4	2,0
Negativa	12,4	2,0		9,5	2,1
Comorbidade autorreferida			0,157		
Sim	12	1,9		9,6	2,0
Não	12,4	2,0		9,4	2,1
Uso de medicamento contínuo			0,392		
Sim	12,1	2,0		9,3	2,1
Não	12,3	1,9		9,6	2,0
Dor autorreferida			0,025		
Sim	11,9	1,7		9,4	2,0
Não	12,6	2,1		9,6	2,1
Dor autorreferida relacionada ao trabalho			0,158		
Sim	11,9	1,8		9,3	2,0
Não	12,4	2,0		9,6	2,1
Satisfeito com trabalho			0,088		
Satisfeito	12,6	1,9		10,2	1,7
Insatisfeito	12,0	1,9		9,1	1,1
Afastamento do trabalho devido à dor			0,748		
Sim	12,2	1,4		9,3	2,1
Não	12,2	2,1		9,5	2,0

*DP = Desvio-Padrão. **APS = Atenção Primária à Saúde. *** SM = Salário Mínimo.

#QWLQ-bref = Quality of Working Life Questionnaire - versão abreviada.

Com relação ao domínio físico, constatou-se significância estatística para variável presença de dor ($p=0,025$), com destaque de maior média entre os profissionais que não apresentaram dor ($12,6\pm 2,1$). No domínio psicológico, a variável satisfação com o trabalho apresentou

significância estatística ($p=0,004$), com maior média para aqueles que se encontram satisfeitos com o trabalho ($10,2\pm 1,7$).

A respeito do domínio pessoal, as variáveis que apresentaram significância estatística foram a cor da pele ($p=0,012$), com destaque

para a cor branca, com média de $4,7 \pm 2,4$; a satisfação com o trabalho ($p=0,012$), com maior média entre os profissionais que afirmaram estar satisfeitos com o trabalho ($10,2 \pm 1,7$). Os profissionais que referiram afastamento do trabalho ($9,5 \pm 2,0$) também tiveram significância estatística ($p=0,016$).

No domínio profissional, as variáveis com significância estatística foram sexo ($p=0,016$), com destaque para as mulheres ($29,3 \pm 3,9$); presença de dor ($p=0,005$), com maior média para aqueles que não relataram esse sintoma ($28,3 \pm 0,5$); e a satisfação com o trabalho ($p=0,005$), com maior média para aqueles que se encontram satisfeitos ($28,8 \pm 4,8$).

O escore total médio de estresse percebido pelos participantes foi de $24,5 \pm 6,0$, variando entre 10 e 40 pontos. Na *tabela 3*, está apresentada a associação entre nível de estresse percebido e variáveis sociodemográficas e de hábitos de vida dos participantes do estudo. As variáveis que se relacionaram com maior nível de estresse dos profissionais foram percepção quanto à alimentação ($p=0,013$), com destaque para aqueles que a consideram como não saudável ($25,9 \pm 5,8$); à presença de dor ($p=0,002$), com $26,3 \pm 6,0$; à dor relacionada ao trabalho ($p=0,004$), com $26,3 \pm 5,9$; e à insatisfação com o trabalho ($p=0,001$), com $25,9 \pm 6,2$.

Tabela 3. Análise bivariada do Nível de Estresse Percebido (PSS-13) e variáveis sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, distrito leste, Foz do Iguaçu (PR), 2018

Variáveis	Escore total PSS-13*		
	Média	DP**	p
Sexo			0,088
Feminino	24,9	6,2	
Masculino	22,7	4,6	
Idade			0,562
> 45 anos	24,9	6,2	
≤ 45 anos	24,1	5,7	
Estado Civil			0,762
Sem companheiro	24,3	6,3	
Com companheiro	24,8	5,7	
Cor da pele			0,153
Não Branca	23,9	6,2	
Branca	25,5	5,6	
Nº de Filhos			0,836
≤ 2	24,4	6,1	
> 2	24,8	5,6	
Nível de formação			0,608
Fundamental/Médio	24,6	5,9	
Superior	24,1	6,4	
Tempo Serviço na APS**			0,088
≤ 11 anos	23,7	6,5	
> 11 anos	25,2	5,6	
Renda familiar			0,143
Até 3 SM#	21,7	5,1	
04 a 07 SM	25,1	5,4	
08 ou mais SM	24,0	8,1	
Tipo de moradia			0,396
Própria	24,2	5,6	
Alugada/cedida	25,7	7,5	

Tabela 3. (cont.)

Variáveis	Escore total PSS-13*		
	Média	DP**	p
Realiza atividade Física			0,051
Sim	23,1	5,4	
Não	25,4	6,2	
Tabagismo			0,962
Sim	24,4	7,5	
Não	24,5	5,8	
Autopercepção da alimentação			0,013
Positiva	23,0	5,8	
Negativa	25,9	5,8	
Comorbidade autorreferida			0,065
Sim	25,7	5,8	
Não	23,4	6,0	
Uso de medicamento contínuo			0,269
Sim	25,1	6,3	
Não	23,9	5,7	
Dor autorreferida			0,002
Sim	26,3	6,0	
Não	22,7	5,3	
Dor autorreferida relacionada ao trabalho			0,004
Sim	26,3	5,9	
Não	23,2	5,7	
Satisfeito com trabalho			<0,001
Satisfeito	22,1	4,9	
Insatisfeito	25,9	6,2	
Afastamento do trabalho devido à dor			0,051
Sim	26,2	5,0	
Não	24,0	6,2	

*PSS-13 = Escala de Estresse Percebido 13. **DP = Desvio- Padrão. **APS = Atenção Primária à Saúde.

#SM = Salário Mínimo.

No modelo final de regressão linear múltipla (tabela 4) da QVT definido para o escore total constou a variável satisfação com trabalho ($\beta=45,65$; $IC_{95\%}=[1,21; 1.728,64]$; $p=0,039$); para o domínio psicológico, satisfação com trabalho ($\beta=2,67$; $IC_{95\%}=[1,25; 5,70]$; $p=0,011$); para o domínio pessoal, cor da pele ($\beta=3,01$;

$IC_{95\%}=[1,27; 7,15]$; $p=0,012$); para o domínio profissional, sexo ($\beta=0,10$; $IC_{95\%}=[0,01; 0,99]$; $p=0,049$). Com relação ao nível de estresse, o modelo ficou definido pela variável satisfação com o trabalho ($\beta=0,06$; $IC_{95\%}=[0,01; 0,54]$; $p=0,012$).

Tabela 4. Fatores associados à qualidade de vida no trabalho e estresse percebido em profissionais da Atenção Primária à Saúde (análise múltipla), distrito leste, Foz do Iguaçu (PR), 2018

*QWLQ-bref		IC95%		
Domínio/Variável	Exp (β)	Lim. Inf.	Lim. Sup.	p
Psicológico				
Satisfação com trabalho				
Sim	2,67	1,25	5,70	0,011
Não	1			
Pessoal				
Cor da Pele				
Branca	3,01	1,27	7,15	0,012
Não Branca	1			
Profissional				
Sexo				
Feminino	0,10	0,01	0,99	0,049
Masculino	1			
Escore Global				
Satisfação com trabalho				
Sim	45,65	1,21	1728,64	0,039
Não	1			
**PSS-13		IC95%		
Variável	Exp (β)	Lim. Inf.	Lim. Sup.	P
Satisfação com trabalho				
Sim	0,06	0,01	0,54	0,012
Não	1			

*QWLQ-bref = Quality of Working Life Questionnaire - versão abreviada. **PSS-13 = Escala de Estresse Percebido 13.

Discussão

Neste estudo, a avaliação da qualidade de vida e do nível de estresse utilizando-se de instrumentos validados permitiu aferir aspectos importantes que marcam a vida do profissional de saúde no trabalho na APS. Os achados do estudo apontaram satisfatória QVT e níveis médios de estresse entre os participantes. Além disso, mostrou que a satisfação com o trabalho está associada à QVT global e ao nível de estresse dos trabalhadores da APS. Outras variáveis, como a cor da pele e o sexo, estão associadas aos domínios pessoal e profissional da QVT, respectivamente.

A associação significativa da satisfação com o trabalho com o escore total de QVT e, também, especificamente, com o domínio psicológico revela que os profissionais mais satisfeitos apresentaram maior qualidade de vida relacionada ao trabalho neste estudo. A satisfação com o trabalho é um indicador muito útil na avaliação da QVT e está relacionada a estados internos do indivíduo e de grupos que predizem elementos da organização do trabalho em si¹⁴. Além disso, essa variável tem sido pesquisada em muitos estudos que apontam que aqueles profissionais que se consideram mais satisfeitos apresentam menores chances de desenvolver síndrome de *burnout*^{15,16}, são

menos vulneráveis a riscos psicossociais¹⁶ e possuem maior frequência na autopercepção positiva do estado de saúde¹⁷.

Considerando a satisfação no trabalho, alguns fatores têm sido descritos como determinantes, tais como satisfação com o trabalho executado; possibilidade de futuro na organização; reconhecimento pelos resultados alcançados; salário percebido; benefícios auferidos; relacionamento humano na equipe e na organização; ambiente psicológico e físico de trabalho; liberdade de atuar e responsabilidade de tomar decisões; possibilidade de estar engajado e de participar ativamente¹⁸⁻²⁰.

Pesquisa com médicos de Organização Social de Saúde que presta assistência ao SUS evidenciou que a satisfação com o ambiente de trabalho está relacionada com a equipe de trabalho, gerência da unidade e reconhecimento profissional²¹. Nessa perspectiva, quando se discute a satisfação com o trabalho, existem muitos fatores a serem considerados na realidade da APS investigada neste estudo, que podem se refletir no desempenho profissional frente às demandas dos usuários de saúde.

No domínio psicológico, evidenciou-se que trabalhadores da APS que são satisfeitos com o trabalho possuem escore 2,67 vezes maior que os trabalhadores que não estão satisfeitos. Esse domínio da QVT envolve aspectos de satisfação pessoal, motivação no trabalho e autoestima dos trabalhadores. É possível que os profissionais da APS que se consideram satisfeitos com o trabalho também apresentem satisfação pessoal, além de serem motivados no trabalho e possuírem uma elevada autoestima.

A análise da QVT mostrou também, nesta investigação, que o domínio pessoal referente a aspectos familiares, crenças pessoais, crenças religiosas e aspectos culturais que podem influenciar o trabalho¹² foi associado à cor da pele. Os trabalhadores que possuem a cor da pele branca possuem escore 3,01 vezes maior que os trabalhadores de cor não branca no domínio pessoal. Pelo fato de o estudo ter sido realizado em município da região Sul do Brasil, destaca-se o alinhamento com outras pesquisas com

trabalhadores da área da saúde nessa região que apresentam maior contingente de pessoas de cor branca²²⁻²⁴. Acredita-se que a adaptação religiosa, os aspectos familiares, pessoais e culturais sejam mais facilitados pelas pessoas de cor branca neste estudo devido à elevada distribuição desse público nessa região, fazendo com que tenham melhor QVT no domínio pessoal. Não foram encontrados estudos na literatura que também apontem que a cor da pele influencie a QVT.

Nesta investigação, o sexo esteve associado ao domínio profissional, o qual considera os aspectos e as atitudes organizacionais que influenciem a QVT dos profissionais. A análise desse domínio revela que não depende apenas dos trabalhadores em si para haver melhorias na QVT, mas das condições de trabalho oferecidas pelas empresas, dos benefícios e da sua responsabilidade social¹². É interessante ressaltar a associação desse domínio com a variável sexo, o que indica que é um fator pessoal importante que influencia na melhor ou pior QVT com relação às atitudes e aos aspectos organizacionais do trabalho em saúde. Neste estudo, indivíduos do sexo masculino tiveram escore 90,0% maior que o feminino no domínio profissional, o que aponta que ser homem pode ser um fator de proteção para a QVT nesse domínio.

O sexo tem sido discutido na literatura com destaque para algumas características relacionadas às mulheres²⁴⁻²⁶. A predominância de mulheres nesta investigação pode apontar para a maior participação feminina no mercado de trabalho na nossa sociedade e o fato de elas se identificarem com o trabalho em saúde, que muitas vezes está relacionado ao cuidado com o outro²⁵. Entretanto, a inserção da mulher pode gerar vulnerabilidade, devido à discriminação de gênero e à possível distribuição injusta de tarefas²⁷. Ressalta-se, ainda, que muitas vezes a dupla jornada de trabalho adotada concilia o cuidado da família e da casa com o serviço em si^{25,26}. A alta sobrecarga doméstica também tem sido associada com a autoavaliação negativa do estado de saúde em

estudo com profissionais da APS no estado da Bahia¹⁷. Acredita-se que o acúmulo de atividades pela mulher pode estar interferindo no menor escore do domínio profissional, fazendo com que ela perceba menos aspectos positivos e atitudes organizacionais do trabalho em saúde, contribuindo para uma menor QVT no domínio profissional.

Diferentemente dos resultados encontrados no presente estudo, uma investigação realizada nas UBS de Santa Maria (RS) encontrou que profissionais do sexo feminino e mais jovens apresentaram maior QVT. Tal pesquisa ressaltou que os profissionais apresentaram desgastes físicos, emocionais e pouca adesão a comportamentos saudáveis, fato que está atrelado à sua rotina de trabalho²⁴.

Com relação ao nível de estresse pesquisado, esta pesquisa revelou que aqueles profissionais que não estão satisfeitos com o trabalho têm 94,0% maior escore de estresse percebido do que aqueles que estão satisfeitos. Os profissionais que estão satisfeitos com o trabalho apresentam menores níveis de estresse, representando um fator de proteção relevante no contexto laboral.

Entre os fatores causadores de insatisfação no trabalho em saúde, bem como no âmbito da APS, encontra-se o trabalhar em local que não é de sua escolha, a sobrecarga de trabalho e a violência, que têm sido responsáveis por doenças relacionadas ao trabalho, absenteísmo e problemas psicossociais²⁸. Essas questões podem ocasionar agravos, como estresse, ansiedade, depressão, outros transtornos mentais e abuso de álcool e drogas²⁹.

Os níveis elevados de estresse predis põem os profissionais à síndrome de *burnout*. O trabalho na APS faz com que os profissionais estejam mais próximos da comunidade e de suas realidades, sentindo-se cobrados e pressionados a dar respostas às necessidades das comunidades que atendem^{8,30}. Além disso, são cobrados por produtividade num cenário com carência de recursos humanos, materiais e de infraestrutura e com visão curativista que diverge dos ideais da APS, o que demonstra ser

um trabalho complexo por exigir a utilização da tecnologia leve^{7,31}.

Pesquisa de revisão integrativa da literatura identificou que os trabalhadores de saúde da APS apresentam-se esgotados devido às inadequadas condições de trabalho, caracterizadas por escassez de recursos humanos e físicos, que levam a sobrecarga de trabalho, violência no ambiente de trabalho e dificuldade no trabalho em equipe, apesar de apresentarem-se satisfeitos com o ambiente de trabalho³².

O estresse contínuo no trabalho pode trazer consequências prejudiciais à saúde mental e física do trabalhador, tais como o desenvolvimento da síndrome metabólica, de distúrbios do sono, diabetes, hipertensão, enfermidades psicossomáticas, síndrome de *burnout*, depressão, uso de substâncias psicoativas, além de queda na produtividade, absenteísmo, insatisfação laboral e baixa QVT^{3,33}.

O estudo ora apresentado revela em sua estrutura algumas limitações dignas de nota. Primeiramente, o fato relacionado ao tipo de delineamento conduzido, que foi o transversal, que impede que os resultados apresentados sejam tomados como causa e efeito, devido a não aferição da temporalidade. Outro ponto importante foram os aspectos que envolveram a amostra utilizada de um distrito sanitário do município, o que não pode ser generalizado para outras realidades. Apesar de tais limitações, sob a perspectiva dos instrumentos avaliativos empregados, os resultados desta investigação são potencialmente relevantes, pois foram obtidos a partir de uma escala com capacidade de inferir consequências clínicas oriundas de níveis de estresse, além da repercussão na QVT dos profissionais. Essa investigação pôde contribuir para revelar um contexto até então desconhecido, que é similar ao de outras localidades da conjuntura laboral da APS no País.

Foram utilizados diferentes instrumentos e escalas de autorrelato, visando a aumentar a confiabilidade do estudo para avaliação de qualidade de vida e estresse laboral dos trabalhadores. Apesar disso, este estudo abordou

um leque de variáveis que potencialmente influenciam a QVT e os níveis de estresse, destacando aspectos que podem ser utilizados por gestores e por profissionais da saúde. Destaca-se, ainda, que foi possível desvelar o atual panorama da QVT e os níveis de estresse dos profissionais da APS, o que até então não havia sido feito em investigações anteriores.

Conclusões

Conclui-se que a satisfação com o trabalho constitui importante fator na determinação da melhor QVT e no domínio psicológico, bem como na proteção contra o estresse. Outros fatores relacionados à melhor QVT nos domínios pesquisados foram: a cor da pele branca no domínio pessoal e o sexo masculino no domínio profissional. Esses resultados devem ser considerados pelos serviços de saúde, bem como na formulação de políticas públicas na abordagem à saúde do trabalhador, especificamente na APS. Ao se reconhecer a satisfação com o trabalho como importante fator protetor da QVT e da percepção do estresse, poderão ser feitas intervenções oportunas para melhoria

da saúde do trabalhador. Sugere-se, também, a formação de grupos para discutir os mecanismos de enfrentamento do estresse, a fim de que sejam adotados em momentos oportunos, permitindo, então, um manejo adequado dos estressores, a consequente prevenção do estresse laboral e a melhora na QVT. Por fim, é importante ressaltar a necessidade de realizar estudos longitudinais que permitam verificar a associação causal entre QVT, nível de estresse dos profissionais de saúde e seus fatores associados.

Colaboradores

Lima GKM (0000-0003-2378-1404)* contribuiu para a concepção, planejamento e escrita do manuscrito. Gomes LMX (0000-0001-6442-5719)* contribuiu significativamente para a interpretação dos dados, revisão crítica e final do conteúdo do manuscrito. E Barbosa TLA (0000-0002-6985-9548)* contribuiu para concepção, planejamento, análise estatística, interpretação de dados e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Diário Oficial da União, Brasília, DF, [internet]. 7 Nov 2011 [acesso em 2019 jun 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm.
2. Ferreira MC. Qualidade de vida no trabalho (qvt): do assistencialismo à promoção efetiva. [internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 23]; 11(2):28-35. Disponível em: http://www.laboreal.up.pt/files/articles/28_35_1.pdf.
3. Aquino AS, Fernandes ACP. Quality of life and work. J Health Sci Insti [internet]. 2013 [acesso em 2019 abr 12]; 31(1):53-58. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p53a58.pdf.
4. Ribeiro LA, Santana LC. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. RIC [internet]. 2015 [acesso em 2019 maio 20]; 2(2):75-96. Disponível em: https://www.cairu.br/ricairu/pdf/artigos/2/06_QUALIDADE_VIDA_TRABALHO.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; [internet] 2017. [acesso em 2019 mar 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
6. Martins MB, Araújo TPF, Ferreira LB, et al. Qualidade de vida dos enfermeiros da atenção primária à saúde de Brasília – DF. Rev. Eletrônica Gestão e Saúde [internet]. 2013 [acesso em 2019 fev 7]; 4(2):293-302. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/249/238>.
7. Maissiat GS, Lautert L, Pai DD, et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. Rev. Gaúcha Enferm [internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 23]; 36(2):42-49. Disponível em: [tps://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt_1983-1447-rgenf-36-02-00042.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt_1983-1447-rgenf-36-02-00042.pdf).
8. Lima AS, Farah BF, Bustamante-Teixeira MT. Análise da prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da atenção primária em saúde. Trab. educ. saúde [internet]. 2018 [acesso em 2019 fev 14]; 16(1):283-303. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00099.pdf>.
9. Teles MAB, Barbosa MR, Vargas AMD, et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. Health and Quality of Life Outcomes [internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 10]; 12:72. Disponível em: <https://hql.o.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-12-72>.
10. Azevedo BS, Nery AA, Cardoso JP. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. Texto Contexto Enferm [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 8]; 26(1):e3940015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_1980-265X-tce-26-01-e3940015.pdf.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população. Brasília, DF: IBGE [internet]. 2018. [acesso em 2019 fev 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?t=resultados%2527%2527%2527>.
12. Cheremeta M, Pedroso B, Pilatti LA, et al. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. Revista Brasileira de Qualidade de Vida [internet]. 2011 [acesso em 2019 jan 15]; 3(1):1-15. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/758/600>.
13. Cohen S, Karmack T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav [internet]. 1983 [acesso em 2019 fev 22]; 24(4):385-96. Disponível em: https://www-jstor-org.ez27.periodicos.capes.gov.br/stable/pdf/2136404.pdf?ab_

segments=0%252Fbasic_SYC-5187%252Ftest&refr
eqid=excelsior%3A0e780a3f5b10c574c1c083161f33
2aab.

14. Sampaio JR. Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. *Rev. psicol. organ. Trab* [internet]. 2012 [acesso em 2019 abr 12]; 12(1):121-136. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n1/v12n1a11.pdf>.
15. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del Burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. *Semergen* [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 19]; 41(4):191-198. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359314001270>.
16. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Arribas-Boscá N, et al. Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jul 8]; 34(11):e00189217. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n11/1678-4464-csp-34-11-e00189217.pdf>.
17. Lua I, Almeida MMG, Araújo TM, et al. Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. *Trab educ saúde* [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 20]; 16(3):1301-1319. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-16-03-1301.pdf>.
18. Chiavenato I. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 4. ed. Barueri: Manole;2014.
19. Lu Y, Hu XM, Huang XL, et al. Job satisfaction and associated factors among healthcare staff: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMJ Open* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jul 9]; 6(7):e011388. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/7/e011388.full.pdf>.
20. Collins S. Statutory social workers: stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences. *Br. J. Soc. Work* [internet]. 2008 [acesso em 2019 maio 19]; 38(6):1173-1193. Disponível em: [tps://academic-oup-com.ez27.periodicos.capes.gov.br/bjsw/article/38/6/1173/1660225](https://academic-oup-com.ez27.periodicos.capes.gov.br/bjsw/article/38/6/1173/1660225).
21. Pegorari F, Morgado F, Alves BCA, et al. Nível de satisfação dos profissionais médicos quanto ao seu ambiente de trabalho em organização social de saúde de assistência ao sistema único de saúde do Brasil. *J Hum Growth Dev* [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 11]; 27(3):322-331. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v27n3/pt_10.pdf.
22. Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev. Saúde Públ* [internet]. 2005 [acesso em 2019 maio 13]; 39(4):669-676. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25542.pdf>.
23. Magnago TSBS, Lima ACS, Prochnow A, et al. Intensidade da dor musculoesquelética e a (in) capacidade para o trabalho na enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2012 [acesso em 2019 maio 18]; 20(6):1125-1133. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_15.pdf.
24. Medeiros PA, Silva LC, Amarante IM, et al. Condições de saúde entre profissionais da atenção básica em saúde do município de Santa Maria - RS. *RBCS* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 24]; 20(2):115-122. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/18961/15739>.
25. Santos FAAS, Sousa LP, Serra MAAO, et al. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. *Acta paulista de enfermagem* [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 22]; 29(2):191-197. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v29n2/1982-0194-ape-29-02-0191.pdf>.
26. Tavakoli-Fard N, Mortazavi SA, Kuhpayehzadeh J, et al. Quality of life, work ability and other important indicators of women's occupational health. *Int J Occup Med Environ Health* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 11]; 29(1):77-84. Disponível em: <http://ijomeh.eu/Quality-of-life-work-ability-and-other-important-indicators-of-women-s-health-worker,58504,0,2.html>.
27. Landsbergis PA, Dobson M, Koutsouras G, et al. Job

- strain and Ambulatory Blood Pressure: a meta-analysis and systematic review. *Am J Public Health* [internet]. 2013 [acesso em 2019 jun 17]; 103(3):e61-e71. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673518/pdf/AJPH.2012.301153.pdf>.
28. Munyewende PO, Rispel LC, Chirwa T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African Provinces. *Human Resources for Health* [internet]. 2014 [acesso em 2019 jun 2]; 12:27. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4024627/pdf/1478-4491-12-27.pdf>.
29. Fernandes MA. Riscos ocupacionais e o adoecimento de trabalhadores de saúde de um hospital psiquiátrico do Piauí. [tese]: Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2014. 130 p. [acesso em 2020 set 4]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07012015-143853/pt-br.php>.
30. Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, et al. A síndrome de burnout em profissionais da rede de atenção primária à saúde de Aracaju, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2015 [acesso em 2019 maio 29]; 20(10):3011-3020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3011.pdf>.
31. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, et al. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jul 15]; 39:65127. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/1983-1447-rngenf-39-e65127.pdf>.
32. Garcia GPA, Marziale MHP. Indicators of burnout in Primary Health Care workers. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 20]; 71(supl5):2334-2342. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2334.pdf.
33. Moura A, Lunardi R, Volpato R, et al. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jun 13]; (19):17-26. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a03.pdf>.

Recebido em 26/12/2019

Aprovado em 14/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Malformações congêntas e uso de agrotóxicos no município de Giruá, RS

Congenital malformations and use of pesticides in the city of Giruá, RS

Luis Fernando Ferreira¹, Angélica Reolon da Costa¹, Silvana Ceolin¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012615

RESUMO O objetivo deste estudo foi relacionar o uso de agrotóxicos com a ocorrência de malformações congêntas no município de Giruá (RS), bem como determinar os fatores de risco associados. A pesquisa é de abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratória, realizada durante o primeiro semestre de 2019. O estudo foi conduzido em duas etapas: (a) associação da ocorrência de malformações com o uso de agrotóxicos, que foi calculada por meio dos Odds Ratios, sendo o Intervalo de Confiança (IC) adotado para as amostras de 95%; e (b) determinação dos fatores de risco associados, em que foi realizada uma entrevista com agricultores residentes no município. Percebe-se que as taxas de malformações congêntas do município de Giruá são superiores à média do estado para o mesmo período. Há probabilidade de que a ocorrência de malformações no município esteja associada ao uso de agrotóxicos, pois todos os valores dos Odds Ratios foram maiores que um. Os fatores de risco identificados foram baixa escolaridade, classe toxicológica e princípios ativos, uso inadequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), número de pessoas com diagnóstico de intoxicação ou que relataram algum sinal ou sintoma associado e armazenamento dos produtos.

PALAVRAS-CHAVE Agroquímicos. Anormalidades Congêntas. Saúde pública.

ABSTRACT *The objective of this study was to relate the use of pesticides to the occurrence of congenital malformations in the city of Giruá (RS), as well as to determine the associated risk factors. The research has a quantitative, descriptive-exploratory approach, and was carried out during the first semester of 2019. The study was conducted in two stages: (a) association of the occurrence of malformations with the use of pesticides which was calculated using the Odds Ratios, with the Confidence Interval (CI) being adopted for the 95% samples; and (b) determination of the associated risk factors, for which an interview was conducted with farmers living in the municipality. It is noticed that the rates of congenital malformations in the city of Giruá, are higher than the state average for the same period. There is a probability that the occurrence of malformations in the municipality is associated with the use of pesticides, because all Odds Ratios were greater than one. The risk factors identified were low educational level, toxicological class and active principles, inadequate use of Personal Protective Equipment (PPE), number of people diagnosed with intoxication or who reported some associated signal or symptom and storage of the products.*

KEYWORDS *Agrochemicals. Congenital abnormalities. Public health.*

¹Sociedade Educacional
Três de Maio (Setrem) –
Três de Maio (RS), Brasil.
angelicacosta@setrem.
com.br



Introdução

O modelo de produção capitalista e a exploração do meio ambiente foram um marco histórico na estrutura fundiária do Brasil, em prejuízo da agricultura sustentável, agroecológica e orgânica¹. Esse modelo impulsionou o uso e o registro de novos agrotóxicos no Brasil, colocando o País no *ranking* dos que mais utilizam esses produtos no mundo². Esse cenário de utilização de múltiplas classes de agrotóxicos nos sistemas produtivos no Brasil tem trazido graves problemas para a saúde humana e ambiental³.

Na saúde, o uso de agrotóxicos está associado ao câncer, a alergias, distúrbios gastrointestinais, respiratórios, endócrinos, reprodutivos, neurológicos e risco de suicídio⁴. O uso de agrotóxicos está associado, ainda, à ocorrência de malformações fetais, como: testículo não descido, malformações do aparelho circulatório, sistema nervoso, aparelho digestivo, aparelho geniturinário, aparelho osteomuscular, anomalias cromossômicas, espinha bífida, malformações de fenda labial e palatina e outras malformações congênitas^{5,6}.

Conforme dados epidemiológicos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), para a Unidade da Federação e para o estado do Rio Grande do Sul, as taxas de malformações congênitas, no período de 1999 a 2016, tiveram uma média de 6,45 e 8,21, respectivamente⁷. Na literatura nacional, existem poucas pesquisas associando o uso de agrotóxicos com a ocorrência de malformações fetais. A maioria é restrita aos estados do Mato Grosso e do Paraná.

A associação entre a ocupação paterna na agricultura e óbitos fetais, em que as famílias em áreas de maior utilização de agrotóxicos tiveram maior risco de viver gestações com morte fetal, incluindo as causadas por anomalias congênitas, foi evidenciada por Rigotto et al.⁸. Já as chances de 100% de maior ocorrência de malformação congênita entre as crianças cujas mães foram expostas durante o período periconcepcional a agrotóxicos, em relação às mães que não foram

expostas, foram descritas por Oliveira et al.⁹, corroborando Dutra; Ferreira^{5,6}.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da atuação dos profissionais da saúde no desenvolvimento de práticas de cuidado e gestão aos grupos populacionais com risco de exposição aos agrotóxicos¹⁰. A atuação do enfermeiro, enquanto profissional de saúde, é preponderante no desenvolvimento de ações de conscientização e de difusão de informação entre os agricultores, além do fornecimento das orientações, bem como a assistência, o suporte e os cuidados necessários nos casos de intoxicação por agrotóxicos, contribuindo, assim, para a redução da ocorrência de malformações congênitas resultantes da exposição aos agrotóxicos¹¹.

Ao se considerar a carência de estudos nacionais sobre o tema, fica evidente a necessidade da realização de pesquisas de cunho epidemiológico, toxicológico ou estudos de caso controle, a fim de confirmar a associação da ocorrência de malformações fetais com a exposição aos agrotóxicos. Além disso, ao considerar que o município de estudo tem a sua economia baseada na agricultura, grande parte da população tem contato direto ou indireto com agrotóxicos, e se tornam relevantes as pesquisas que analisam o impacto dos agrotóxicos sobre a população exposta. Assim, o presente estudo tem como objetivo relacionar o uso de agrotóxicos com a ocorrência de malformações congênitas no município de Giruá (RS), bem como determinar os fatores de risco associados.

Material e métodos

A pesquisa é de abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratória e foi realizada no município de Giruá, que fica situado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu durante o primeiro semestre de 2019, no período de fevereiro a maio. O estudo foi conduzido em duas etapas: (a) associação da ocorrência de malformações com o uso de agrotóxicos; (b) determinação dos fatores de risco associados.

Associação da ocorrência de malformações com o uso de agrotóxicos

Para determinar a associação do uso de agrotóxicos com a ocorrência de malformações congênitas no município de Giruá, primeiramente, foi realizado o levantamento das informações dos nascidos vivos com malformações, no período de 1999 a 2016. Tais dados foram obtidos do Sinasc, do Ministério da Saúde. Trata-se de um sistema de informação de base populacional, que agrega os registros contidos na declaração de nascidos vivos, o que permite diversas análises na área de saúde materno-infantil.

Foram desconsiderados os casos de nascidos vivos com registro ignorado ou desconhecido. As taxas de malformações foram calculadas por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos com malformação} \times 1.000}{\text{Total de nascidos vivos no período}}$$

Foi feita uma comparação das taxas de malformações ocorridas no município de Giruá, dividindo-se os dados em dois períodos: primeiro período (1999-2007) e segundo período (2008-2016). As taxas referentes ao segundo período foram tidas como referência, uma vez que apresentavam um menor nível de exposição. A possível associação do uso de agrotóxicos com a ocorrência de malformações no município foi calculada por meio do Odds Ratios (OR), e o Intervalo de Confiança (IC) adotado para as amostras foi de 95%.

Os Odds Ratios fornecem dados sobre a força da associação entre o fator estudado e o desfecho, permitindo que se faça um julgamento sobre uma relação de causalidade. Para a construção da variável de exposição, levou-se em consideração a quantidade de lavouras plantadas por hectare de acordo com o ano de plantio, no período de 1999 a 2016. Foram selecionados três grãos de cultivo, principais *commodities* agrícolas da região, sendo estes: milho, soja, trigo. Os dados sobre plantio foram

obtidos por intermédio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística^{12,13}.

Determinação dos fatores de risco associados

Para essa determinação, foi realizada uma entrevista com agricultores residentes no município de Giruá. A população rural do município é de, aproximadamente, 4.168 pessoas, o que indica uma margem de 24,4% dos habitantes do município, distribuídos em 1.440 propriedades rurais¹².

A população que serviu de base para a definição do tamanho da amostra foi de 1.440 indivíduos, por estarem de acordo com os seguintes critérios de inclusão: trabalhar na atividade agrícola, realizar manejo de agrotóxicos, residir na área rural do município de Giruá e ser maior de 18 anos. Considerando essa população, foi calculado o tamanho amostral para planejamento da média numérica de pessoas que deveriam ser entrevistadas, sendo utilizada a seguinte fórmula¹⁴:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (n - 1)}$$

Legenda: n – amostra calculada; N – população; Z – variável normalmente padronizada associada ao nível de confiança; p – verdadeira probabilidade do evento; e – erro amostral.

Considerando um nível de confiança de 99% e um percentual máximo de 60% da população amostrada, foram entrevistados 63 produtores rurais.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário estruturado com questões objetivas, abordando aspectos como: o uso de agrotóxicos, perfil sociodemográfico, conhecimento dos agricultores a respeito dos riscos de intoxicações, consequências para a saúde relacionadas à sua exposição, uso de equipamentos de proteção, sinais e sintomas característicos do contato com agrotóxicos, armazenamento e destino das embalagens vazias.

A pesquisa foi realizada nas residências dos entrevistados. O pesquisador, após se apresentar, explicou o objetivo do trabalho, entregando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que o entrevistado, ao aceitar participar da pesquisa, assinou e recebeu uma cópia. Em seguida, o participante respondeu ao formulário acima proposto. Não houve recusa de nenhum dos participantes definidos na amostragem de participar da pesquisa, nem perda de amostra.

A apresentação dos dados foi feita em gráficos e tabelas. Para análise dos dados, foram construídas planilhas no Microsoft Excel®. Foram formuladas tabelas de frequências (absoluta, relativa e relativa acumulada), IC de 95% e Odds Ratios. As associações entre as variáveis independentes com a variável dependente foram estabelecidas sendo utilizados os testes de razão de chances com o respectivo IC de 95% para as variáveis categóricas. Foi adotado o nível de significância de 5% em todos os testes.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade

de Passo de Fundo (UPF), no Rio Grande do Sul (RS), obtendo parecer favorável para a coleta de dados sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 98059118.5.0000.5342.

Os materiais com as informações obtidas para realização da pesquisa incluíram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS)¹⁵.

Resultado e discussão

Com relação à área plantada em hectares e às três principais culturas produzidas no município de Giruá, no período de 1999 a 2016, observou-se que, ao longo do período avaliado, houve aumento significativo na área cultivada. Em 1999, essa era de 68.100 hectares, já em 2016 foi de 92.450 hectares, o que representa um aumento de 26,34% observado nas três culturas consideradas (*tabela 1*).

Tabela 1. Quantitativo de hectares plantados na produção de milho, soja e trigo no município de Giruá, de 1999 a 2016. Giruá (RS), 2019

Ano	Produto das lavouras temporárias			Total (ha)
	Milho	Soja	Trigo	
1999	2600	56500	9000	68100
2000	3500	56500	14000	74000
2001	6000	56500	14000	76500
2002	3700	56500	20000	80200
2003	3700	57000	30000	90700
2004	3000	57000	32000	92000
2005	2000	45000	30000	77000
2006	5500	57000	10500	73000
2007	5500	57000	23000	85500
2008	4300	57000	25000	86300
2009	3000	57000	22500	82500
2010	5000	58000	23000	86000
2011	4500	58000	28000	90500
2012	2300	58000	30000	90300

Tabela 1. (cont.)

Ano	Produto das lavouras temporárias			
	Milho	Soja	Trigo	Total (ha)
2013	4300	58000	30000	92300
2014	4500	60000	35000	99500
2015	4600	63700	25000	93300
2016	4600	63850	24000	92450
Total (ha)				1530150

Destaca-se, ainda, no ano de 2016, que 68,77% da área cultivada no município eram destinados para a produção de soja. A segunda cultura de maior relevância para o município é o milho, que representa 25,96% da área produzida, e o restante é destinado ao cultivo de trigo (*tabela 1*).

A *tabela 2* expressa a Odds Ratios Bruta e Intervalos de Confiança de nascidos vivos com malformações congênitas para o município de Giruá no período entre 1994 e 2016.

As análises das taxas de malformações congênitas foram divididas em dois períodos, 1999-2007 e 2008-2016, sendo de 17,90 e 15,08, respectivamente, totalizando uma taxa média de 16,74 para os dois períodos. A maior taxa de malformações congênitas foi encontrada no primeiro período. Já para a Unidade da Federação e para o estado do Rio Grande do Sul, as taxas de malformações congênitas neste período apresentaram uma média de 6,45 e 8,21, respectivamente, ou seja, menor que no município analisado⁸.

Quanto aos Odds Ratios Bruta e Intervalos de Confiança de nascidos vivos com malformações congênitas para o município de Giruá, a maior relação encontrada refere-se à anomalia congênita, classificada como: ‘Testículo não descido’ (OR = 5,6, IC95% = 3,85-10,41). Estudo realizado por Dutra; Ferreira^{5,6}, nos estados do Paraná e de Minas Gerais, no período de 1994-2014, também relatou que a malformação de testículo não descido foi a que mais sobressaiu (OR = 6,64, IC95% = 3,85-11,46), assim

como neste trabalho. Sobre esse aspecto, os agrotóxicos são suspeitos de influenciar a diferenciação sexual do feto e desfechos pendentes de hormônios sexuais¹⁶. Por serem disruptores endócrinos, sugere-se que os agrotóxicos são capazes de induzir à malformação de testículos não descidos¹⁷.

A segunda maior relação encontrada para o município refere-se às ‘Malformações Congênitas do Aparelho Circulatório’ (OR = 4,21, IC95% = 4,21-6,01). Tal fato corrobora a pesquisa de Dutra; Ferreira⁵, em que a referida malformação obteve maior OR (OR = 5,32, IC95% = 4,48-6,31). Já em estudo realizado por Dutra; Ferreira⁶, no estado de Minas Gerais, as malformações do aparelho circulatório apresentaram a terceira maior relação (OR = 3,27, IC95% = 2,83-3,77).

A respeito dessas malformações, Carmen et al.¹⁸ afirmam que os estados brasileiros com maior autoconsumo de agrotóxicos, nos anos 2013 e 2014, apresentaram aumento de 100 a 75% no risco de ocorrência de malformações congênitas do sistema cardiovascular, aspecto que é reforçado por estudo de caso controle realizado por Rocheleau et al.¹⁹. Ambos encontraram relação entre malformações congênitas cardíacas com a exposição ocupacional de mães a agrotóxicos, como alterações de septo atrial, estenose da válvula pulmonar, síndrome da hipoplasia do coração esquerdo.

Observou-se, ainda, que a terceira maior relação encontrada para o município de Giruá foi referente às ‘Malformações Congênitas do

Aparelho Osteomuscular' (OR = 3,56, IC95% = 3,42-3,88). Dutra; Ferreira⁵, avaliando os casos encontrados no estado do Paraná, observaram resultado semelhante, enquanto, em estudo realizado no estado de Minas Gerais⁶, esse tipo de malformação apresentou a quinta posição. Esses resultados são reafirmados por Kalliora²⁰, que concluiu que há uma tendência positiva para uma relação entre a exposição ocupacional e o uso de alguns agrotóxicos com anomalias congênitas do sistema osteomuscular.

Destaca-se, ainda, a quarta maior relação encontrada no município, que se refere às 'Malformações Congênitas do Aparelho Geniturinário' (OR = 3,2, IC95% = 2,66-3,46). Mais uma vez, esses resultados corroboram os obtidos por Dutra; Ferreira⁵, em que as malformações do aparelho geniturinário apresentaram a quarta maior relação (OR = 3,28, IC95% 2,86-3,75). Já em pesquisa realizada por Dutra; Ferreira⁶, no estado de Minas Gerais, ela ficou na sexta posição (OR = 2,60, IC95% 2,34-2,88), comprovando a relação do uso de agrotóxicos com esse tipo de malformação,

o que foi evidenciado, ainda, por Kalliora²⁰, que afirmou haver relação entre exposição ambiental e ocupacional no uso de agrotóxicos e anomalias congênitas do sistema urogenital.

As demais relações encontradas nas malformações congênitas são: Outras Malformações Congênitas (OR = 2,9, IC = 2,60-3,44), outras Malformações Congênitas do Aparelho Digestivo (OR= 2,75, IC= 2,43-3,25) e Anomalias Cromossômicas NCOP (OR = 2,63, IC = 2,40-3,10), respectivamente.

Estudo realizado por Toichuev²¹ verificou a presença de organoclorados em placentas de mulheres que moravam em área de maior exposição aos agrotóxicos, sendo observados problemas de saúde em recém-nascidos de baixo peso ao nascer, malformações congênitas, infecções e natimortos, em prematuro com parto prematuro, pré-eclâmpsia/gestacional e frequência de hospitalização após o parto. Os dados do estudo evidenciaram, mais uma vez, que há relação entre o uso de agrotóxicos e a ocorrência de malformações fetais, e que são necessárias campanhas de prevenção e de conscientização da população sobre esse tema.

Tabela 2. Número, Odds Ratios e Intervalos de Confiança de nascidos vivos com malformação congênita para o município de Giruá. Giruá (RS), 2019

Tipo de Anomalia Congênita	1999-2007	2008-2016	Total	OR*	IC**95%
Malformações do Sistema Nervoso	1	0	1	2,21	2,01-2,45
Malformações do Aparelho Circulatório	1	1	2	4,21	4,21-6,01
Fenda labial, Fenda Palatina	2	1	3	2,27	2,32-2,86
Malformações do Aparelho Digestivo	1	1	2	2,75	2,43-3,25
Testículo não descido	4	6	10	5,6	3,85-10,41
Malformações do Aparelho Geniturinário	4	2	6	3,2	2,66-3,46
Deformidades do Quadril	0	3	3	1,3	0,90-2,01
Deformidades dos Pés	8	2	10	2,5	2,35-2,78
Malformações do Aparelho Osteomuscular	5	6	11	3,56	3,42-3,88
Outras Malformações Congênitas	11	2	13	2,9	2,60-3,44
Anomalias Cromossômicas NCOP	4	0	4	2,63	2,40-3,10
Total de nascidos vivos com malformações	41	24	65	3,01	2,90-3,10
Taxa de malformações congênitas	17,90	15,08	16,74		

Fonte: Elaboração própria.

*Odds Ratios (OR).

**Intervalo de Confiança (IC).

Percebe-se que os resultados encontrados no estudo corroboram outros estudos, com destaque para estudo realizado no Paraná⁵, em que as posições das malformações são idênticas, e os OR bem próximos aos obtidos neste estudo. Já o estudo realizado em Minas Gerais⁶ também apresenta resultados semelhantes, mas com algumas variações.

Para determinar os fatores de risco associados com a exposição aos agrotóxicos e, conseqüentemente, a possibilidade de malformações, foram entrevistados 63 agricultores, sendo eles proprietários e funcionários, maiores de 18 anos, que pertencem ao município de Giruá. A maioria com idade acima de 50 anos e do sexo masculino (*tabela 3*). A prevalência do sexo masculino na agricultura está relacionada ao fato de que o trabalho de preparação e de aplicação de agrotóxicos e outras atividades desenvolvidas na agricultura ainda são predominantemente masculinas, principalmente em propriedades que cultivam soja, trigo e milho, que são gerenciadas por homens, realidade que se apresenta em âmbito nacional²².

No contexto atual, as mulheres têm risco de exposição ocupacional aos agrotóxicos, uma vez que auxiliam no preparo dos produtos antes da aplicação, além de ajudarem puxando a borracha para pulverizar agrotóxicos no caso de equipamentos mecânicos, sendo que, na maioria dos casos, elas fazem esse trabalho sem quaisquer Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)²³. Além disso, existe o risco de exposição ambiental, por deriva técnica, quando residem em locais próximos às áreas de aplicação, e o risco de exposição paraocupacional, pois realizam lavagem das roupas contaminadas e ou dos EPIs²⁴.

Destaca-se que uma das dificuldades em mensurar o impacto da exposição ocupacional por parte das mulheres ocorre em função do fato de que o trabalho rural muitas vezes não é considerado por elas como um trabalho, e sim um tipo de ajuda conferida aos seus parceiros, entendendo a atividade feminina como apenas

complementar e contribuindo para a característica universal de segregação ocupacional²⁵. Há maior risco de ocorrência de malformações congênitas entre mães que manuseiam roupas e ferramentas contaminadas trazidas pelos maridos⁸.

O estudo apontou um baixo grau de escolaridade entre os trabalhadores rurais do município, em que 61,90% possuem Ensino Fundamental incompleto, e uma pequena porcentagem de pessoas possui nível superior completo (*tabela 3*). O baixo nível de escolaridade é um dos fatores associados ao risco de intoxicações, pela dificuldade de ler e entender as instruções fornecidas nos rótulos dos agrotóxicos sobre o correto manuseio desses produtos²⁶. O estudo de Silva et al.¹⁶ observou maior tendência de defeitos congênitos em neonatos de genitores com níveis baixos de escolaridade, sendo que, nos casos analisados, 71% dos pais e 64% das mães tinham nível de ensino fundamental incompleto, assim como o observado nesta pesquisa.

Por outro lado, os agricultores não devem ser culpabilizados pela sua baixa escolaridade e conseqüente intoxicação. Nesse contexto, a legislação prevê que, à direita do eixo central da faixa colorida dos rótulos de agrotóxicos, sejam colocados pictogramas referentes às precauções durante a aplicação, que devem ser de fácil entendimento. Essa seria uma alternativa para as pessoas de baixa escolaridade²⁷.

Todos os entrevistados utilizam agrotóxicos nas lavouras, sendo que os agrotóxicos pertencentes às classes toxicológicas de cor vermelha (extremamente tóxicos) e amarela (altamente tóxicos) são os mais utilizados (*tabela 4*), o que representa um maior risco à saúde humana e ambiental. Na cultura de tomate, de pimentão e em pastagens, os agrotóxicos mais utilizados são os de tarjas vermelhas e amarelas (68%), que apresentam grau altamente tóxico²². Destaca-se que agrotóxicos com maior grau de toxicidade têm maior probabilidade de estarem associados ao desenvolvimento de malformações fetais na população exposta.

Tabela 3. Características sociodemográficas dos agricultores entrevistados. Giruá (RS), 2019

Variáveis	Nº	Fr	Fra
Idade			
18 a 30 anos	7	11,11	10
31 a 40 anos	6	9,52	19,52
41 a 50 anos	7	11,11	30,63
Mais de 50 anos	43	68,25	98,89
Sexo			
Feminino	9	14,29	10
Masculino	54	85,71	95,71
Grau de Escolaridade			
Analfabeto	0	0,00	10
Ensino Fundamental incompleto	39	61,90	71,90
Ensino Fundamental completo	4	6,35	78,25
Ensino Médio incompleto	5	7,94	86,19
Ensino Médio completo	5	7,94	94,13
Ensino Superior incompleto	5	7,94	102,06
Ensino Superior completo	5	7,94	110,00

Fonte: Elaboração própria.

A grande maioria dos entrevistados tem consciência dos efeitos e riscos que os agrotóxicos podem causar à saúde, como câncer e malformações congênitas. Entre os entrevistados, é expressivo o número de pessoas que afirmam já terem se intoxicado (30,16%) com algum tipo de agrotóxico (tabela 4). Em estudo realizado por Silva et al.²⁰, 33,33% dos trabalhadores entrevistados relataram terem sido diagnosticados com intoxicação aguda, dos quais, 25% procuraram atendimento médico, enquanto 8,33% não procuraram nenhum atendimento.

Destaca-se que, no Brasil, é expressivo o número de intoxicações relacionadas à exposição e à utilização de agrotóxicos nas lavouras, e foram notificados pelo Ministério da Saúde, no período entre 2007 a 2014, um total de 25.106 mil casos de intoxicação por agrotóxicos²⁸. Preocupa, ainda, a existência de grande número de subnotificações nos casos de intoxicação por agrotóxicos, o que é um agravante no contexto da saúde pública e um obstáculo ao trabalho de vigilância.

As causas de subnotificação podem estar relacionadas com as dificuldades de registro das informações, quando há ausência de relato de intoxicação pelo trabalhador rural por dificuldade de acessar um serviço de saúde, ou quando há atendimento, e os profissionais de saúde relacionam a sintomatologia com outras doenças e agravos ou quando os registros não são efetivados nos sistemas de informação²⁹. Diante desse cenário de subnotificação, é fundamental que os profissionais de saúde saibam notificar os casos de intoxicação de quem trabalha em áreas rurais e, a partir disso, desenvolver e implementar estratégias de educação em saúde que contribuam para a redução dos riscos de intoxicação por agrotóxicos e para uma organização mais efetiva do atendimento dos serviços de saúde³⁰.

Os demais entrevistados, mesmo sem apresentarem o diagnóstico, relataram sinais e sintomas após aplicação ou durante o manuseio com agrotóxicos, como: náusea, fraqueza muscular, vômito e cefaleia (tabela 4). Sintomas como mal-estar, fraqueza, vômitos e náusea

podem aparecer durante o adoecimento de trabalhadores causado pela intoxicação por agrotóxicos^{31,32}. Pesquisa desenvolvida por Lopes; Albuquerque³² observou resultados semelhantes, em que os sintomas mais relatados pelos trabalhadores foram dores de cabeça, náuseas e dor de estômago, depressão, ansiedade e mialgia.

No que se refere aos princípios ativos mais utilizados entre os entrevistados, destacam-se: glifosato, paraquat, acefato, abamectina, 2,4 D Amina e atrazina, os quais são de classes toxicológicas extremamente e mediamente tóxicas (*tabela 4*). Entre os 504 princípios ativos autorizados no Brasil, 149 são proibidos na União Europeia, dos quais,

dois estão entre os dez mais utilizados pelo Brasil (acefato é o 3º mais usado, e o atrazina o 7º)²⁸. O acefato pode causar prejuízos fetais ao sistema neurológico, imunológico, endócrino e reprodutor – neste último caso, podendo levar à ocorrência de malformações congênitas³².

O glifosato é largamente utilizado no Brasil, e a sua exposição pode causar sintomas como: convulsões, problemas respiratórios, hipertermia, perda de apetite, vômitos, náusea, sangramento nasal, desmaios. Quando a pessoa é exposta ao produto, por longo período de tempo, esse pode causar câncer, lesões no fígado, no pulmão, na pele e malformações congênitas^{33,34}.

Tabela 4. Conhecimento dos agricultores entrevistados relacionado aos agrotóxicos, intoxicação, classe toxicológica, princípios ativos. Giruá (RS), 2019

Variáveis	Nº	Fr	Fra
Utiliza Agrotóxicos			
Sim	63	100	10
Não	0	0	10
Classe Toxicológica			
C I - Vermelho - Extremamente Tóxico	49	77,78	10
C II - Amarelo - Altamente Tóxico	53	84,13	94,127
C III - Azul - Mediamente Tóxico	42	66,67	160,79
C IV - Verde - Pouco Tóxico	9	14,29	175,08
Intoxicação			
Sim	19	30,16	10
Não	44	69,84	79,84
Consciência dos riscos dos agrotóxicos			
Sim	62	98,41	10
Não	1	1,59	11,59
Sinais/Sintomas			
Náusea	15	23,81	10
Alergia de pele	6	9,52	19,52
Fraqueza muscular	11	17,46	36,98
Cefaleia	9	14,29	51,27
Vômito	16	25,40	76,67
Ardência nos olhos	4	6,35	83,02
Outros	7	11,11	94,13

Tabela 4. (cont.)

Variáveis	Nº	Fr	Fra
Malformações Fetais e Câncer			
Tem ciência	61	96,83	10
Não tem ciência	2	3,17	13,17
Princípios Ativos			
Abamectina	27	42,86	10
Glifosato	62	98,41	108,41
Paraquat	37	58,73	167,14
Acefato	28	44,44	211,59
Atrazina	22	34,92	246,51
Tiametoxam	2	3,17	249,68
2-4 D Amina	26	41,27	290,95
Carboxina	13	20,63	311,59
Clorantraniliprole	4	6,35	317,94

Fonte: Elaboração própria.

Sobre o local adequado para armazenamento dos agrotóxicos, a maioria dos entrevistados diz ter um local adequado para o seu acondicionamento – em um local separado dentro de um galpão (*tabela 5*). Essa situação foi observada em estudo de Sousa et al.²⁷, segundo o qual a maioria dos agricultores relatou armazenar esses produtos em armazéns (70%), sendo que 13% guardam em casa e 17% armazenam no campo.

Com relação ao destino das embalagens vazias, a maioria dos agricultores faz o destino correto das embalagens, entregando-as em uma empresa de reciclagem com prévio agendamento de horário para entrega (*tabela 5*), em cumprimento à Lei nº 9.974, de 06 de junho de 2000, que dispõe sobre a produção, a embalagem e a rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a utilização e a fiscalização de agrotóxicos³⁵.

Tabela 5. Local adequado para depósito, frequência de uso dos agrotóxicos, uso de EPIs. Giruá (RS), 2019

Variáveis	Nº	Fr	Fra
Local adequado para depósito			
Sim	41	65,08	10
Não	22	34,92	44,92
Destino das embalagens vazias			
Devolvidas no estabelecimento	60	95,24	10
Outros	3	4,76	14,76
Frequência de uso dos agrotóxicos			
Diariamente	1	1,59	10
Semanalmente	3	4,76	14,76
Mensalmente	39	61,90	76,67
Período de ciclo da cultura	17	26,98	103,65
Eventualmente	3	4,76	108,41

Tabela 5. (cont.)

Variáveis	Nº	Fr	Fra
Faz uso de EPIs			
Sim	42	66,67	10
Não	21	33,33	43,33
Quais EPIs			
Luvas	39	61,90	10
Máscara	38	60,32	70,317
Botas	27	42,86	113,17
Roupas de proteção	21	33,33	146,51
Óculos	7	11,11	157,62
Outros	1	1,59	159,21

Fonte: Elaboração própria.

Com relação à periodicidade de aplicação dos produtos, a frequência mensal foi a que mais se destacou, seguida da aplicação por período de ciclo da cultura (*tabela 5*).

Entre os agricultores entrevistados, 33,33% não utilizam EPIs, e os que utilizam não o fazem de maneira adequada, priorizando um ou mais equipamentos que consideram mais importantes e mais cômodos. Os EPIs mais utilizados são as luvas, máscaras e botas, e os óculos surgem como o EPI menos utilizado (*tabela 5*). Estudos observaram que a maioria dos agricultores não usa EPI pelo incômodo, por negligência ou uso inadequado, corroborando este estudo²⁸⁻³¹. Somam-se a isso as orientações sobre uso de EPIs, os rótulos e as bulas dos agrotóxicos, que possuem letras com fontes pequenas, dificultando a leitura.

Nesse contexto, é evidente que os agricultores entrevistados estão expostos aos fatores de risco associados à ocorrência de intoxicação por agrotóxicos e, por consequência, à possibilidade de ocorrência de malformações congênitas.

Dessa forma, o profissional de saúde pode auxiliar na redução da exposição aos fatores de risco, atuando no planejamento de ações e estratégias que possibilitem o estabelecimento de um diálogo com os agricultores, sob o aspecto da educação e da informação¹⁰.

Ressalta-se que o profissional da enfermagem, enquanto membro da equipe de saúde, deve atuar nos diversos níveis de atenção, tanto na administração dos serviços quanto na assistência da população, de forma que o instrumento que se faz muito importante é o conhecimento acerca dos agravos relacionados aos agrotóxicos que podem acometer a saúde da população³⁶.

Assim, o fortalecimento de ações de Vigilância em Saúde se torna indispensável para a formulação de estratégias de prevenção e da assistência, com base na identificação e na notificação dos casos de intoxicações por agrotóxicos. Diante disso, destaca-se a importância dos profissionais de saúde, especialmente a de qualificação dos enfermeiros, para orientarem os usuários do serviço, atentarem aos sinais e sintomas decorrentes da aplicação de agrotóxicos e realizarem a notificação em casos de intoxicação³⁷.

Considerações finais

Os resultados da presente pesquisa convergem com numerosos estudos que comprovam os graves danos à saúde provocados pelos agrotóxicos. As malformações congênitas são um importante problema de saúde pública,

sobretudo em regiões nas quais predominam a agricultura e o uso de agrotóxicos, como o município de estudo. Percebe-se que as taxas de malformações congênitas (16,74) do município de Giruá são superiores à média do estado para o mesmo período.

Há a probabilidade de que a ocorrência de malformações no município esteja associada ao uso de agrotóxicos, uma vez que todos os valores observados para os Odds Ratios foram maiores que um, sendo as maiores relações referentes às malformações classificadas como: Testículo não descido, Malformações Congênitas do Aparelho Circulatório, Malformações Congênitas do Aparelho Osteomuscular e Malformações Congênitas do Aparelho Geniturinário, respectivamente. Esses resultados corroboram os obtidos em outros estudos realizados por Oliveira et al.⁹, Dutra e Ferreira^{5,6}, Asmus et al.³⁸.

Neste estudo, foram evidenciados os seguintes fatores de risco associados com a possibilidade de intoxicação por agrotóxicos e a ocorrência de malformações congênitas: o baixo nível de escolaridade dos agricultores,

o grau de toxicidade e os princípios ativos dos agrotóxicos utilizados, o número de pessoas diagnosticadas com intoxicação, ou que apresentaram algum sinal e/ou sintoma de intoxicação, periodicidade das aplicações e não uso dos EPIs de maneira adequada.

Ressalta-se a importância de prevenção e controle do uso de agrotóxicos, já que o uso indiscriminado causa danos tanto para o meio ambiente como para trabalhadores e indivíduos envolvidos nesse contexto. Em função da gravidade deste tema, é importante identificar, de forma exclusiva, aspectos que envolvam a atuação dos profissionais de enfermagem para a melhoria da qualidade de vida e saúde dessas pessoas.

Colaboradores

Ferreira LF (0000-0001-7120-0171)*, Reolon-Costa A (0000-0002-8160-9373)* e Ceolin S (0000-0001-6635-5515)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Costa MGSG, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Rev. Estud Psicol.* 2014 set [acesso em 2020 maio 12]; 19(2):145-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2014000200007&script=sci_arttext&tlng=pt.
2. Martins MA. O trabalhador rural e os agrotóxicos. *Rev. Dir. Trab. Polít. Soc.* [internet]. 2015 [acesso em 2019 maio 1]; 1(1):198-207. Disponível em: <http://revista91.hospedagemdesites.ws/index.php/rdtps/article/view/10>.
3. Santos VCF, Trevilato GC, Mesquita MO, et al. O uso de agrotóxicos e suas implicações para a saúde humana e ambiental: enfrentamento local. *Rev. Lume.* [in-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ternet]. 2018 [acesso em 2020 maio 12]; 1(1):181-195. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/184491/001079419.pdf?sequence=>.
4. Cabral ERM, Alonzo HGA. Aumento das exposições aos agrotóxicos: contribuição da enfermagem. *Rev. Enfer. Atual. Inder.* [internet]. 2019 [acesso em 2019 maio 9]; 87(2):87-8. Disponível em: <https://revista-enfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/207>.
 5. Dutra LS, Ferreira AP. Associação entre malformações congênitas e a utilização de agrotóxicos em monoculturas no Paraná, Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 12]; 2(41):241-253. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0241.pdf>.
 6. Dutra LS, Ferreira AP. Malformações congênitas em regiões de monocultivo no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Med. (Ribeirão Preto)* [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 5]; 50(5):285-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i5p285-296>.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos – SINASC. Anomalia Congênitas. MS/SVS/DASIS [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>.
 8. Rigotto RM, Silva AMC, Ferreira MJM, et al. Tendências de agravos crônicos à saúde associados a agrotóxicos em relação de fruticultura no Ceará, Brasil. *Rev. Brasil. Epidem.* [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 20]; 16(3):763-773. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300019>.
 9. Oliveira NM, Moi GP, Santos MA, et al. Malformações congênitas em municípios de grande utilização de agrotóxicos em Mato Grosso. *Ciênc. Saúde. Colet.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 maio 08]; 1(1):4123-4129. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014001004123&script=sci_abstract.
 10. Machado LM, Beck CL, Coelho APF, et al. Atuação dos profissionais de saúde da família frente ao trabalhador rural exposto a agrotóxicos. *Rev. Cien. Cuid. Saúde* [internet]. 2017. [acesso em 2020 maio 12]; 16(3):1-8. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37051>.
 11. Martins HV, Carvalho ABC, Belfort LRM, et al. O papel da enfermagem do trabalho na prevenção de riscos dos trabalhadores expostos aos agrotóxicos: uma revisão bibliográfica. *Rev. Res. Soc. Dev.* [internet]. 2010 [acesso em 2020 maio 12]; 8(6):1-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332118321_O_papel_da_enfermagem_do_trabalho_na_prevencao_de_riscos_dos_trabalhadores_expostos_aos_agrotoxicos.
 12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Produção Agrícola Municipal. Tabela 1612. Área Plantada, área colhida, quantidade produzida [internet]. 2018. [acesso em 2019 abr 10]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/1612#notas-tabela>.
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Infográficos: evolução populacional e área da unidade territorial [internet]. 2018. [acesso em 2019 mar 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/girua/panorama>.
 14. Santos GEO. Cálculo Amostral: calculadora online [internet]. 2018. [acesso em 2019 mar 12]. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>.
 15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata das diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde [internet]. 2012. [acesso em 2019 abr 3]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 16. Silva SRG, Martins JL, Seixas S, et al. Defeitos congênitos e exposição a agrotóxicos no Vale do São Francisco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 15]; 33(1):20-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n1/a03v33n1.pdf>.
 17. Bueno PC. O impacto do consumo de agrotóxicos na prevalência de desfechos perinatais no Brasil. [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Universidade Fe-

- deral do Rio de Janeiro; 2014. 89 p. [acesso em 2019 mar 8]. Disponível em: www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1426601716.pdf.
18. Carmen IR, Camara VM, Raggio R, et al. Positive correlation between pesticide sales and central nervous system and cardiovascular congenital abnormalities in Brazil. *Rev. Internat. Jour. Environ. Health. Research* [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 20]; 27(1):21-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0960312.3.2017.1373272>.
 19. Rocheleau CM, Bertke SJ, Lawson CC, et al. Maternal occupational pesticide exposure and risk of congenital heart defects in the National Birth Defects Prevention Study. *Rev. Birth. Defect. Research. Clin. Mol. Terat.* [internet]. 2015 out [acesso em 2019 mar 20]; 103(10):823-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607631>.
 20. Kalliora C, Manoulakis C, Vailopoulos E, et al. Association of pesticide exposure with human congenital abnormalities. *Rev. Tox. Appl. Pharmacol* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 15]; 1(346):58-75. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6029725/>.
 21. Toichuev RM, Zhilova LV, Paizildaev TR, et al. Organochlorine pesticides in placenta in Kyrgyzstan and the effect on pregnancy, childbirth, and newborn health. *Rev. Environ. Sci. Pollut. Res. Int* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 15]; 1(32):31885-31894. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29247409>.
 22. Vasconcelos MV, Freitas CF, Silveira CA. Caracterização do uso de agrotóxicos entre trabalhadores rurais. *Rev. Saúde Santa Maria* [internet]. 2014 jul/dez [acesso em 2019 abr 9]; 40(2):87-96. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/11934>.
 23. Leão RS, Marques RC, Buralli RJ, et al. Avaliação da saúde pública exposição a agroquímicos: uma experiência com a agricultura familiar o noroeste do Rio de Janeiro. *Rev. Susten. em debate* [internet] 2018 [acesso em 2020 maio 12]; 9(1):81-94. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2016&q=Avaliação+da+saúde+pública+exposição.
 24. Santana MC, Costa AR, Nunes MNF, et al. Exposição ocupacional de trabalhadores rurais a agrotóxicos. *Rev. Cad. Saúde Colet.* [internet] 2016 [acesso em 2020 maio 12]; 24(3):301-307. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414462X2016000300301&script>.
 25. Lara TIC, Garcia SD. O impacto do uso dos agrotóxicos na saúde pública: revisão de literatura. *Rev. Saúde e Desenv. Humano* [internet] 2020 [acesso em 2020 maio 12]; 8(1):85-96. Disponível em: https://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article.
 26. Silva JV, Vilela LP, Moraes MS, et al. A percepção dos trabalhadores rurais sobre a autoexposição aos agrotóxicos. *Rev. Saúde (Santa Maria)* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 20]; 43(1):199-205. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/download/22163/15660>.
 27. Sousa JA, Feitosa HO, Carvalho CM, et al. Percepção dos produtores rurais quanto ao uso de agrotóxicos. *Rev. Bras. Agricult. Irrig.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 15]; 10(5):976-989. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309643264_percepcao_dos_produtores_rurais_quanto_ao_uso_de_agrotoxicos.
 28. Silva JB, Xavier DS, Barboza MCN, et al. Fumicultores da zona rural de Pelotas (RS), no Brasil: exposição ocupacional e a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI). *Saúde debate* [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 18]; 37(97):347-353. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a16.pdf>.
 29. Menck FW, Serafim MP, Oliviera JM. Intoxicação do(a) trabalhador(a) rural por Agrotóxicos: (sub) notificação e (in)visibilidade nas políticas públicas de 2001 a 2015. *Rev. Segur. Aliment. Nutric.* [internet] 2019 [acesso em 2020 maio 13]; (1)26:1-10. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8651513>.

30. Maia JMM, Lima JL, Rocha TJM, et al. Perfil de intoxicação dos agricultores por agrotóxicos em Alagoas. *Rev. Diversitas Journal*. [internet] 2018 [acesso em 2020 maio 13]; 3(2):486-504. Disponível em: <https://periodicos.ifal.edu.br/diversitas-journal/article/view/626>.
31. Carginin MCS, Echer IC, Silva DR. Fumicultura: uso de equipamento de proteção individual e intoxicação por agrotóxico. *Rev. Pesq. Cuidado. Fund. Online* [internet]. 2017 [acesso em 2018 mar 10]; 9(2):466-472. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5444>.
32. Lopes CVA, Albuquerque GSC. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 4]; 42(117):518-534. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811714>.
33. Bombardini LM. Atlas: Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia [internet]. São Paulo: FFLCH-USP; 2017. [acesso em 2019 abr 22]. Disponível em: <https://www.larissabombardi.blog.br/atlas2017>.
34. Dutra RMS, Souza MMO. Impactos negativos do uso de agrotóxicos à saúde humana. *Hygeia. Rev. Bras. Geog. Méd. Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 11]; 13(24):127-140. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>.
35. Brasil. Lei nº 9.974, de 6 de junho de 2000. Dispõe sobre a produção, destino, embalagens, transporte e armazenamento de agrotóxicos. República Federativa do Brasil [internet]. Diário Oficial da União. 7 Jun 2000. [acesso em 2019 mar 23]. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9974.html.
36. Ambrosini MB, Witt RR. As Intoxicações por Agrotóxicos no meio rural e a atuação do enfermeiro. *Rev. Gaúcha de Enfermagem* [internet]. 2000 jan [acesso em 2019 fev 24]; 21(1):5-21. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4299>.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a Agrotóxicos [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2019 mar 25]; 27 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_atencao_saude_trab_exp_agrotoxicos.pdf.
38. Asmus FR, Camara VM, Raggio R, et al. Positive correlation between pesticide sales and central nervous system and cardiovascular congenital abnormalities in Brazil. *Rev. Intern. Jour. of. Environ. Health. Res.* [internet] 2016 [acesso em 2020 maio 12]; 5(1):420-427. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09603123.2017.1373272>.

Recebido em 02/07/2019
 Aprovado em 26/05/2020
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Análise espacial da leptospirose no Brasil

Spatial analysis of leptospirosis in Brazil

Alice Nardoni Marteli¹, Laís Vieira Genro², Décio Diament³, Laurindo Antonio Guasselli¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012616

RESUMO A leptospirose é um problema de saúde pública mundial. No Brasil, ela é uma doença de notificação compulsória e está relacionada a áreas com precárias condições sanitárias. Foi realizado um estudo ecológico retrospectivo para observar a distribuição espacial e temporal de casos confirmados da leptospirose em escala nacional no período entre 2007 e 2017. A espacialização da leptospirose utilizou técnicas de geoprocessamento por análise de padrões pontuais e por mapas de densidade Kernel. Os resultados revelaram que, no período, foram registrados 42.310 casos confirmados de leptospirose no País, com média anual de 3.846 casos e prevalência de 1,9 a cada 100 mil habitantes. As localidades com mais casos prevalentes foram as regiões Sul e Norte. O Sudeste apresentou taxa de prevalência inferior à taxa nacional em virtude da alta densidade demográfica. O método Kernel se mostrou útil na análise global da situação epidemiológica da leptospirose nas regiões do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Epidemiologia. Análise espacial. Banco de dados. Leptospirose.

ABSTRACT *Leptospirosis is a worldwide public health problem. In Brazil, leptospirosis is a disease of compulsory notification and is related to areas with precarious sanitary conditions. A retrospective ecological study was conducted to observe the spatial and temporal distribution of confirmed cases of leptospirosis on national scale in the period between 2007 and 2017. The spatialization of leptospirosis used geoprocessing techniques by analysis of point patterns and by Kernel density maps. The results showed that within the analyzed period, 42,310 confirmed cases of Leptospirosis were recorded in the country, with an annual average of 3,846 cases and prevalence of 1.9 per 100,000 inhabitants. The regions with the most prevalent cases are the South and the North. The southeast presented a prevalence rate lower than the national rate due to the high demographic density. The Kernel method proved to be useful in the global analysis of the epidemiological situation of leptospirosis in the regions of Brazil.*

KEYWORDS *Epidemiology. Spatial analysis. Database. Leptospirosis.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Sensoriamento Remoto (PPGSR) – Porto Alegre (RS), Brasil. alicenmart2@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Instituto de Geociências (Igeo) – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Instituto de Infectologia Emilio Ribas (IIER) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

As primeiras notificações de casos de leptospirose humana no Brasil ocorreram em 1917, porém, indícios apontam a existência anterior, pois havia confusão dos sintomas com a febre amarela¹. A doença já era conhecida desde o século XIX, quando foi estudada por Adolf Weil em humanos em 1886. Stimson, em 1907, deu o nome de *Spirocheta interrogans* ao microrganismo, depois de observá-lo no fígado de um paciente morto por suspeita de febre amarela. Em 1915, no Japão e depois na Alemanha, comprovou-se que a doença é de natureza contagiosa e microbiana².

Acredita-se que a bactéria chegou ao Brasil com os roedores nos navios negreiros. No Rio de Janeiro, os primeiros surtos relatados aconteceram nos anos 1960 e sempre coincidiram com as tempestades de verão¹. Mais recentemente, vem-se confirmando uma média anual de mais de 3.600 casos no País, sendo 375 óbitos, em média, a cada ano³.

A leptospirose é uma doença infecciosa febril de início abrupto resultante da infecção por bactérias do gênero *Leptospira*³, que são espiroquetas pertencentes à ordem *Spirochaetales* e à família *Leptospiroaceae*, as quais compreendem três gêneros: *Leptospira*, *Leptonema* e *Turneriella*⁴. Do gênero *Leptospira*, são conhecidas dez espécies patogênicas, cinco espécies potencialmente patogênicas (também denominadas intermediárias) e sete espécies saprófitas^{5,6}, com mais de 300 sorovares, que são definidos de acordo com a heterogeneidade estrutural no componente carboidrato de seus lipopolissacarídeo⁷. A *Leptospira* possui a capacidade de viver em ambientes variados, por tempo bem prolongado^{8,9}.

O *Rattus norvegicus* é o principal portador da *Leptospira interrogans* sorovar *Icterohaemorrhagiae*, uma das mais patogênicas para o homem, que é apenas hospedeiro acidental e terminal dentro da cadeia de transmissão^{3,10}. Em áreas urbanas, os principais reservatórios são os roedores das espécies *Rattus norvegicus* (ratazana ou rato

de esgoto), *Rattus rattus* (rato de telhado ou rato preto) e *Mus musculus* (camundongo ou catita)^{3,9,11}. Esses animais, ao se infectarem, não desenvolvem a doença, sendo apenas portadores. A *Leptospira* se fixa nos rins desses animais e é eliminada viva no ambiente por meio da urina, contaminando água, solo e alimentos^{3,10}.

Algumas ocupações facilitam o contato com a *Leptospira*, como trabalhadores em atividades de limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de recicláveis, agricultores, pescadores e bombeiros^{2,3}. Contudo, a maior parte dos casos ainda ocorre em pessoas que habitam ou trabalham em locais com infraestrutura sanitária precária e expostos a urina de roedores³. Nas cidades, a principal via de contaminação ocorre por contato com água e lama contaminadas após alagamentos nos períodos de chuvas^{7,12,13}.

A infecção humana resulta da exposição direta ou indireta à urina de animais infectados, na pele lesada ou íntegra quando imersa em água contaminada ou através de mucosas^{7,14}. A transmissão também é possível pela ingestão de água ou alimentos contaminados. O contágio pessoa a pessoa é raro, mas pode ocorrer pelo contato com urina, sangue, secreções e tecidos de pessoas infectadas³.

As formas clínicas da doença podem ser: assintomática, anictérica e ictérica. Na primeira, o paciente é infectado, mas não manifesta sintomas ou sinais. Na forma anictérica, pode desenvolver meningite ou pneumonite intersticial ou hemorrágica. A doença em geral é bifásica, com período inicial de febre, mal-estar e sintomas similares a uma gripe, seguidos de breve período de defervescência e recrudescência da febre e sintomas. A forma ictérica ou Síndrome de Weil cursa com os mesmos sintomas e sinais da forma anictérica, porém com icterícia e falência de diversos sistemas orgânicos, como insuficiência renal aguda, pneumonite hemorrágica, coagulopatia, arritmias cardíacas e choque^{15,16}.

No Brasil, não existe vacina humana contra a leptospirose. Para a prevenção da

doença, além da educação em saúde, são necessárias medidas para redução da população de roedores⁸.

A análise temporal e espacial das doenças é um instrumento na gestão em saúde¹⁷. Por isso, ferramentas de geoprocessamento, por se constituir em um conjunto de técnicas de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de dados espaciais, têm contribuído principalmente em estudos ecológicos das ciências da saúde¹³. Além disso, o uso de Sistema de Informações Geográficas (SIG) em estudos na área da saúde emerge como uma importante ferramenta na inferência espacial em doenças infecciosas. Entretanto, estudos voltados à análise da leptospirose ainda são restritos¹⁸⁻²⁰, muitas vezes voltados a dados clínicos²¹⁻²⁵.

Os trabalhos de espacialização da leptospirose no Brasil se limitam a escalas municipais^{2,9,10,12-14,18,26-31}, e regionais^{19,32-35}. Neste trabalho, o objetivo foi analisar a distribuição espacial e temporal da leptospirose no período entre 2007 e 2017 no Brasil.

Material e métodos

Área de estudo

O Brasil possui 5.570 municípios distribuídos em uma área territorial de 8,5 km² e uma população estimada em 2018³⁶ de 208.494.900 pessoas. A divisão regional do País organiza o espaço brasileiro em cinco regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), objeto deste estudo ecológico retrospectivo de cunho descritivo. Estudos ecológicos em pesquisa epidemiológica avaliam uma população ou um grupo de pessoas que geralmente pertencem a uma área definida¹⁷.

Fontes de dados

Os dados de população e leptospirose foram obtidos do Ministério da Saúde pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Esse sistema foi desenvolvido entre 1990 e 1993 e tem como objetivo coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional das doenças que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória³⁷, como, por exemplo, a leptospirose. O Sinan Net disponibiliza esses dados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde³⁸.

Os dados de população foram obtidos a partir da estimativa da população residente por município e ano³⁹. Os dados de leptospirose foram obtidos dos casos confirmados por município de residência para cada ano entre 2007 e 2017⁴⁰. Esses dados foram tabulados e relacionados à malha municipal digital do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em ambiente SIG. A base cartográfica do IBGE é disponibilizada em formato digital *shapefile*, tendo como *datum* o Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas (Sirgas 2000)⁴¹.

A análise comparativa das regiões se deu por meio das taxas de prevalência, que são comumente utilizadas para comparar populações de diferentes tamanhos¹⁴. A equação para o cálculo da prevalência (P) é^{11,42,43}:

$$P = \frac{(n^{\circ} \text{ de casos da doença})}{(\text{população residente})} * 100.000$$

Para tal, foram considerados o número total de casos confirmados e a população em cada município por ano respectivamente. Após, os dados foram agrupados no QGIS por região geográfica; e em planilha eletrônica da Microsoft Excel[®] 2007, calculadas as taxas de prevalência de forma gráfica.

Análise espacial

A análise espacial permite identificar padrões de fenômenos geográficos. Na análise de padrões pontuais (*point patterns*), a variável de interesse é a própria localização dos eventos. Nesse tipo de análise, o objetivo é saber se os eventos observados ocorreram aleatoriamente

ou se existe algum padrão sistemático em determinada região¹⁷.

O Estimador Kernel é uma técnica de interpolação não paramétrica, em que uma distribuição de pontos é transformada em uma superfície de densidade para a identificação visual da ocorrência da concentração do evento, podendo indicar locais de aglomeração⁴⁴. O Kernel possibilita estimar a intensidade, a densidade ou a razão do evento por unidade de área, para análises de cluster ou análises de pontos de calor (*hotspot*)^{45,46}, e tem sido amplamente aplicada para análise global da situação epidemiológica da leptospirose^{2,9,26-28,31}.

Os parâmetros considerados são um raio de influência (t) que define a vizinhança circular ao redor da cada ponto (núcleo) da amostra a ser interpolado e uma função de estimação $k(\cdot)$ com propriedades de suavização do fenômeno^{44,47,48}.

O estimador de densidade Kernel, presente na extensão ‘Mapa de Calor’ do Sistema de Informação Geográfica QGIS, utiliza cinco funções: Quártica (biponderada), Triangular, Uniforme, Triponderada e Epanechnikov⁴⁹. Nesta análise, foi utilizada a função Triponderada, que resulta em ‘pontos quentes mais nítidos’⁴⁹ e que é dada pela equação⁴⁸:

$$K(t) = 35/32 (1-t^2)^3, -1 \leq t \leq 1$$

O raio utilizado (ou largura do Kernel)⁴⁹ foi de 200 km. Para todas as interpolações, a resolução espacial foi padronizada com 2 mil células para o valor de linhas e, as colunas, ajustadas automaticamente pelo *software*.

Para a estimação da densidade Kernel da taxa de prevalência de leptospirose no Brasil por ano, foram considerados os totais de casos confirmados e a respectiva população por ano. Já para a estimação de densidade de Kernel para leptospirose no Brasil no período de 2007 a 2017, foram considerados o total de casos confirmados de toda a série temporal e a população de 2017. Além disso, foi interpolado o total de casos confirmados por município para efeito comparativo.

Resultados

Considerando o período de análise entre 2007 e 2017, o *gráfico 1* corresponde ao total anual de casos confirmados de leptospirose por região brasileira.

Gráfico 1. Casos confirmados de leptospirose por região brasileira

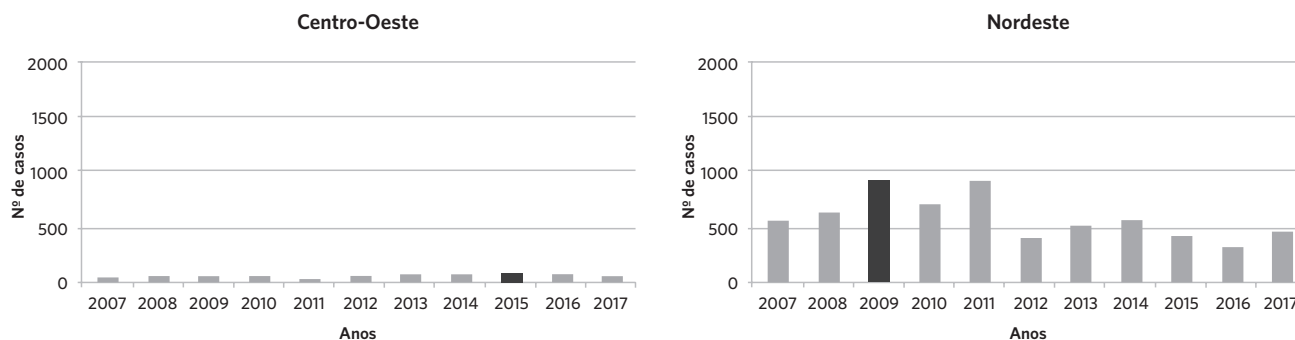
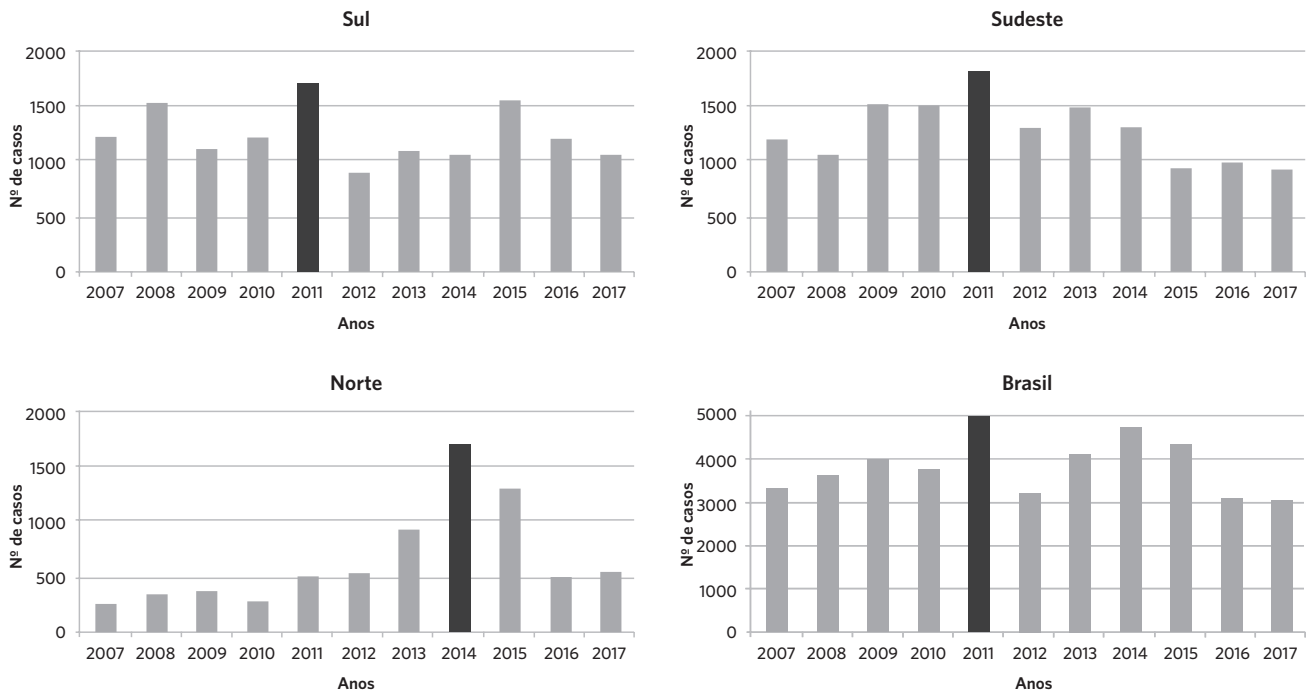


Gráfico 1. (cont.)



Fonte: Elaboração própria.

Nas regiões Sudeste e Sul, o ano com maior número de casos confirmados foi 2011, com 1.839 e 1.728 respectivamente. No período de 11 anos, a média anual no Sudeste foi de 1.291 casos; e no Sul, de 1.256 casos.

Na região Norte, o ano com maior número de casos foi 2014, com 1.717 casos confirmados; e a média anual do período analisado foi de 654 casos. No Nordeste, 2009 se destacou com 927 casos confirmados, com média anual de 591 casos. Por sua vez, o Centro-Oeste apresentou uma média de 54 casos/ano.

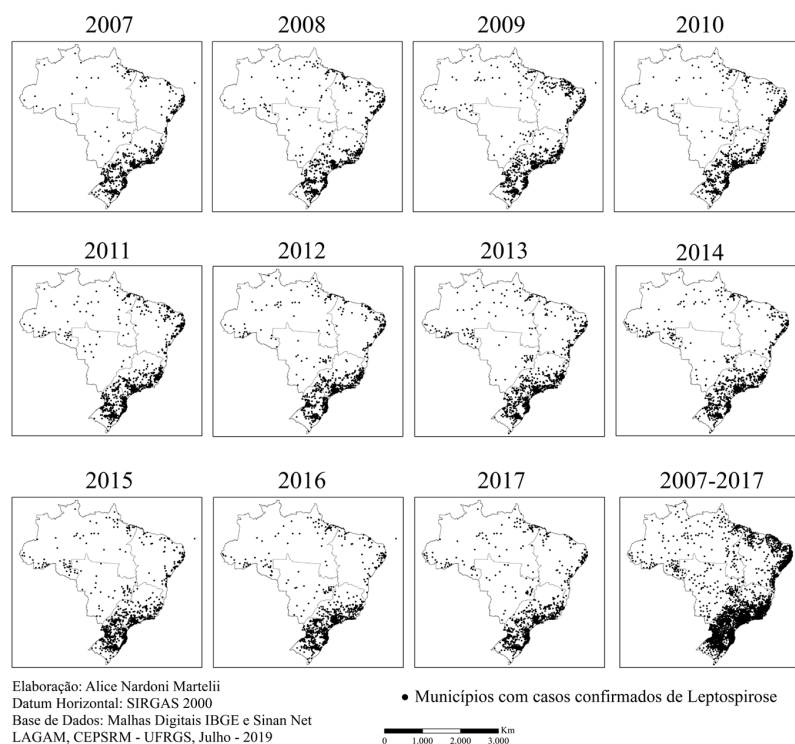
Esse padrão de notificação inferior ao esperado no Centro-Oeste pode significar uma real redução de casos devido à menor densidade populacional, ao atraso no envio das informações, à subnotificação³ ou, ainda, possivelmente, devido ao quadro clínico semelhante

a outras doenças, gerando subdiagnóstico^{2,50}. Além disso, as condições hidrometeorológicas do Centro-Oeste podem ser favoráveis a não disseminação da leptospirose.

A média anual no Brasil de 2007 a 2017 foi de 3.846 casos, o que valida a informação da Secretaria de Vigilância em Saúde^{3,43} de que, nos últimos dez anos, vem-se confirmando uma média anual de mais de 3.600 casos no País. O total de casos confirmados no período analisado foi de 42.310.

A distribuição espaçotemporal dos municípios brasileiros que apresentaram pelo menos um caso confirmado de leptospirose entre 2007 e 2017 é representada na *figura 1*. Dos 5.570 municípios, 2.600 tiveram casos confirmados de leptospirose.

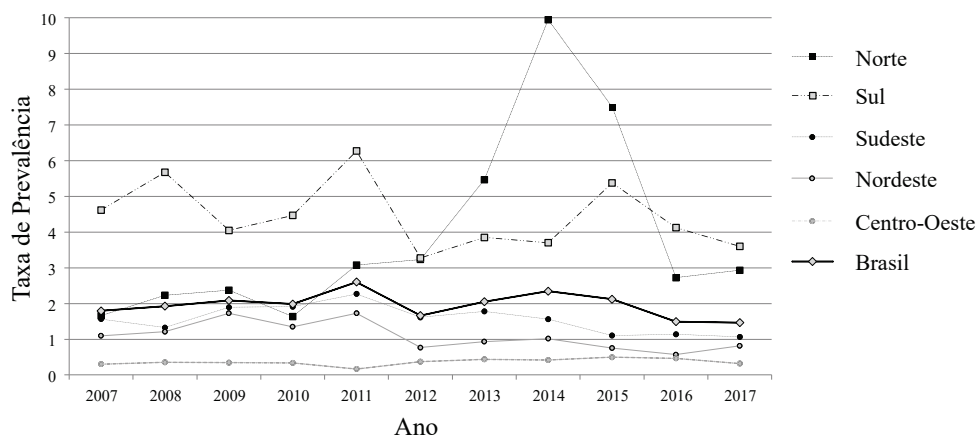
Figura 1. Distribuição espaçotemporal dos municípios brasileiros com pelo menos um caso confirmado de leptospirose



Considerando as diferenças regionais de densidade demográfica no Brasil, além dos totais de casos de leptospirose, foram calculadas as taxas de prevalência anual por região

(*gráfico 2*). Esses dados correspondem à estimativa de risco de contrair leptospirose e à intensidade com que a doença acomete a população.

Gráfico 2. Prevalência anual de casos confirmados de leptospirose

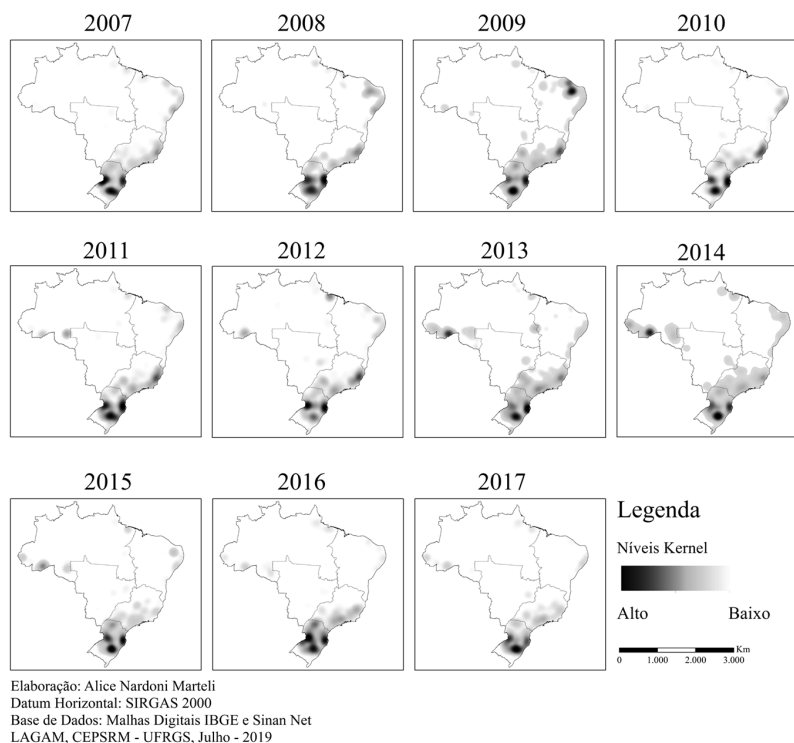


Fonte: Elaboração própria.

As maiores prevalências estão nas regiões Sul e Norte. Por outro lado, Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste apresentaram, nos últimos 11 anos, uma taxa de prevalência menor que a taxa nacional. A prevalência anual no Brasil nesse período foi de 1,9 a cada 100 mil habitantes.

As regiões com maior taxa de prevalência da ocorrência de leptospirose no Brasil por ano são observadas na *figura 2*. As imagens anuais são representadas com níveis de densidade de acordo a tonalidade. Na faixa mais escura, existe uma concentração elevada da taxa de prevalência de leptospirose.

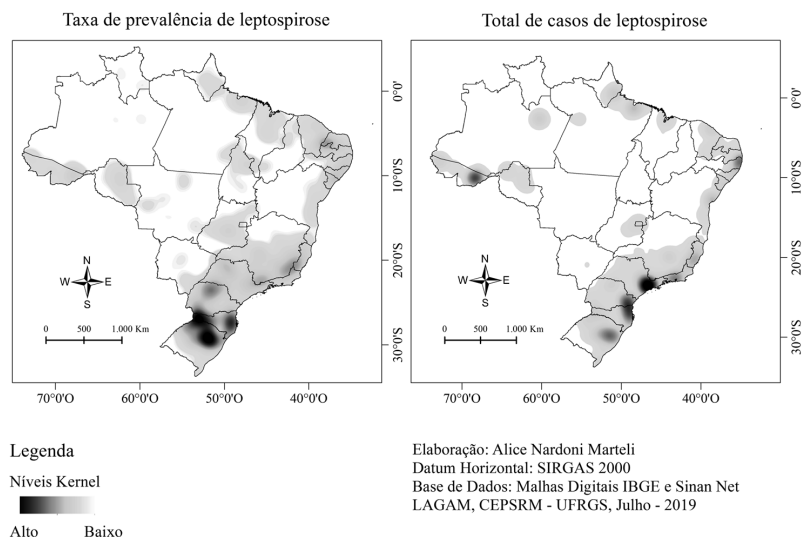
Figura 2. Estimação da densidade Kernel da taxa de prevalência de leptospirose no Brasil por ano



Com a estimativa de densidade de Kernel para leptospirose no Brasil no período de 2007 a 2017 (*figura 3*), é possível comparar espacialmente a taxa de prevalência (que considera a

população de referência a de 2017) e o total de casos de leptospirose por município (municípios localizados na *figura 1*, série 2007-2017).

Figura 3. Estimação de densidade de Kernel para leptospirose no Brasil de 2007 a 2017



Ao considerar o total de casos na região da capital paulista, o valor dos níveis Kernel é alto, relacionado com a alta quantidade de casos confirmados da doença. Porém, quando considera a população de cada município com caso confirmado (taxa da prevalência), esse valor é menor.

De 2007 a 2017, o município de São Paulo (SP) computou 2.411 casos de leptospirose em uma população de 12.106.920 habitantes em 2017³⁹. No mesmo período, o município de Rio Branco (AC) computou 2.598 casos em uma população de 383.443 habitantes em 2017^{39,51}. Considerando a escala regional, isso torna o Sul e o Norte as regiões com os maiores casos prevalentes.

Por outro lado, o Sudeste apresentou-se regionalmente com uma taxa de prevalência menor que a taxa nacional (*gráfico 2*). Esses dados diferem do que afirma o Boletim Epidemiológico que:

[...] no período 2007-2016, as regiões Sudeste e Sul foram responsáveis pelos maiores números de caso por ano, com exceção de 2014, quando a região Norte se destacou⁴³⁽³⁾.

O Boletim Epidemiológico considerou o total de casos, sem considerar a variável população.

Discussão

A maior parte dos estudos ecológicos em epidemiologia utiliza áreas geográficas como unidade de análise, que representam recortes do espaço geográfico³². No Brasil, apesar do avanço com o uso das ferramentas de geoprocessamento para fenômenos relacionados com a área da saúde, a espacialização da leptospirose é limitada em escalas municipais^{2,9,10,12-14,18,26-31} e regionais^{19,32-35}.

Trabalhos realizados na cidade do Rio de Janeiro, entre 2000 e 2010⁹ e entre 2007 e 2012¹², indicaram que áreas com ocorrência de inundações apresentam mais casos de leptospirose. Acrescido a essa relação, Gonçalves¹³ verificou em Belém variáveis demográficas e socioeconômicas como fatores potencializadores dos casos de leptospirose em áreas de baixas condições sanitárias.

Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul³² sob diferentes recortes ecológicos identificou

maiores taxas de incidência de leptospirose em áreas litorâneas, de baixa altitude e uso do solo predominantemente agrícola, associada à lavoura irrigada. Embora essas abordagens não sejam comparativas à escala proposta neste trabalho, elas permitem que suas análises se direcionem a instrumentos de gestão em saúde local e regional.

Nesse contexto, Londe et al.³⁰ exploraram a temática voltada ao monitoramento e alerta de desastres naturais como apoio à gestão de saúde pública. Segundo os autores, embora as estratégias de redução de risco de desastres tenham sido aprimoradas nos últimos anos, os problemas de saúde geralmente são restritos à resposta de emergência no planejamento de desastres. Por isso, sugerem atribuir ao setor da saúde um papel na prevenção e na preparação para lidar com a redução do risco de desastres com monitoramento integrado dos riscos de desastres e de epidemias.

Apesar das limitações típicas de um estudo ecológico, como a qualidade e a disponibilidade dos dados, este estudo permitiu identificar a leptospirose no Brasil no período de 2007 a 2017 de forma a contemplar todas as regiões que apresentaram casos. Pretende-se associar, em trabalhos futuros, variáveis meteorológicas a essa escala de estudo.

Considerações finais

A utilização de SIG pode trazer novas abordagens à epidemiologia da leptospirose. O mapeamento dos totais de casos confirmados de leptospirose, sem considerar a população residente, embora muito utilizada nos trabalhos

desta temática^{14,19,26,31,34}, pode mascarar as análises quando se planeja alocar recursos de políticas públicas e identificação e intervenção em locais de situações risco à saúde.

O estimador de densidade Kernel trouxe resultados relevantes para subsidiar a análise espacial da leptospirose no Brasil. A espacialização demonstrou que mapear o total de casos pode ser interessante em termos de atendimento médico. No caso, como observado em São Paulo, o alto nível de densidade Kernel. A análise do total de casos contribui para medidas de atendimento médico; e as áreas com maiores taxas de prevalência permitem a tomada de ações, decisões e intervenções de vigilância em saúde pública sobre a saúde das populações.

A análise de padrões de distribuição de pontos pelo método Kernel se mostrou útil na obtenção de uma análise global da situação epidemiológica da leptospirose no Brasil, como também foi considerada em outras escalas de trabalhos^{26,27}. No entanto, a forte dependência do raio e a excessiva suavização da superfície podem, em alguns casos, esconder variações locais importantes⁵² como foi observado durante a pesquisa.

Colaboradores

Marteli AN (0000-0002-3467-1190)*, Genro LV (0000-0001-9565-2260)*, Diament D (0000-0003-0147-2061)*, Guasselli LA (0000-0001-8300-846X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. *Orcid (Open Researcher and Contributor ID). ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Oliveira TVS. Fatores socioambientais associados a eventos hidrometeorológicos externos na incidência de leptospirose no município do Rio de Janeiro - 1997 a 2009. Rio de Janeiro: ENSP; 2013.
- Lara JM, Von Zuben A, Costa JV, et al. Leptospirose no município de Campinas, São Paulo, Brasil: 2007 a 2014. *Rev Bras Epidemiol* [internet]. 2019 [acesso em 2019 abr 1]; (22):2007-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100417&lng=pt&tlng=pt.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 3. ed. Brasília, DF; 2019.
- Levett PN. Systematics of Leptospiraceae. In: Adler B, editor. *Leptospira and Leptospirosis* [internet]. Berlin: Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 11-20. [acesso em 2019 abr 1]. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-662-45059-8_2.
- Adler B, de la Peña Moctezuma A. *Leptospira and leptospirosis*. *Vet Microbiol* [internet]. 2010 [acesso em 2019 jun 24]; 140(3-4):287-96. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378113509001163>.
- Cerqueira GM, Picardeau M. A century of *Leptospira* strain typing. *Infect Genet Evol* [internet]. 2009 [acesso em 2019 jun 24]; 9(5):760-8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1567134809001403>.
- Picardeau M. Virulence of the zoonotic agent of leptospirosis: Still terra incognita? *Nat Rev Microbiol* [internet]. 2017; 15(5):297-307. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/nrmicro.2017.5>.
- Moura AS, Rocha RL. Endemias e Epidemias: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose. Belo Horizonte: Nescom; UFMG; 2012. 78 p.
- Chaiblich JV, Lima MLS, Oliveira RF, et al. Estudo espacial de riscos à leptospirose no município do Rio de Janeiro (RJ). *Saúde debate* [internet]. 2017; 41(esp2):225-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600225&lng=pt&tlng=pt.
- Silva PR. Relações entre a incidência de leptospirose e eventos de inundações urbanas em São José (SC). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
- Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Taxa de incidência de leptospirose por 100.000. *Água Brasil* [internet]. [acesso em 2019 jun 24]. Disponível em: <https://www.aguabrasil.icict.fiocruz.br/abrir.php?valor=ASINID55>.
- Guimarães RM, Cruz OG, Parreira VG, et al. Análise temporal da relação entre leptospirose e ocorrência de inundações por chuvas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2012. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 abr 30]; 19(9):3683-92. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3683.pdf>.
- Gonçalves NV, Araujo EN, Sousa Júnior AS, et al. Distribuição espaço-temporal da leptospirose e fatores de risco em Belém, Pará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 fev 20]; 21(12):3947-55. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n12/1413-8123-csc-21-12-3947.pdf>.
- Basso LA, Righi E. Casos de hepatite a e leptospirose no município de Porto Alegre – RS entre os anos de 2007 a 2011. *Hygeia*. 2015; 11(20):66-84.
- Lomar AV, Diament D, Torres JR. Leptospirosis in Latin America. *Infect Dis Clin North Am*. 2000; 14(1):23-39.
- Bharti AR, Nally JE, Ricaldi JN, et al. Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance. *Lancet Infect Dis* [internet]. 2003 [acesso em 2019 maio 28]; 3(12):757-71. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309903008302>.

17. Medronho RA, Werneck GL, Perez MA. Distribuição das Doenças no Espaço e no Tempo. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, et al, editores. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 679.
18. Lira VA, Sá LACM. Aplicação de tecnologias de geoinformação para espacializar os casos de leptospirose. In: Anais 3º Simpósio Brasileiro de Ciências Geodésicas e Tecnologias da Geoinformação; jul 27-30; Recife. Recife: UFPE; 2010. p. A263.
19. Oliveira MAA, Leal ÉA, Correia MA, et al. Human leptospirosis: occurrence of serovars of *Leptospira* spp. in the state of Minas Gerais, Brazil, from 2008 to 2012. *Brazilian J Microbiol* [internet]. 2017 [acesso em 2019 maio 25]; 48(3):483-8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1517838216300545>.
20. Gutiérrez JD, Martínez-Vega RA, Botello H, et al. Environmental and socioeconomic determinants of leptospirosis incidence in Colombia. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019; [acesso em 2019 maio 25]; 35(3):e00118417. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000305007&lng=en&tlng=em.
21. Daher EF, Lima RS, Silva Júnior GB, et al. Clinical presentation of leptospirosis: a retrospective study of 201 patients in a metropolitan city of Brazil. *Brazilian J Infect Dis* [internet]. 2010 [acesso em 2019 jul 13]; 14(1):3-10. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1413-8670\(10\)70002-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1413-8670(10)70002-7).
22. Blanco RM, Romero EC. Fifteen years of human leptospirosis in São Paulo, Brazil. *J Epidemiol Res*. 2015; 2(1):56.
23. Daher E, Carvalho GSG, Sousa Soares D, et al. Changing patterns in leptospirosis: a three-decade study in Brazil. *Int J Infect Dis* [internet]. 2017 [acesso em 2019 maio 7]; 60:4-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2017.04.023>.
24. Sarkar J, Chopra A, Katageri B, et al. Leptospirosis: a re-emerging infection. *Asian Pac J Trop Med* [internet]. 2012 [acesso em 2019 jul 19]; 5(6):500-2. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1995764512600868>.
25. Soares DS, Galdino GS, Rodrigues BC, et al. Arrhythmias in leptospirosis-associated acute kidney injury: a case series. *Brazilian J Infect Dis* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jun 24]; 21(2):209-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2016.11.010>.
26. Nunes FC. Análise espacial da leptospirose na cidade de Salvador-Bahia, no período de 1996-2006. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2007.
27. Melo CB, Reis RB, Ko AI, et al. Espacialização da leptospirose em Aracaju, Estado de Sergipe, no período de 2001 a 2007. *Rev Soc Bras Med Trop* [internet]. 2011 [acesso em 2019 jul 25]; 44(4):475-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000400015&lng=pt&tlng=pt.
28. Lima RJS, Abreu EMN, Ramos FLP, et al. Análise da distribuição espaço-temporal da leptospirose humana em Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2019 jul 16]; 3(2):33-40. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=em.
29. Dozsa B, Del Monego MLC, Kummer L. Modelagem Geoestatística da Ocorrência de Casos de Leptospirose e Alagamentos no Município de Curitiba - PR, no Ano de 2014. *HOLOS* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 26]; 1:381. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3857>.
30. Londe LR, Conceição RS, Bernardes T, et al. Flood-related leptospirosis outbreaks in Brazil: perspectives for a joint monitoring by health services and disaster monitoring centers. *Nat Hazards* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 24]; 84(2):1419-35. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11069-016-2493-8>.
31. Teixeira KK, Santana RL, Barbosa IR. Associação de variáveis ambientais à ocorrência de leptospirose humana na cidade de Natal-RN: uma análise de distri-

- buição espacial. *J Heal Biol Sci* [internet]. 2018 Jul 2 [acesso em 2019 maio 26]; 6(3):249. Disponível em: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1766>.
32. Barcellos C, Lammerhirt CB, Almeida MAB, et al. Distribuição espacial da leptospirose no Rio Grande do Sul, Brasil: recuperando a ecologia dos estudos ecológicos. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2003 [acesso em 2019 jun 6]; 19(5):1283-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500007&lng=pt&tlng=pt.
 33. Santos LBL, Assis MC, Silva AEP, et al. Sobre risco, ameaça e vulnerabilidade à Leptospirose em situações pós-alagamentos, inundações e enxurradas: reconstruindo o episódio do Vale do Itajaí (2008-2009). In: *Anais do Congresso Brasileiro sobre Desastres Naturais*; 2012 Maio 14 a 17; Rio Claro. Rio Claro: IGCE/UNESP; 2012. p. 1-10.
 34. Diesel LE, Ometto JPHB. The use of geotechnology for the analysis of prospective risk management: diseases and the occurrence of flooding by rainfall in Santa Catarina state. *South of Brazil. Territorium* [internet]. 2016 [acesso em 2019 maio 10]; (23):17-22. Disponível em: <https://digitalis.uc.pt/handle/10316.2/39726>.
 35. Buffon EAM, Mendonça FA. Risco socioambiental à leptospirose humana no Aglomerado Urbano Metropolitano de Curitiba, Paraná-Brasil: uma proposta metodológica apoiada em SIG. *Ateliê Geográfico* [internet]. 2019 [acesso em 2019 jun 2]; 13(1):44-61. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/ateliê/article/view/54065>.
 36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades 2019 [internet]. Brasília, DF; 2019 [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.
 37. Braga JU, Werneck GL. Vigilância Epidemiológica. In: *Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, et al., editores. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 679.*
 38. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças e Agravos de Notificação - De 2007 em diante (SINAN) Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS [internet]. 2019 [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
 39. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. População residente por Município e Ano [internet]. 2019 [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6943&VObj=http://t>.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Leptospirose: Casos confirmados por município de residência de 2007 – 2017 [internet]. 2019 [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892215&VObj=http://ta%0Abnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/lepto>.
 41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Malha Municipal Digital. Divisão Político-Administrativa (DPA) do Brasil 2018. [internet] Brasília, DF: IBGE [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.
 42. Wagner MB. Medindo a ocorrência da doença: incidência ou prevalência? *J Pediatr (Rio J)* [internet]. 1998 [acesso em 2019 jun 24]; 74(2):157-62. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54350/000164480.pdf>.
 43. Brasil. Ministério da Saúde. Leptospirose: Situação epidemiológica do Brasil no período de 2007 a 2016. *Boletim Epidemiol.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 11]; (49):1-7. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/25/2018-033-Leptospirose-situa----o-epidemiol--gica-do-Brasil-no-per--odo-de-2007-a-2016-publica--ao.pdf>.
 44. Bertolla J. Técnicas de análise de dados distribuídos em áreas. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2015.
 45. Almeida Júnior HC. Análise da Vulnerabilidade Socioambiental no Município de Vitória-ES, com o apoio

- de um SIG livre. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2017.
46. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável. Práticas em geoprocessamento com o Qgis [internet]. 2. ed. Belo Horizonte; Semad; 2019. [acesso em 2019 maio 11]. Disponível em: http://www.meioambiente.mg.gov.br/images/stories/2019/GESTAO_AMBIENTAL/IDE/APOSTILA_QGIS_3.4_DGTA-SEMAD-190619.pdf.
 47. Cressie NAC. Statistics for Spatial Data [internet]. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc; 1993. [acesso em 2019 maio 11]. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781119115151>.
 48. Martinez WL, Martinez AR. Computational Statistics Handbook with MATLAB [internet]. New York: Chapman; Hall/CRC; 2001. [acesso em 2019 maio 11]. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781466592742>.
 49. QGIS Development Team. QGIS User Guide - QGIS Plugins. 2017. [acesso em 2019 jun 14]. Disponível em: https://docs.qgis.org/2.18/en/docs/user_manual/plugins/plugins.html.
 50. Rodrigues MC. O círculo vicioso da negligência da leptospirose no Brasil The vicious circle of the leptospirosis negligence in Brazil. *Rev Inst Adolfo Lutz*. 2017; 76(A6/1729):1-11.
 51. Duarte JL, Gitti LL. Incidência da leptospirose em uma capital da Amazônia Ocidental brasileira e sua relação com a variabilidade climática e ambiental, entre os anos de 2008 e 2013. *Epid. Serv. Saúde* [internet]. 2019 [acesso em 2019 jun 16]; 28(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100305&lng=pt&nr=iso.
 52. Camargo ECG, Fucks SD, Câmara G. Análise espacial de superfícies. In: Fuks SD, Carvalho MS, Câmara G, et al., editores. *Análise Espacial de Dados Geográficos* [internet]. 2. ed. Planaltina: Ministério da Agricultura; Embrapa; 2004. p. 79-124. Disponível em: <http://livimagens.sct.embrapa.br/amostras/00075490.pdf>.

Recebido em 27/09/2019

Aprovado em 23/06/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: uma análise do programa nacional

Specialization in Work Management and Health Education: an analysis of the national program

Neuza Maria Nogueira Moysés¹, Ana Luiza Stiebler Vieira¹, Tereza Cristina Guimarães¹, Andréa Lanzillotti Cardoso²

DOI: 10.1590/0103-1104202012617

RESUMO Um dos propósitos do Componente III do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) foi o de oferecer cursos de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi o de analisar tal processo formativo no País, discutindo seus resultados e as perspectivas analíticas dos dirigentes nos diferentes níveis de coordenação a partir de análise qualitativa e quantitativa. Assim, valeu-se de registros da coordenação geral e da aplicação de questionário semiestruturado do qual se extraiu a análise sob a ótica dos coordenadores locais. No total, foram qualificados 1.471 gestores, sendo 557 no Nordeste, 301 no Norte, 236 no Sudeste, 224 no Centro-Oeste e 153 no Sul. Constatou-se a grande permanência dos alunos nos cargos de gestão; a aplicabilidade dos projetos de intervenção por eles elaborados; o eixo Gestão do Trabalho de maior evidência nas duas primeiras turmas, mas de igual interesse com a Gestão da Educação na terceira turma; e a necessidade de aprofundamento e aumento de carga horária em temas específicos nesses eixos. Essas informações constituem importantes subsídios para a formulação de políticas públicas que deem continuidade a esse processo de qualificação principalmente em vista da crescente terceirização dos vínculos dos trabalhadores da saúde e da gestão dos trabalhadores do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Mão de obra em saúde. Gestão em saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT One of the purposes of component III of the SUS Work and Education Management Structuring and Qualification Program (ProgeSUS) was to offer specialization courses in Work Management and Health Education. The objective was to analyze this formative process in the country, punctuating its results and the analytical perspectives of the leaders at the different levels of coordination; from qualitative and quantitative analysis. It used records of the general coordination and the application of a semi-structured questionnaire in which the analysis was subtracted from the perspective of local coordinators. In total, 1,471 managers were qualified: 557 in the Northeast, 301 in the North, 236 in the Southeast, 224 in the Midwest and 153 in the South. It was verified: great permanence of the students in the management positions; applicability of the intervention projects prepared by them; the Labor Management axis of greater evidence in the first two classes, but of equal interest with the Education Management in the third class; and requiring deepening and increasing workload on specific topics in these axes. This information constitutes important subsidies for the formulation of public policies for the continuation of this qualification process, mainly due to the growing outsourcing of health workers 'labor relations and SUS workers' management.

KEYWORDS Health workforce. Health management. Health education.

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

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz)¹ e o Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)², aduziram para a imperiosa necessidade de estruturar, reestruturar e qualificar a gestão dos Recursos Humanos (RH) em saúde nos estados e municípios brasileiros. Ampliando o olhar, os trabalhadores da saúde são vistos em seus processos de trabalho, no escopo e complexidade do setor e do mundo do trabalho e, em especial, os gestores de RH, como importantes protagonistas. Progressivamente o conceito de ‘recursos humanos’ foi substituído pelo de ‘força de trabalho’ se aproximando da ciência política e dos fenômenos intrínsecos ao mercado de trabalho vigente.

Essa leitura oportunizou avanço importante na política de gestão de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), culminando com a organização, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) é parte integrante e tornou-se o responsável nacionalmente, pela proposição de incentivos, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde. Essa secretaria construiu em parceria com o Conass, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), universidades, escolas de saúde pública, movimento sindical e conselhos profissionais, um novo arcabouço organizacional para a gestão do trabalho no SUS³.

Nessa estrutura, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.261, de 22 de setembro de 2006⁴, abrangendo quatro componentes: I- Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS via

apoio financeiro para instituição formal do setor, definição de equipe e estrutura física e a aquisição de equipamentos; II- Sistema de Informação Gerencial para o setor; III- Qualificação da Equipe de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, via capacitações para gestão por meio de cursos de atualização, especialização e mestrado profissional; e IV- Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS). A adesão foi livre por parte de estados e municípios, posteriormente foi requerido o cumprimento de um conjunto de requisitos e de acordos de adesão pública por meio de portarias publicadas no Diário Oficial da União.

Nacionalmente, os Cursos de Especialização de Gestores do Trabalho e da Educação na Saúde, parte do Componente III, foram coordenados pela Ensp/Fiocruz. Vale ressaltar que houve parcerias em todo o País com mais de vinte instituições acadêmicas tais como universidades federais, estaduais e escolas de saúde pública, além da adesão das secretarias de saúde.

A escolha para a coordenação nacional baseou-se na experiência do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos (NERHUS) do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps/Ensp) tendo em conta sua tradição na formação de quadros para a área. Desde os anos 1980, o NERHUS acumulou *expertise* nessa formação por meio da oferta anual dos cursos de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU), transformado posteriormente para Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CEDRHU), também ofertado de forma contínua e descentralizada. Ademais, modelou os cursos internacionais ou o Curso Internacional de Especialização em Gestão de Políticas de Recursos Humanos na Saúde (CIRHUS) para os países das regiões Andina e Mercosul e os estados brasileiros fronteiriços.

Dessa forma e embora tenha também participado do mestrado profissional, o NERHUS/Ensp modelou os objetivos, a

proposta pedagógica e a estrutura do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em acordo com o Ministério da Saúde, com financiamento e direção da SGTES, em especial, do Degerts.

Tais cursos objetivaram dotar as instituições de saúde do SUS de quadros gerenciais qualificados capazes de administrar e desenvolver a área de gestão do trabalho e educação em saúde frente às suas especificidades e às crescentes complexidades institucionais. Suas atribuições eram as de analisar criticamente a reforma do setor saúde, suas implicações e responsabilidades para a gestão do trabalho e da educação na saúde; compreender a relação das políticas institucionais de qualificação da força de trabalho com a eficiência e efetividade dos serviços públicos de saúde; apoiar os serviços de gestão do trabalho das diferentes esferas gestoras na utilização dos sistemas de informação necessários ao planejamento e monitoramento da força de trabalho em saúde.

Tinha ainda, por atribuição identificar as diferentes formas de gestão dos vínculos de trabalho no SUS; identificar estratégias de integração entre as diferentes estruturas organizacionais de RH com as demais instâncias do SUS; e conhecer os desenhos organizacionais, analisando suas respostas aos diferentes desafios para uma efetiva organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação na saúde.

As turmas eram formadas com até 40 alunos selecionados dentre os indicados pelas instâncias gestoras do SUS, cujas exigências eram a escolaridade de nível superior completo e a atuação ou preparo para atuar na área de gestão do trabalho e da educação em suas instituições de origem, quer estaduais ou municipais.

A problematização foi a principal estratégia pedagógica do curso, estruturado em três unidades temáticas: 1- Políticas Públicas e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (48h/aula); 2- Gestão da Educação na Saúde (96h/aula); e 3- Gestão do Trabalho na Saúde (96h/aula). Contemplou também o Trabalho

de Campo (120h) e 40h de Seminário de Apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC). A partir de 2013, na segunda etapa de estadualização dos cursos, a primeira unidade passou para 68h/aula, a segunda para 104h/aula e a terceira para 132h/aula. Durante o período de dispersão entre as unidades, os trabalhos de campo se desenvolveram por meio de exercícios de enlace sob a orientação e acompanhamento da coordenação local do curso, de caráter avaliativo.

Sua principal finalidade foi a de identificar problemas de gestão do trabalho ou da educação na saúde, alvos de construção do TCC. O TCC tinha caráter obrigatório e deveria ser primordial e preferencialmente apresentado pelos alunos/gestores no formato de uma proposta de intervenção, considerada de melhor retorno para o enfrentamento de problemas identificados e de interesse das instituições de origem.

Houve ainda a opção de apresentação de artigo ou monografia, dependendo da origem institucional do aluno e das regulações das instituições acadêmicas parceiras aderentes ao ProgeSUS, particularmente quando se responsabilizavam pela emissão do título de especialista.

O curso, aqui resumidamente apresentado, pode ser conhecido no seu todo, assim como seu processo de operacionalização no País, em um capítulo de livro 'Qualificação da Gestão no Sistema Único de Saúde: a especialização de gestores do trabalho e da educação no contexto do cuidado'⁵.

Tendo em vista a dimensão do programa atribuído à Ensp, objetivou-se analisar esse processo formativo no País, analisando seus resultados e também as perspectivas analíticas dos protagonistas dirigentes nos diferentes níveis de coordenação.

Material e métodos

A análise descritiva do estudo transcorreu apoiada nas abordagens quantitativas

e qualitativas, as quais, segundo Minayo⁶, diferenciadas pela sua natureza e pela sua utilidade, não se excluem, ao contrário, se complementam.

Para auxiliar a análise do processo nacional de formação, levantaram-se, na coordenação geral, os dados atualizados de todos os egressos por estados e regiões. A análise sob a ótica dos coordenadores locais estaduais foi extraída por meio da aplicação de questionário de 17 perguntas, das quais sete abertas, em cada estado que aderiu ao curso. Enviaram-se 36 questionários, com 92% de resposta. Nas dez perguntas fechadas, os respondentes tiveram que escolher entre as opções ‘ruim’, ‘regular’, ‘bom’, ‘muito bom’, ‘ótimo’ e ‘não posso avaliar’. Quatro blocos de questões se referenciaram às disciplinas ministradas, aos locais de realização dos cursos, ao corpo docente, e aos projetos de intervenção apresentados.

Especificamente, a intenção foi a de conhecer a percepção dos coordenadores locais quanto ao corpo docente, as disciplinas disponibilizadas, seus conteúdos, carga horária, referências bibliográficas, infraestrutura dos locais onde ocorreram os cursos, contribuição dos cursos na vida laboral dos alunos, e impacto na própria percepção dos coordenadores quanto à gestão do trabalho e da educação na saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, sob o CAAE nº 01041418.0.0000.5240. Não apresenta conflito de interesses e, para garantia do anonimato dos respondentes, não foram citados em seus relatos, tendo em vista sua pública e oficial nomeação para o cargo de coordenação nos estados.

Resultados e discussão

Implantação nacional dos Cursos de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Durante o período de execução de todos os cursos no País, de 2006 a 2017 e elaboração do relatório final em 2018, formaram-se 1471 gestores. A execução dos cursos se deu em três etapas, a primeira com turmas regionais e as duas subsequentes, estaduais. Vale destacar que a Ensp ofertou, ainda, duas turmas de mestrado profissional com 50 concluintes, que, somados aos concluintes da Universidade do Vale do Itajaí, totalizaram 80 mestres na área. A implantação de processos de qualificação em nível de especialização e mestrado profissional abrangentes, induzida pela instância federal trouxe grande reformulação e melhorias para a área.

A especialização, ofertada em sua primeira etapa em formato nacional, foi implantada com três turmas regionais, sendo uma turma com alunos do Norte e do Centro-Oeste, realizada em Brasília; uma turma com alunos do Sul e do Sudeste, desenvolvida na Ensp; e outra no Nordeste, realizada na Fiocruz de Pernambuco. Nesse formato regional, foram formados 116 gestores de um total de 120 matriculados (2007/2008), cujos TCC foram compilados em um livro.

Ainda nessa primeira edição ofertada nos estados e municípios, mais de 60 técnicos foram atualizados em concomitância com os cursos de especialização. Essa última modalidade contemplou os temas legislação da educação em saúde, legislação do trabalho em saúde e informação e informática em saúde, e formou 20 alunos por tema.

O resultado final da execução dos cursos de especialização no País está resumido na *tabela 1*. A estratégia de unir forças na ação de especializar e atualizar conteúdos com clientelas

distintas, de forma concomitante, reforçou as qualificações locais, mas precisou ser revista em virtude de comprometer o processo pedagógico, segundo avaliação dos alunos.

Tabela 1. Número de egressos da especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde por estados e regiões, 2006-2017

Regiões/Estados	Nº de egressos
Região Norte	301
Acre	62
Amapá	30
Amazonas	49
Pará	77
Rondônia	29
Roraima	29
Tocantins	25
Região Nordeste	557
Alagoas	74
Bahia	68
Ceará	110
Maranhão	62
Paraíba	46
Pernambuco	57
Rio Grande do Norte	49
Sergipe	68
Piauí	23
Região Sudeste	236
Espírito Santo	40
Minas Gerais	69
Rio de Janeiro	53
São Paulo	74
Região Sul	153
Paraná	47
Rio Grande do Sul	59
Santa Catarina	47
Região Centro-Oeste	224
Distrito Federal	51
Goiás	55
Mato Grosso	71
Mato Grosso do Sul	47
Total Geral	1.471

Fonte: Elaborado a partir de dados da coordenação nacional dos cursos de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ensp, 2019.

Depreende-se da *tabela 1* que a região Nordeste, que é composta pelo maior número de estados, apresentou maior número de egressos (557), dentre os quais se destaca o estado do Ceará com 110 concluintes. O estado do Piauí formou apenas 23 gestores, porque não realizou o curso de especialização na primeira etapa estadual. Embora tenha aderido ao curso, um incêndio que destruiu as dependências da Secretaria de Estado de Saúde (SES) dias antes da data prevista para seu início (2011-2013) só permitiu que participasse da segunda etapa descentralizada (2015-2017).

Na região Norte, se formaram 301 gestores. O estado do Pará (77) e do Acre (62) apresentaram maior número de egressos. O estado do Tocantins tituló a menor quantidade de alunos (25), fato que se explica pela realização de somente uma turma no período 2015-2017, embora tenha aderido inicialmente à proposta, inviabilizada devido às constantes mudanças de gestores da SES. A menor participação dos estados do Amapá, Rondônia e Roraima deveu-se ao fato de não terem aderido à execução do curso de especialização de 2015-2017. Ressalta-se que a descontinuidade administrativa gerada pelas mudanças de gestão impactou negativamente na promoção de qualificação da região que mais necessita de aporte de qualificação profissional.

Já na região Sudeste, com um total de 236 formandos, destacam-se os estados de São Paulo (74) e Minas Gerais (69), restando ao Espírito Santo (40) e Rio de Janeiro (53) os piores resultados. Uma explicação pode ser o fato de haver na região a maior oferta de qualificação profissional em todos os níveis.

A região Centro-Oeste formou 224 gestores, com maior número para o estado de Mato Grosso (71), embora tenha havido distribuição praticamente equitativa nos outros estados e Distrito Federal.

A região Sul, por sua vez, foi a que menos formou especialistas, apenas 153, dos quais 59 no Rio Grande do Sul, 47 no Paraná e 47 em Santa Catarina. Mesmo sendo composto por apenas três estados, pode-se constatar um

moderado desempenho no processo nacional de formação de gestores, considerando, ainda, que o estado de Santa Catarina formou uma turma de 40 especialistas com recursos próprios. Nota-se que essa região investiu, mesmo antes do ProgeSUS, em formação de gestores para o SUS e apresentou certa tradição no conceito de educação permanente.

Como panorama geral, viu-se que as mulheres predominaram em todas as turmas; as enfermeiras também predominaram, à exceção de São Paulo; e a média de idade dos alunos e gestores foi de 31 a 45 anos. Aqui se reforça a tese de que a saúde é feminina e que existem gestores maduros na execução de habilidades gestoras.

Na primeira etapa de formação, ou dos cursos regionais, a participação de alunos e gestores dos municípios de grande porte foi 69,5%. Na segunda etapa, ou primeira etapa estadual, 22% dos egressos eram gestores de municípios do interior dos estados. Na terceira etapa, vigente até 2017, a descentralização da formação alcançou 81%, dada a participação de alunos provenientes das secretarias de saúde de municípios de médio e pequeno porte, quando se utilizou a estratégia itinerante dos cursos em alguns municípios dos estados. Analisa-se, também, o quanto se capilarizou o acesso ao curso, permitindo a formação de gestores qualificados em áreas remotas do País.

Ressalta-se o comprometimento do Conass e Conasems no transcorrer da proposta de qualificação da área e de seus gestores tanto no nível central como no municipal das secretarias de saúde dos estados e municípios, corroborando, também, a maior capilaridade dos alunos e gestores oriundos do interior.

A avaliação dos coordenadores estaduais do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

A avaliação das ementas foi apreciada como muito boa para a maioria (52%) dos coordenadores, ótima para 42% e boa para 6,0%. Adequação da carga horária à realidade de cada

estado foi julgada pelos respondentes como muito boa (49%), ótima (33%) e boa (18%). Já a pertinência e a atualização das referências bibliográficas, foram avaliadas como muito boa (40%), boa (35%), ótima (27%) e regular (6%).

Importante ressaltar que toda a proposta do curso, construída pela coordenação nacional, foi amplamente discutida com os diversos atores envolvidos; gestores estaduais e municipais, Conass e Conasems, gestores da área de RH, e docentes e pesquisadores das universidades e das escolas de saúde pública parceiras. Nas Oficinas de Avaliação e Monitoramento, a coordenação nacional sanou problemas classificados pelos coordenadores relativos à atualização bibliográfica e aos caminhos a serem seguidos na seleção e na formação, respeitando as diferentes realidades locais. Para garantia de maior autonomia docente e reforço dos conteúdos temáticos, foram credenciados novos professores, inclusive os egressos do mestrado profissional. Essa ampla discussão da metodologia do curso repercutiu nas avaliações.

O eixo de maior contribuição para a confecção de TCC nas duas primeiras turmas foi a Gestão do Trabalho. E, na última turma, 34% dos respondentes indicaram a mesma proporção para Gestão da Educação e Gestão do Trabalho; 16% opinaram que os dois eixos se sobressaíram; 13% avaliaram que os três eixos tiveram a mesma relevância; e 3% não avaliaram. Essas mudanças na influência dos eixos temáticos para o TCC espelharam a priorização das agendas políticas das distintas secretarias de saúde.

Sobre a possibilidade de inclusão de novos eixos, 40% consideraram Nenhuma Inclusão; 39% elencaram a necessidade de Aprofundamento Temático nos conteúdos existentes; e 21% não responderam. Além da sugestão quanto ao aumento de carga horária em Metodologia de Pesquisa, justificada pela dificuldade dos alunos gestores de produzir seus trabalhos, há os que opinaram pelo Aprofundamento Temático do conteúdo do curso, destacando a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Tais temas, em realidade, constituem o cerne dessa especialização. Para eles, foram sugeridos aumento de carga horária, acréscimo de outros conteúdos e ampliação da carga horária em temas específicos tais como orçamento, leis trabalhistas, vinculação e relações de trabalho, educação permanente, práticas integrativas, e doenças ocupacionais, particularmente a Síndrome de Burnout. Como o processo de execução dos cursos de especialização do ProgeSUS foi longo (2006-17), sua avaliação e monitoramento compartilhado, ocorrido em diversas fases, não manteve os mesmos atores por todo o período, razão pela qual nem sempre foram avaliados pelos que construíram as estratégias. Nesse âmbito, há que se destacar que o conjunto de transformações ocorrido na área de gestão do trabalho prevê a heterogeneidade de vínculos que provoca essa mudança de atores pelo tempo decorrido.

Em relação aos locais de realização dos cursos, a infraestrutura foi considerada ótima por 46% dos respondentes; 36% consideraram muito boa; e 18%, boa. A influência dos locais para o desenvolvimento do curso foi considerada muito boa por 43%; 27% a considerou ótima; 18%, boa; 9% não se sentiram em condições de avaliar; e 3% consideraram regular. Ressalta-se que a infraestrutura local do curso ficou sob a responsabilidade dos estados, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e de instituições de ensino parceiras. Um dos critérios de avaliação para adesão ao curso foi a comprovação da existência de infraestrutura física, técnica e tecnológica para sua execução, o que justifica a ótima avaliação.

Relativamente ao corpo docente, perguntou-se se a relação entre professor e aluno favorecia o processo ensino e aprendizagem. A maioria (55%) avaliou como ótima, seguida da opção muito boa (39%) e boa (6%). Quanto ao domínio dos docentes nas disciplinas, 75% avaliaram como ótimo; 19% como muito bom; e 6%, bom. Se os docentes criaram um ambiente de discussão e interação em sala de aula, 70% avaliam como ótimo; 27%, muito bom; e 3%, bom.

Sobre o desempenho dos docentes em trabalhar com alunos e gestores, a maior parte dos respondentes avaliou como ótimo (64%); 30% considerou muito bom; e 6%, bom. A adequação dos docentes à aplicação de metodologias ativas de ensino, 49% avaliou como muito bom; 30%, ótimo; e 21%, bom. Os cursos de especialização foram se constituindo e fortalecendo ao longo da formação dos docentes. Muitos estados qualificaram previamente os docentes por meio de oficinas de alinhamento de seus conteúdos e expertises aos objetivos previstos na formação, sendo os melhores quadros designados para tal atividade.

Quanto às Metodologias Ativas, a coordenação geral elencou diversas opções, mas vale ressaltar que necessitavam de ampliação da carga-horária e ocupação de maiores espaços físicos para dinâmicas e divisão de grupos. Muitas vezes, tais espaços não foram disponibilizados, embora os docentes mais experientes tenham habilmente feito uso das ferramentas.

Na implantação do TCC sob o formato de um de projeto de intervenção, apresentaram-se como pontos desfavoráveis para os alunos e gestores as mudanças na gestão e a grande rotatividade dos espaços laborais. Destacam-se as alternâncias de gestão como uma interferência na efetivação dos produtos oferecidos pelo curso.

Quanto à contribuição do curso para a ascensão e mobilidade laboral, 52% dos respondentes afirmaram que os egressos continuaram em cargos de gestão, como assessoria de gabinete, coordenação de unidade básica de saúde, gestor municipal de saúde, entre outros; 24% dos ex-alunos têm se empenhado em ocupar cargos de gestão ou articulação política junto aos gestores. Entretanto, 21% dos respondentes não soube informar quanto à contribuição do curso para a mobilidade laboral, pelo não acompanhamento dos egressos nas secretarias e dinamismo das mudanças políticas nos municípios; e, ainda, 3% afirmaram que, com as mudanças de gestão, os egressos não continuaram gestores ou trocaram de função.

A permanência em cargos de gestão pela

maioria dos egressos constitui um fator bastante positivo, possibilitando a aplicação das habilidades apreendidas, embora sem garantias em razão das mudanças nos cenários políticos estaduais e municipais. Ao longo desse processo de formação, os municípios menores se tornaram mais presentes, mesmo com a menor oportunidade de participação, dados os custos de deslocamento e a liberação dos servidores.

Ademais, 24% dos coordenadores responderam que houve aprovação dos ex-alunos em concursos para cargos públicos e admissão em mestrados; 24% relataram ascensão de cargos; 15% afirmaram tanto aprovação em concursos públicos quanto ascensão de cargos; 34% não souberam responder; e 3% não responderam. Em caso de continuidade dessa formação, será necessário um estudo sobre o perfil dos egressos.

Sobre o desafio dos respondentes de coordenar um novo curso com as mesmas características, 91% responderam positivamente; 6% relataram inserção em outro projeto educacional, impossibilitando retorno como coordenador; e 3% disseram depender da ocasião em que esses novos cursos aconteceriam.

A grande maioria enalteceu a vivência do curso em si, seus objetivos e o impacto causado por ele nas secretarias de saúde e na vida profissional dos envolvidos. Destacamos os relatos de alguns deles:

Coordenar o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do ProgeSUS foi uma experiência de crescimento e desenvolvimento profissional, considerando minha atuação enquanto servidora da Fundação Oswaldo Cruz. Eu aceitaria sim, com enorme prazer, coordenar um novo curso com essas características, inclusive em um outro estado da federação. Consideraria isto uma oportunidade de contribuir com a formação dos gestores da saúde e continuar ampliando o conhecimento sobre a realidade brasileira, algo que valorizo bastante.

Com certeza, foi uma experiência relevante para minha carreira profissional.

Certamente, tendo em vista o aprendizado e contribuição com o sistema de saúde municipal e estadual.

Sim, com certeza e cabe ressaltar que agora sou professora da Universidade Integração Latino-americana e este tipo de curso poderia contar com profissionais gestores de saúde dos países do Mercosul ou da América Latina e Caribe. Acredito que o impacto no nível de integração seria muito relevante e contribuiria com a internacionalização da formação em saúde.

Para ser um coordenador dos cursos do ProgeSUS, foi requerido o aprimoramento de habilidades, desde a capacidade de organizar os aspectos administrativos, conteúdos e docentes, itens metodológicos, negociação do trabalho institucional e extrainstitucional, até a capacidade de síntese permanente para garantir a transversalidade dos temas, pois o coordenador deveria ficar em sala de aula todo o tempo, até a orientação e correção dos exercícios de enlace e na coorientação dos TCC. Isso revela uma oportunidade significativa de aprimoramento diferenciado.

Ao questionar se o curso despertou interesse no coordenador em contribuir para a área de gestão de trabalho, caso ele não atuasse na área, 46% responderam que despertou o interesse, e uma das respondentes revela que:

Com certeza, hoje meu olhar é bem mais ampliado para a área de gestão do trabalho e quando participo de comissões ou em discussões, eu sempre tento incluir a gestão do trabalho e mostrar a sua importância, pois entendo ser essa uma área essencial para o SUS.

Dos respondentes, 36% relataram que já atuaram na área e aproveitaram para se aprofundar em determinados temas, como a exemplo de:

Já sou da área e fui muito motivada a investir em temas que não domino dentro da própria área, com debates muito qualificados com os especialistas do curso.

Deve-se ter em conta que coordenar um processo de qualificação na mesma área de formação é o melhor que se poderia construir. Quando se aprofundam os conhecimentos do ponto de vista teórico e de investigação, fortalece-se e aumenta-se a capacidade gestora. Dentre o restante dos respondentes, 3% informaram que já atuaram na área, mas que então estavam se dedicando à docência, e 15% não responderam. Mesmo que atuando na docência, acredita-se que esses profissionais contribuam com o reforço da área, principalmente na formação das profissões da saúde.

Considerações finais

A mudança na política de Gestão de Recursos Humanos no Ministério da Saúde com a criação da SGTES e seus dois departamentos, Degerts e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), inaugurou um novo momento para a área sob a perspectiva da gestão do trabalho e da educação em saúde. A qualificação de gestores, que tradicionalmente era disponibilizada nas capitais, foi descentralizada, possibilitando o acesso à especialização para um contingente expressivo de gestores de municípios de médio e pequeno portes.

Cabe destacar que a estratégia de construir parcerias em todo o país com instituições acadêmicas e escolas de saúde pública foi uma inovação necessária para a superação do desafio de encurtar as grandes distâncias e, também, uma rica experiência com suas participações no planejamento, execução, docência, avaliação e, em alguns casos, na certificação da titulação. O número de especialistas formados na área fala por si só. Há, claramente, um corte e substituição da ausência de técnicos qualificados em grandes extensões do território nacional para a afirmação de que em todos os 26 estados e o distrito federal hoje existem profissionais qualificados para o exercício da gestão do trabalho e da educação em saúde, fortalecendo a capacidade gestora desses entes federados.

Relativamente à avaliação dos coordenadores, embora as premissas presentes no edital de adesão dos estados ao curso e as construções de caráter metodológico e pedagógico tenham sido discutidas e acordadas previamente, uma pequena parcela dos coordenadores locais não qualificou a ementa, carga horária e infraestrutura como ótimas ou muito boa. A necessidade de oficinas para repactuação da direção dos cursos, respeitando as realidades locais, indicou, para numa próxima capacitação nesses moldes, a necessidade de prévia preparação pedagógica dos coordenadores em todos os cursos.

A Gestão do Trabalho foi o eixo de maior evidência nas duas primeiras turmas e apresentou o mesmo interesse que Gestão da Educação na terceira turma. De um modo geral, foi requerido um aprofundamento temático ou aumento de carga horária em temas específicos nesses dois eixos. O corpo docente foi muito bem avaliado e, quando encorajados a praticar metodologias ativas, os mais experientes fizeram uso dessas ferramentas.

Mesmo com mudanças de gestão nas secretarias de saúde, evidenciou-se que o curso contribuiu para a ascensão e mobilidade ocupacional da maioria dos ex-alunos, assim como a permanência em cargos de gestão após o curso, favorecendo, sobretudo, municípios de menor porte.

A aplicabilidade de projetos de intervenção como o TCC guardou relação com a permanência no cargo de gestão. A maioria dos respondentes aceitaria o desafio de coordenar um novo curso com as mesmas características e, também, mostrou interesse em contribuir com a área de gestão do trabalho e da educação em saúde, mesmo os coordenadores que ainda não faziam parte da área.

Essas informações, análises e proposições constituem subsídios estratégicos para a formulação de políticas públicas para a continuidade e organização de processos de qualificação. Requer, ainda, uma investigação sobre os egressos para o aprofundamento analítico de todo esse esforço formativo.

Cabe ressaltar que a dificuldade na realização do curso pôde ser sentida à medida em que houve necessidade de pactuação local com as coordenações, e de cada uma delas com suas expectativas quanto ao curso e poder aleatório de gerenciamento em suas localidades. O maior desafio foi o de qualificar força de trabalho tão heterogênea e de realidades tão díspares, observando adequações pertinentes quanto à abordagem e material didático.

Não obstante, as pesquisas^{1,2} que indicaram o que precisava ser feito para área de RH à época, foram retomadas dez anos depois⁷ e as realidades locais já apresentavam mudanças significativas. A gestão do trabalho estava mais estruturada no âmbito das secretarias, e seus gestores, mais qualificados e alinhados às políticas pertinentes.

Mas, levando em consideração que a saúde é expansiva e que, hodiernamente, os trabalhadores da saúde estão altamente terceirizados, tornam-se imperiosas a continuidade e expansão da qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Colaboradoras

Moysés NMN (0000-0001-6441-8906)*, Vieira ALS (0000-0002-6282-1723)*, Guimarães TC (0000-0002-9620-6024)* e Cardoso AL (0000-0003-4306-7355)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Brasília, DF: CONASS; 2004. (Documenta, N. 1).
2. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Relatório Técnico: Capacidade Gestora de Recursos Humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Rio de Janeiro: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH), 2006. [acesso em 2019 set 16]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/IMS-UERJ/Capacidade_gestora.pdf.
3. Moysés NMN. Gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde: a agenda política postergada? [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015. 121 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.261, de 22 de setembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS. Diário Oficial da União. 26 Set 2006. [acesso em 2020 jun 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2261_22_09_2006_rep_comp.html.
5. Moysés NMN, Tavares MFL, Guimarães TCF, et al. Qualificação da Gestão no Sistema Único de Saúde: a especialização de gestores do trabalho e da educação no contexto do cuidado. In: Castilho Sá M, Tavares MF, Seta MH, organizadoras. Organização do Cuidado e Práticas em Saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 431-453.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2º Levantamento da Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2015. (CONASS documenta, N. 29).

Recebido em 23/01/2020
 Aprovado em 07/06/2020
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil

Healthcare pathways of elderly in one health region in the Federal District, Brazil

Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco¹, Marcella Guimarães Assis², Raíssa Gomes Magalhães¹, Sílvia Maria Ferreira Guimarães¹, Patrícia Maria Fonseca Escalda¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012618

RESUMO O objetivo foi identificar as trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal e suas percepções acerca desses percursos. Pesquisa qualitativa que analisou, com base na metodologia de caso traçador, 14 percursos assistenciais de idosos. Foram realizadas entrevistas com idosos e cuidadores, processadas por análise de conteúdo; e consulta a prontuários. Mapas das trajetórias descritas foram elaborados por geoprocessamento. Identificou-se que o percurso real feito pelos idosos difere do previsto na legislação, e que as fragilidades apontadas estiveram relacionadas à difícil acessibilidade, ao *deficit* de profissionais, à falta de medicamentos e ao tempo de espera para atendimento na atenção especializada. As potencialidades relatadas pelos idosos envolveram humanização no atendimento, tais como o bom acolhimento por parte da equipe, a construção de vínculos e escuta qualificada, e sensação de bem-estar após as consultas. Apesar de o modelo de atenção ainda ser fragmentado e estar distante da situação ideal, os usuários se sentem satisfeitos com os cuidados recebidos, evidenciando aspectos positivos no processo do cuidar em saúde. Entretanto, a organização de processos de trabalho e a articulação entre os níveis de atenção à saúde precisam ser revistas e adequadas às especificidades desse ciclo de vida.

PALAVRAS-CHAVE Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde. Serviços de saúde para idosos. Acesso aos serviços de saúde. Assistência à saúde. Saúde do idoso.

ABSTRACT *The aim was to identify the healthcare pathways of the elderly in one health region in the Federal District and their perceptions about these pathways. A qualitative study analyzed 14 healthcare pathways of elderly people, using tracer methodology. Interviews were conducted with the elderly and caregivers, processed by content analysis; and medical records were reviewed. Maps of the paths described were prepared by geoprocessing. It was found that the actual healthcare pathways taken by the elderly differ from what law would predict, and that the weaknesses detected were related to poor accessibility conditions, lack of professionals, lack of medicines, and the long waiting time for specialized health care. The expectations reported by the elderly involved humanization of care, emerging elements such as being well received by the personnel, the building of bonds, qualified listening, and a feeling of well-being after the medical consultation. Although the care model is still fragmented and far from ideal, users feel satisfied with the care provision and identify positive aspects in the health care process. However, the organization of work processes and the articulation between levels of health care need to be reviewed and adapted to the specificities of this life phase.*

KEYWORDS *Patient acceptance of health care. Health services for the aged. Health services accessibility. Delivery of health care. Health of the elderly.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
ruth.sacco1@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

O envelhecimento da população é reflexo da transição demográfica, resultante do declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade¹, e representa um desafio, haja vista a necessidade de desenvolvimento de políticas e cuidados de saúde adequados para idosos². No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) estimado para 2020 é de 32 milhões, tendo um aumento de mais de 200% em relação a 2002, ano em que chegava a 14 milhões². No Distrito Federal (DF), seguindo a tendência nacional, a população idosa aumentou de 7,7%, em 2010, para 10,5%, em 2018³.

Apesar de a redução de doenças infecto-contagiosas ter contribuído para o aumento da expectativa de vida⁴, elevou-se a prevalência de doenças crônico-degenerativas que afetam, sobretudo, idosos⁵. Este cenário aponta a necessidade de adoção de estratégias de promoção do envelhecimento saudável⁶, definido pela Organização Mundial da Saúde como processo de desenvolvimento e de manutenção da capacidade funcional, que permite o bem-estar em idade avançada⁷.

Diante disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se adequado para garantir ações e serviços qualificados e resolutivos, organizando-os em redes. A discussão sobre Redes Integradas de Serviços de Saúde (Riss) emergiu com a Resolução CD49.R22, de 02 de outubro de 2009, da Organização Pan-Americana da Saúde, e propõe a superação de sistemas fragmentados e hierarquizados⁸.

As Riss podem ser definidas como

Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve⁸⁽¹¹⁾.

Elas objetivam desenvolver a Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto base do sistema, e a prestação de serviços adequados

às expectativas dos usuários, com acessibilidade, equidade, eficiência e qualidade técnica⁸. No Brasil, são chamadas de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e são coordenadas pela APS, primeiro contato preferencial dos usuários e centro de comunicação com toda a RAS¹⁹. Assim, a APS busca evitar a concentração de serviços e investimentos nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde^{10,11}.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo de atenção sugerido para a APS, enfatiza a integralidade das ações e focaliza o indivíduo integrado à família¹², promove acolhimento e escuta qualificada para a resolução de demandas¹³ e é responsável por orientar o percurso dos usuários dentro da RAS¹⁴. A análise deste percurso (trajetória assistencial) possibilita identificar fragilidades e potencialidades na RAS¹⁵ e evidencia a percepção dos usuários sobre a qualidade do cuidado¹⁶.

Considerando o envelhecimento da população e as especificidades requeridas pelo novo perfil epidemiológico, assim como os pressupostos das RAS e da APS, o presente estudo identificou trajetórias assistenciais de idosos em sua busca por assistência, em uma região de saúde do DF.

Material e métodos

Estudo qualitativo que identificou trajetórias assistenciais de idosos por meio da metodologia do caso traçador¹⁷. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com idosos e cuidadores, e consultas a prontuários, que serviram de marcadores para a análise dos processos de cuidado e para o reconhecimento de como estes se concretizam no cotidiano em saúde¹⁸.

Foi conduzido na Região de Saúde Oeste (RSO) do DF, que inclui duas Regiões Administrativas (RA): Ceilândia e Brazlândia. A primeira, com 432.927 habitantes (7,24% são idosos), é a mais populosa do DF; e a segunda possui 53.534 habitantes (7,01% são idosos)¹⁹. A RSO foi escolhida porque nela há elevado

percentual de idosos vulneráveis, com maior risco de declínio funcional e de morte²⁰. Foram envolvidas cinco equipes de Saúde da Família (eSF), de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo três da Ceilândia e uma de Brazlândia, selecionadas com base na estrutura etária das respectivas áreas de abrangência.

Seguindo essa técnica, cada equipe foi solicitada a apontar 3 casos significativos do perfil do serviço: 1 típico, 1 de sucesso e 1 de tensão¹⁸, totalizando 15 casos traçadores. Os critérios de inclusão foram: ser residente na RSO e ser ≥ 18 anos (se entrevista conduzida com o cuidador, em situações de limitação cognitiva do idoso). Os de exclusão foram: indivíduos não localizados após três tentativas de contato em horários e por meios de comunicação distintos.

O roteiro da entrevista foi construído após visitas exploratórias²¹, e continha nove perguntas relacionadas ao motivo da ida à UBS; à percepção sobre o cuidado; à trajetória percorrida em busca de assistência; e às condições atuais de saúde do idoso e a relação desta com a APS. As informações foram gravadas (gravador Sony ICD-PX240), transcritas e interpretadas. Fez-se análise semântica do conteúdo, partindo-se das categorias de análise que emergiram do material²².

As entrevistas subsidiaram a elaboração de mapas por geoprocessamento de três

trajetórias assistenciais, utilizando-se o Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas (Sirgas)²³, para os quais se fez infográfico.

Esta pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética, sob os pareceres 2.202.975 (Universidade de Brasília) e 2.269.757 (Secretaria de Saúde – SES/DF). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Neste estudo, dos 15 casos indicados pelas UBS, 1 foi excluído pela inexistência de retorno às tentativas de contato. Assim, identificaram-se trajetórias assistenciais de 14 idosos e suas percepções acerca da assistência à saúde no DF. Os resultados mostraram que a trajetória prevista na legislação, com base nos normativos e protocolos da SES/DF, divergiu da que efetivamente foi feita pelos idosos. Entretanto, apesar das fragilidades por eles apontadas para o funcionamento da RAS, todos eles consideraram-se satisfeitos com o atendimento recebido e com suas atuais situações de saúde.

A maioria dos idosos participantes era da faixa etária de 70 a 79 anos (42,9%), do sexo feminino (57,1%) e composta por viúvos (85,7%). A *tabela 1* apresenta características sociodemográficas destes idosos.

Tabela 1. Caracterização dos idosos (casos traçadores), das Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas, Região de Saúde Oeste, Distrito Federal, 2019

Variáveis	N	%
Idade		
60-69 anos	3	21,4
70-79 anos	6	42,9
80-89 anos	5	35,7
Sexo		
Masculino	6	42,9
Feminino	8	57,1
Estado civil		
Casado	2	14,3
Viúvo	12	85,7

Tabela 1. (cont.)

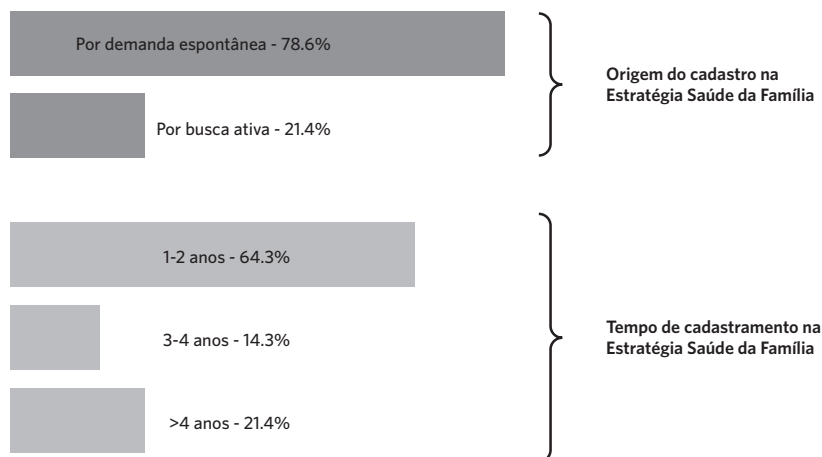
Variáveis	N	%
Arranjo familiar		
Mora acompanhado	12	85,7
Mora sozinho	2	14,3
Total de Idosos	14	100

Fonte: Elaboração própria.

Apesar de a maioria deles ser composta por viúvos (85,7%) – o que pode trazer implicações, pois a viuvez relaciona-se a prognósticos mais desfavoráveis em saúde e à mortalidade precoce²⁴ –, 92,9% dos idosos moravam com algum familiar, inferindo-se que são indivíduos que têm rede de suporte social, aspecto importante na adesão ao tratamento²⁵.

Quanto à situação de cadastramento na ESF, verificou-se que, maiormente, ele foi realizado por demanda espontânea em situações de busca para tratamento de doença, enfatizando que há uma deficiência no cadastramento feito pelas UBS, ocasionado por falha no processo de organização do trabalho ou *deficit* de profissionais²⁶ (figura 1).

Figura 1. Origem e tempo de cadastramento dos idosos (casos traçadores) na Estratégia Saúde da Família (ESF), das Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas, Região de Saúde Oeste, Distrito Federal, 2019



Fonte: Elaboração própria.

No DF, havia experiências isoladas da ESF realizadas por algumas equipes, entretanto, apenas em 2017, elegeu-se esse modelo de atenção enquanto estruturante da APS, utilizando-se de força de trabalho já existente nas UBS²⁷. Assim, provavelmente este panorama justifique o pouco tempo de cadastramento dos idosos na ESF, tendo, a maioria, dois anos.

As trajetórias assistenciais dos idosos

Trajetoórias assistenciais são percursos escolhidos pelos indivíduos, que ocorrem dentro da rede de saúde, e que podem ou não conseguir resolutividade e tratamento¹⁵. Aqui, faz-se contraponto à definição de itinerário

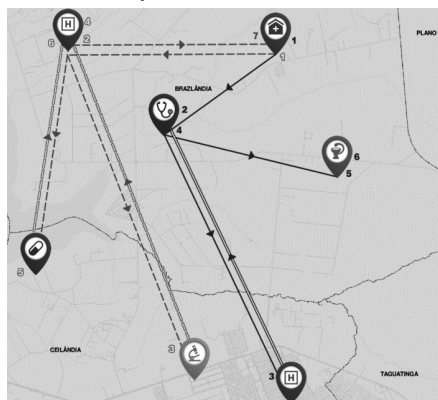
terapêutico, que envolve a busca de cuidados em saúde pelos indivíduos, que, na busca de soluções para seus problemas, excedem os serviços de saúde, e sua análise considera aspectos socioculturais, que influenciam os percursos individuais^{28,29}. Neste estudo, optou-se por traçar o percurso enquanto trajetórias assistenciais, pela necessidade de identificação de fluxos entre os níveis de atenção.

Os idosos participantes possuíam comorbidades, tais como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, perda de visão limitadora de realização das Atividades de Vida Diária (AVD), demência, dores articulares, fibrose pulmonar, neoplasias e doenças

infecciosas de notificação compulsória, o que provavelmente os fazia percorrer serviços de saúde, públicos e/ou privados. Os mapas por geoprocessamento foram elaborados para apenas 3 dos 14 casos analisados, uma vez que a falta de registros em prontuário, o viés de memória e a ausência de documentos por parte dos idosos e/ou seus familiares, prejudicou a identificação e a confirmação dos endereços dos serviços assistenciais por onde haviam transitado. As trajetórias reais foram sobrepostas às previstas, conforme sugerido nos normativos que regem as RAS no DF, e o resultado é apresentado na *figura 2*.

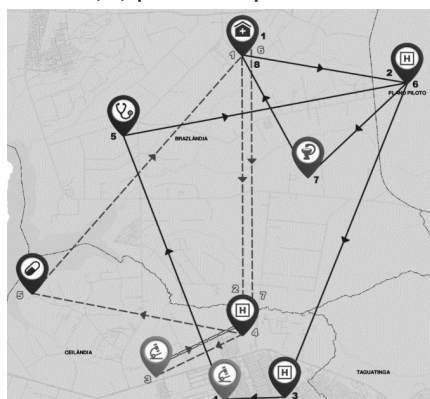
Figura 2. Trajetórias assistenciais de idosos na Região de Saúde Oeste, Distrito Federal, 2019

2.a UBS D, I2, queixa 'zumbido no ouvido'



Real	Previsto
1 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia	1 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia
2 Otorrinolaringologista Particular	2 Hospital Regional de Brazlândia
3 Hospital das Clínicas	3 Laboratório de Ceilândia
4 Otorrinolaringologista Particular (Retorno)	4 Hospital Regional de Brazlândia
5 Drogeria Particular (Consulta)	5 Farmácia Ambulatorial Especializada da Ceilândia
6 Drogeria Particular (Compra)	6 Hospital Regional de Brazlândia
	7 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia

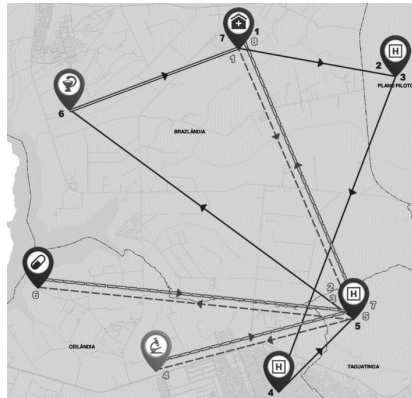
2.b UBS D, I1, queixa 'tosse persistente'



Real	Previsto
1 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia	1 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia
2 Hospital de Base	2 Hospital Regional de Ceilândia
3 Hospital das Clínicas	3 Laboratório de Ceilândia
4 Laboratório Particular	4 Hospital Regional de Ceilândia
5 Exames Cardiológicos Particular	5 Farmácia Ambulatorial Especializada da Ceilândia
6 Hospital de Base	6 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia
7 Drogeria Particular (Compra)	7 Hospital Regional de Ceilândia
8 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia	

Figura 2. (cont.)

2.c UBS D, I2, diagnóstico ‘câncer de próstata’



Real	Previsto
1 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia	1 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia
2 Hospital de Base (Consulta)	2 Hospital Regional de Taguatinga (Consulta)
3 Hospital de Base (Exames)	3 Hospital Regional de Taguatinga (Exames)
4 Hospital Anchieta (Radioterapia)	4 Laboratório de Ceilândia (Exames)
5 Hospital Regional de Taguatinga (Acompanhamento)	5 Hospital Regional de Taguatinga (Radioterapia)
6 Drograria Particular (Compra)	6 Farmácia Ambulatorial Especializada da Ceilândia
7 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia	7 Hospital Regional de Taguatinga (Retorno)
	8 Unidade Básica de Saúde Nº 5 Brazlândia (Retorno)

Equipamentos de Saúde

- Hospitais Gerais
- Unidades Básicas de Saúde
- Consultório
- Laboratório
- Farmácia Ambulatorial
- Farmácia/Drograria

Deslocamento

- Fluxo previsto
- Retorno previsto
- Fluxo realizado
- Retorno realizado

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Consultório, laboratório e farmácia/drograria correspondem a equipamentos de saúde privados.

A figura 2.a representa percurso de idosa de 78 anos, cuja queixa era de zumbido no ouvido. Ela buscou a UBS de seu território, onde foi solicitado exame de imagem. Para realizá-lo, devido à demora no atendimento por especialista na RAS do SUS, ela buscou clínica privada de otorrinolaringologia. As figuras 2.b e 2.c referem-se a dois caminhos distintos de um mesmo idoso de 89 anos, que buscou UBS em virtude de tosse persistente (figura 2.b), tendo sido encaminhado à Atenção Especializada (AE) para a realização de exames de imagem por suspeita de tuberculose. Além disso, anos atrás, ele havia sido diagnosticado com câncer de próstata e fez seu primeiro acesso por meio da UBS, como ilustra a figura 2.c.

Nas três trajetórias apresentadas, percebe-se que a UBS da área de abrangência foi o primeiro acesso para os casos, e fez o acolhimento

e o encaminhando à AE. Porém, a partir disso, o fluxo não ocorreu conforme previsto, pois, em dois dos três casos (figuras 2.b e 2.c), os idosos acessaram a rede privada, tanto para consulta com especialista quanto para realização de exames complementares, para evitar filas de espera no SUS. Este achado corrobora o estudo de Raupp et al.²⁹, que aponta esta fragilidade como presente em todo o País. No DF, somente em 2018 ocorreu a implantação do Complexo Regulador em Saúde (CRDF), tendo a APS como ordenadora do acesso, o que poderia explicar a dificuldade de os idosos realizarem consultas e exames especializados³⁰.

Comparando a trajetória real com a prevista, observou-se que nenhum dos casos seguiu a trajetória esperada, sendo indicativo da falta de integração entre os pontos de atenção e de falhas nas tecnologias disponíveis no sistema

de saúde, gerando fragmentação do cuidado e percurso mais longo e dispendioso para os idosos^{12,31}, além de torná-los mais propensos a desenvolverem outras comorbidades^{32,33}. O acompanhamento longitudinal feito dentro do serviço de saúde, especialmente pela APS, confirma a eficiência da UBS e a satisfação do usuário com o serviço. De modo contrário, estes percursos assistenciais evidenciam fragilidades no funcionamento dos fluxos de referência e contrarreferência, comprometendo o acesso à AE³⁴.

Os resultados mostraram que, apesar de a trajetória dos idosos ter iniciado na rede pública, houve etapas na rede privada, independentemente da complexidade dos casos, pois encaminhamentos feitos para a AE também tiveram fluxos desviados para serviços custeados pelos próprios usuários (figura 2.a). Destacou-se que, na situação de maior complexidade (tratamento de câncer de próstata, figura 2.c), em que a trajetória real esteve fora da região de saúde de residência do idoso, os equipamentos de saúde utilizados foram majoritariamente da RAS do SUS, ou seja, a própria rede indicou caminhos assistenciais alternativos para tratamento oportuno e gratuito da neoplasia, embora em percurso mais longo e fora da RSO.

Spedo et al.³⁵, em estudo semelhante realizado em São Paulo (SP), afirmaram que o maior gargalo se encontrava em serviços de média complexidade, especialmente por falhas gestoras relacionadas à falta de priorização política,

a despeito de existirem mecanismos, tais como o complexo regulador e a informatização das suas ações. Esses autores apontaram que deve haver uma lógica de retroalimentação entre APS e média complexidade, pois para que a APS seja resolutiva é preciso que o acesso à AE exista e, em contrapartida, se a APS possuir baixa resolutividade, os encaminhamentos à AE irão aumentar.

No DF, as trajetórias analisadas não ocorreram como previstas, demonstrando fluxo real fragmentado e decorrente de fragilidades nos sistemas logísticos que envolvem o CRDF, situação que gera comprometimento do acesso aos níveis especializados e da integralidade da atenção, tornando o percurso do idoso mais longo e financeiramente dispendioso³³.

Percepção dos idosos acerca dos cuidados à saúde do idoso na APS

Para que a lacuna entre a teoria e a realidade do SUS não inviabilize a concretização da RAS, além da análise dos caminhos percorridos em busca de cuidados em saúde, deve-se considerar a perspectiva dos usuários e sua satisfação com a atenção recebida, enquanto estratégias para a avaliação do cuidado ofertado³⁶.

A análise de conteúdo das entrevistas com os idosos permitiu a identificação de quatro categorias de análise distintas, todas correlacionadas a princípios e/ou diretrizes do SUS e à APS (quadro 1).

Quadro 1. Categorias de análise identificadas e características observadas nestas categorias

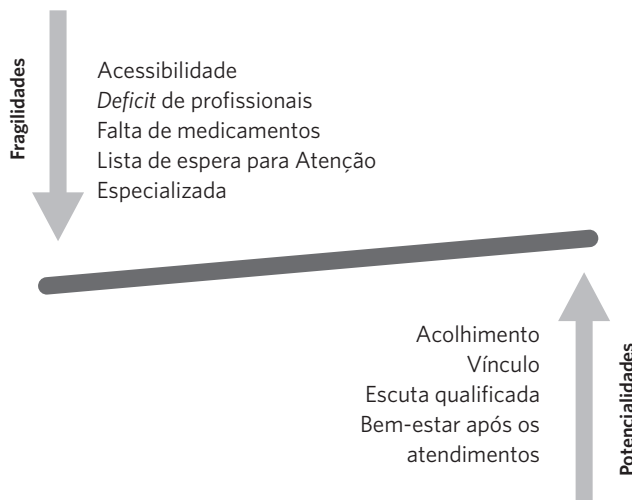
Categorias de Análise	Eixos Temáticos Envolvidos
Humanização no atendimento	Acolhimento, vínculo, escuta qualificada e bem-estar
Organização de processos de trabalho	Acesso à Unidade Básica de Saúde
Recursos organizacionais	Recursos humanos (<i>deficit</i> e <i>suficiência</i>) Recursos materiais e infraestrutura (<i>deficit</i> e <i>suficiência</i>)
Atendimento na atenção especializada	Lista de espera e comunicação entre os níveis de atenção

Fonte: Elaboração própria.

As percepções dos usuários relacionaram-se tanto a potencialidades quanto a fragilidades

na linha de cuidado ao idoso, no DF, e as principais delas são apresentadas na *figura 3*.

Figura 3. Fragilidades e potencialidades na linha de cuidado ao idoso, Região de Saúde Oeste, Distrito Federal, 2019



Fonte: Elaboração própria.

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO

Nas práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver habilidades para adequado acolhimento e estabelecimento de vínculo entre equipe, profissionais e usuários²⁷. Assim, o acolhimento deve ser visto como dispositivo potente e diretriz operacional para o sistema de saúde, sendo útil para a identificação das demandas, a construção de vínculo profissional-usuário e o cuidado integral, atendendo aos princípios da APS³⁷⁻³⁹.

Neste estudo, o acolhimento e a escuta qualificada foram apontados como potencialidades, e os relatos estiveram associados à qualidade e à sensação de bem-estar após os atendimentos, como apresentado abaixo:

Eles conversam com a gente, explicam tudo com a maior paciência, com o maior carinho, entendeu? Isso, pra mim, é muito importante, que eu sou uma pessoa assim [...] eu fico assim, olha, pode ser... Me

agradar aquela coisinha, aquela minha amizade, amizade pura. (UBS C, 11).

Eu não sei, elas falavam assim: 'Dona Fulana, qualquer coisa me procure'. Elas me abraçam. Essas meninas todas me abraçam assim, como uma mãe assim [referindo-se às profissionais da enfermagem]. Continuo indo lá. É sempre as mesmas pessoas que me atendem. Eu sempre fui bem atendida ali. Até na hora que eu vou lá só pra pegar receita, eu sou hiper bem atendida. (UBS A, 14).

Notou-se que a satisfação dos idosos estava diretamente relacionada ao acolhimento e ao vínculo, demonstrando sua importância para a continuidade do cuidado e destacando-os como potencialidades da APS. Resultado semelhante foi identificado por Uchoa et al.⁴⁰ e por Vello et al.¹, que destacaram o acolhimento e o vínculo como as dimensões do cuidado mais satisfatórias para os usuários.

O estabelecimento de vínculos pressupõe a construção de relações de afetividade e confiança³⁶, e os laços entre os envolvidos se fortalecem quando o convívio se torna frequente, contribuindo para a eficácia do tratamento, e evitando consultas e internações desnecessárias, pois usuários aderem melhor aos tratamentos propostos⁴¹. Estas tecnologias relacionais são especialmente importantes para os idosos que, em sua maioria, apresentam doenças crônicas não transmissíveis, dependem de tratamento medicamentoso e necessitam de cuidados continuados em saúde.

ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO

Os idosos relataram sua dificuldade de acesso à UBS, o que demonstrou a pouca organização dos processos de trabalho. Entre os atributos da APS está a acessibilidade, definida com a oferta de serviços pela RAS, pois, para o usuário adentrar os serviços oferecidos e usufruí-los, ele deve poder acessá-los³⁸. Acesso e acessibilidade têm sentidos próximos, haja vista que se relacionam à capacidade, não só de produzir e ofertar serviços, mas também de torná-los responsivos às necessidades de saúde da população. Aqui, utilizou-se o conceito de acessibilidade que inclui as dimensões geográfica (distância, tempo e custo de locomoção) e sócio-organizacional (capacidade de acolher às demandas, adequada e oportunamente)⁴².

Em relação à acessibilidade, os idosos relataram fragilidades importantes da APS:

[...] que pode mudar um pouco... O que eu acho, assim, na marcação de consulta. Porque a gente vai muito cedo pra marcar uma consulta. Tem vez que eu saio daqui 5h30min da manhã pra 'tá lá na fila. Mesmo idoso. A gente vai pra filinha lá de lado de fora. Um frio! Mesmo com a ESF, ainda tem que pegar fila. (UBS C, I1).

Aqui é ruim pr'a gente ir ao Posto. São as condições, a gente não tem carro... Pra você ver: eu ainda vou ao Posto hoje. Agora, eu 'tô aguentando andar. E quando eu não aguentar mais? (UBS D, I2).

Segundo Franco et al.⁴³, a reestruturação da APS deu-se com a implementação da ESF para garantir a organização no processo de trabalho e atendimento a todos os usuários que procurem a unidade, sem a necessidade de fichas e filas de madrugada. No entanto, a fala do usuário 'UBS C, I1' demonstra que, mesmo após 25 anos da implementação da ESF ter ocorrido no Brasil, e considerando que se passaram 2 anos da adoção da ESF no DF, ainda existem UBS que trabalham no modelo tradicional, submetendo os usuários a longas filas de espera para serem atendidos.

A distância do local de atendimento relatada pelo usuário 'UBS D, I2' demonstra realidade adversa da recomendação feita por Silva et al.⁴⁴, que afirmam que a proximidade do local de atendimento é um dos aspectos fundamentais na APS, a qual deve oferecer serviços de forma planejada e considerando a localização geográfica da UBS, que deve ficar estrategicamente perto das moradias da população para aprimorar a acessibilidade, principalmente se há idosos.

A realização de visitas domiciliares pelos profissionais de saúde, por oportunizar contato direto com usuários, proporciona satisfação aos idosos. Em sua pesquisa, Conill⁴⁵ identificou visitas como bem avaliadas pelos entrevistados. No presente estudo, idosos demonstraram maior sensação de bem-estar e satisfação quando as visitas domiciliares faziam parte de seus planos de cuidados, e reivindicaram maior frequência desse tipo de atividade.

Eu adoro as meninas. Um dia, elas chegaram aqui tudinho na minha casa, minha pressão subiu de tanta alegria. A senhora acredita? Porque elas vieram aqui me visitar, me dar atenção, saber da minha saúde. Vieram cuidar de mim. (UBS C, I1).

Se viessem mais, pelo menos, uma vez ao mês [referindo-se à frequência de visitas domiciliares]... É até bom... Eu digo, sei que não é pra isso que vocês fazem, mas, ao menos, um pouco de conversa com a gente. Aí, me sentiria feliz.

Ele falava: 'Terça-feira eu volto'. Aí, você ficava naquela ansiedade, e ele não vinha [referindo-se ao enfermeiro, que agendava a visita domiciliar, mas não comparecia]. (UBS C, 12).

Também foram percebidos esforços para que o atendimento aos idosos fosse priorizado, talvez para o cumprimento do Estatuto do Idoso (EI), que lhes confere essa garantia em órgãos públicos e privados⁴⁶. Os registros de alguns usuários evidenciaram situações nas quais o acesso esteve facilitado:

Davam prioridade devido à idade dele [familiar referindo-se ao usuário idoso], a situação de ser uma pessoa idosa que não tem familiar. Então, muitas vezes, eu vi que as funcionárias já sabiam do caso, já acompanhavam, até mesmo pela forma como ele estava, debilitado, demente, já. O acolhimento foi diferenciado. (UBS A, 11).

Toda vez que eu vou, não volto sem atendimento. Tanto faz, estar marcado como não. Alguém dá um jeito e me consulta. O povo aqui já me conhece e sempre dá um jeito de me atender. Os idosos entram primeiro. (UBS C, 11).

Em estudo com equipes multiprofissionais em São Paulo verificou mudanças positiva no comportamento dos envolvidos no atendimento a idosos após a publicação do EI e constatou, sobretudo, maior respeito no atendimento⁴⁷. Em Salgueiro, interior de Pernambuco, idosos entrevistados acerca da satisfação com o atendimento na APS, informaram que suas expectativas eram atendidas sempre que buscavam o serviço (82,3%). Entretanto, quanto à prioridade, 38,5% afirmaram não haver diferenciação, enfatizando que, em algumas UBS, idosos eram atendidos com os mesmos critérios de usuários de outras idades⁴⁸.

RECURSOS ORGANIZACIONAIS DA APS

A falta de medicamentos e de materiais médicos para usuários demonstra a fragilidade do princípio da gratuidade do SUS, o qual não

deve gerar custos financeiros para idosos, e deve garantir assistência farmacêutica⁴⁹. Idosos são usuários frequentes de serviços de saúde e, em sua maioria, necessitam de medicamentos ao longo da vida⁵⁰. Assim, essa indisponibilidade afetou a vida dos usuários idosos.

É porque eu tomo muito remédio, né? Tem vez que a gente não acha, que a gente precisa comprar do bolso. Eu tomo ele direto. Quando não tem, tenho que tirar do bolso. Às vezes, pego dinheiro emprestado pra comprar o remédio. (UBS D, 12).

Aí, sempre que tem lá, eu pego. O difícil é a fita da glicemia. O governo não está mandando. Eu ainda tenho uma caixinha aí. Trouxe de lá mesmo, mas agora não está tendo. (UBS D, 12).

Primeira vez que veio pra cá, prometeu que ia arranjar um cilindro desse pra mim, desse de transporte [idosa portadora de fibrose cística, referindo-se a cilindro de oxigênio portátil que o enfermeiro da eSF lhe prometeu em visita domiciliar]. Não deu resposta. Ficou sem saber. Eu sei que é uma correria danada, lá é fervendo, né? (UBS B, 12).

Somando-se a isso, a infraestrutura deficitária também foi apontada por um usuário enquanto dificultadora da resolutividade das ações assistenciais.

Está tudo jogado às traças [referindo-se à gestão do Governo local], porque você vai no hospital aí, isso é uma pouca vergonha. Você vai nesse Posto de Saúde aí, meu Deus do céu, um descaso! (UBS A, 13).

Para Paim⁵¹, entre os aspectos negativos da consolidação do SUS, citam-se políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica, e infraestrutura insipiente. Para ele, isto pode ser resultante de investimentos limitados no setor saúde pública no Brasil, que se refletem em dificuldades na manutenção de serviços e na ampliação da infraestrutura.

Além da falta de medicamentos e insumos, os idosos perceberam carência no quadro de

profissionais de saúde. A eSF deve ser composta por, no mínimo, 1 médico de família ou generalista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 1 Agente Comunitário de Saúde (ACS) para cada 750 pessoas⁹. Porém, muitas vezes, este número de profissionais não é suficiente devido à grande área para cobertura e à alta demanda. Somando-se à desestruturação dos processos de trabalho, isto pode implicar na perda da qualidade dos serviços ofertados, além de ocasionar sobrecarga profissional, com vê-se a seguir:

O doutor está muito sozinho, tem muito serviço pra ele. Devia ter, pelo menos, uns três médicos mesmo, né? Porque é muito serviço pra ele, gente! O pobre vai pra um canto, vai pro outro. Não tem quem aguente o tanto de paciente que ele atende. (UBS B, I1).

Só o que eu te falei daquele negócio, né? [sobre os profissionais de saúde que faltam muito], que tem mês que eles não vêm. Não sei, é só porque eles pegam atestado, mas é porque a equipe também está reduzida. (UBS A, I3).

A fala do idoso 'UBS B, I1' ilustra consciência sanitária, na medida em que o usuário compreende que há *deficit* de profissionais e reconhece que estes estão sobrecarregados. O reconhecimento da população e sua participação na organização, na gestão e no controle das ações e dos serviços de saúde têm grande contribuição para melhorias de políticas públicas, pela importância da divisão de responsabilidades entre usuários e SUS⁵². A pressão exercida sobre a equipe evidencia a desorganização da oferta do cuidado e aponta a necessidade de estratégias e competências para lidar com o envelhecimento.

Considerando a reforma da APS (Converte APS), através da qual tornou-se obrigatória a ESF em todas as UBS do DF, destacou-se a pouca adesão por parte dos médicos, o que poderia justificar a situação acima relatada. Os médicos que optaram por não permanecer na APS foram realocados em outros níveis de

atenção à saúde, sucedendo-se ações para a manutenção do atendimento mínimo à população, tais como a criação do cargo de enfermeiro especialista em saúde da família e comunidade e a realização de concurso para a contratação desses enfermeiros e de médicos especialistas nessa mesma área. Entretanto, gargalo ainda maior ocorre no *deficit* de ACS, cuja necessidade é de 3 mil profissionais e, atualmente, há apenas o mínimo para a habilitação de equipes, totalizando mil ACS²⁷.

ATENDIMENTO NA AE

A operacionalização da AE no SUS prescinde da organização em RAS, a qual é responsável pelo cumprimento do princípio da integralidade do cuidado, evitando a fragmentação dos serviços prestados nos diferentes níveis de complexidade^{30,53}.

Quando questionados se já haviam buscado atendimento em outros serviços, e como se efetivaram as ações de saúde após a consulta na UBS, os idosos relataram suas experiências negativas com encaminhamentos para os níveis especializados, de média e alta complexidade.

Aí, ela pediu pra eu fazer um exame, mas nem médico nem ninguém chama. Os hospitais não chamam, né? E eu não estou tendo condição de fazer pagando agora, não. É muito dinheiro. Não com tantas despesas. (UBS D, I1).

Aí, eu fiz os meus exames todos particulares, porque, pra fazer pela rede pública [silêncio, como se quisesse dizer que esperaria muito]... Eu passei uns dois anos assim: fazia e, quando ia fazer o outro, estava vencido aquele; e quando voltava no médico, já precisava fazer novamente [referindo-se à morosidade para realizar exames pelo SUS]. (UBS C, I1).

Pesquisa aponta a falta de comunicação entre os níveis de atenção como fragmentadora do cuidado e comprometedor da integralidade das ações⁵⁴. O idoso é encaminhado a outros níveis de atenção quando a APS não

oferece o serviço de que ele necessita, como, por exemplo, a realização de exames que demandam maior densidade tecnológica⁵⁵. Desta forma, a demanda pela AE torna-se maior em relação ao serviço ofertado, gerando enormes filas de espera e ocasionando a fragmentação da linha de cuidado do idoso.

O usuário 'UBS C, II' refere dificuldade, tanto para realizar o exame como para retornar ao médico. Isto demonstra que não há acesso adequado, e que a comunicação entre os pontos de atenção é falha, fazendo com que o idoso percorra longa trajetória, com custos sociais⁵¹. Além disto, aumentam-se os custos financeiros na AE, já que o usuário necessita refazer os exames, por não ser atendido na consulta de retorno em tempo hábil.

Considerações finais

O percurso realizado pelos idosos ainda se distancia do previsto na legislação e evidencia barreiras de acesso traduzidas em dificuldades que impactam na resolutividade do cuidado. Evidenciou-se que, apesar de o modelo de atenção ainda ser fragmentado e estar distante da situação ideal, na qual estão presentes todos os atributos da APS, os usuários sentem-se

satisfeitos com os cuidados recebidos, e identificam humanização e vínculos solidários no cuidado em saúde.

Entre as fragilidades, destacaram-se carências de recursos materiais e medicamentos, de infraestrutura e recursos humanos, dificuldade na acessibilidade aos serviços e falha na comunicação entre os níveis de atenção.

As UBS têm grande potencial, e este é percebido pelos usuários. Entretanto, a organização de seus processos de trabalho e sua articulação com os demais níveis de atenção à saúde precisam ser revistas e adequadas às especificidades desse ciclo de vida.

Colaboradoras

Sacco RCCS (0000-0001-6131-0852)* contribuiu substancialmente para concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Magalhães RG (0000-0001-7851-7227)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e redação do artigo. Assis MG (0000-0003-1636-555X)*, Guimarães SMF (0000-0002-2097-2355)* e Escalda PMF (0000-0003-0021-1193)* contribuíram igualmente para revisão crítica e aprovação final do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Vello LS, Popim RC, Carazzai EM, et al. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro. 2014; 18(2):330-335.
2. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012; 15(3):443-58.
3. Companhia de Desenvolvimento e Planejamento de Brasília. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Ceilândia e Brazlândia. 2018. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal; 2018.
4. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde Soc.* São Paulo. 2007; 16(1):69-80.
5. Schmidt MI, Ducan BB, Silva GA, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: cargas e desafios atuais. *The Lancet*. 2011; 9:61-74.
6. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, et al. Perfil da família cuidadora de idosos doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(4):570-77.
7. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2015.
8. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C. n° 4. 2010.
9. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria n° 77, de 14 de fevereiro de 2017. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal n° 33, seções I, II e III de 15 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do DF. 15 fev 2017. [acesso em 2020 jul 14]. Disponível em: http://saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF-n%C2%BA-77-2017-Estabelece-a-Pol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde do Idoso. [acesso em 2019 set 1]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>.
11. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(9):3689-3696.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. 2017. [acesso em 2020 jul 14]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
13. Tesser CD, Neto PP, Campos GW. Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(3):3515-624.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*. 30 Dez 2010. [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
15. Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, et al. Itinerários Terapêuticos e suas múltiplas dimensões desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ-ABRASCO; 2009. p. 279-300.
16. Cabral ALLV, Martinez-Hemaez A, Andrade EIG, et

- al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(11):4422-4442.
17. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – the case for tracers. *N. Engl. J. Med.* 1973; 288(4):189-94.
 18. Feuerwerker LCM, Merhy EE. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde.* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p. 439-460.
 19. Companhia de Desenvolvimento e Planejamento de Brasília. *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD): Microdados Ceilândia e Brazlândia.* Brasília, DF: CODEPLAN; 2018.
 20. Oliveira MLC, Amâncio TG, organizadoras. *Situações de saúde, vida e morte da população idosa residente no Distrito Federal.* Curitiba: CRV; 2016.
 21. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia.* 2003; 12(24):149-161.
 22. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: 70. ed.; 2016.
 23. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas (SIRGAS).* Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
 24. Fernandes BL, Borgato MHA. Viuvez e a Saúde dos Idosos: uma Revisão Integrativa. *Revista Kairós. Gerontologia.* São Paulo. 2016; 19(3):187-204.
 25. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, et al. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro. 2017; 20(1):116-127.
 26. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.
 27. Fonseca HLP. A reforma de saúde de Brasília, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(6):1981-1990.
 28. Glote CRM, Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. As trajetórias assistenciais revelando à rede de atenção à saúde dos portadores de doenças cardiovasculares. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.* 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ-ABRASCO; 2016.
 29. Raupp LM, Dhein G, Medeiros CRG, et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis.* 2015; 25(2).
 30. Batista SR, Vilarins GCM, Lima MG, et al. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciênc. Saúde Colet. Distrito Federal.* 2019; 24(6):27.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 30 Dez 2010. seção I, página 89.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM, de 05 de novembro de 2002. *Diário Oficial União.* 2002 Nov 5. [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.
 33. Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. *Rev. Med. Minas Gerais.* 2015; 25(4):469-475.
 34. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/conti-

- nuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(1):1029-1042.
35. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis.* Rio de Janeiro. 2010; 20(3):953-972.
36. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2002; 18(6):1561-1569.
37. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2002.
38. Fagundes S. Apresentação. In: Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, et al. *Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos.* Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.
39. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2008; 24(1):100-110.
40. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis.* Rio de Janeiro. 2011; 21(3):1061-1076.
41. França AJ, Andrade FA, Araújo TM, et al. Relação intraequipe e produção de vínculos em uma Unidade de Saúde da Família. *EFDeportes.* 2014; 18(190).
42. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care.* New York: Oxford University, 2003.
43. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 1999; 15(2):345-53.
44. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, et al. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. *REME – Rev. Min. Enferm.* 2012; 16(2):178-187.
45. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública.* 2002; 18(1):191-202.
46. Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 1 Out 2003 [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.
47. Martins MS, Massarollo MCKB. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do estatuto do idoso segundo profissionais de um hospital geriátrico. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2008; 42(1):26-33.
48. Parente AS, Mesquita FOS, Oliveira MR. Satisfação dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família em um município do interior de Pernambuco. *Rev. Adm. Saúde.* 2017; 17(68).
49. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro. 2018; 23(6):1751-1762.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Aprovada pela Portaria nº 3.916, de 01 de outubro de 1998. Brasília: 1998. [acesso em 2020 jul 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html.
51. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1723-1728.
52. Arakawa AM, Simone ALH, Magali LC, et al. Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. CEFAC.* 2012; 14(6):1108-1114.

53. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc. Anna Nery*. 2015; 19(1):169-173.
54. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2009; 12(3):281-96.
55. Santos CTB, Andrade OLM, Silva MJ, et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis*. 2016; 26(1):45-62.

Recebido em 19/12/2019

Aprovado em 08/06/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP/DF). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Código de Financiamento 001

Uso de Práticas Integrativas e Complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Use of Integrative and Complementary Practices by the elderly: National Health Survey 2013

Priscila de Paula Marques¹, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco¹, Aldiane Gomes de Macedo Bacurau¹, Patrícia Silveira Rodrigues¹, Deborah Carvalho Malta², Nelson Filice de Barros¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012619

RESUMO O estudo teve por objetivo estimar a prevalência da realização de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e sua relação com doenças crônicas em idosos brasileiros. Estudo transversal de base populacional realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013; n=23.815). Estimaram-se a prevalência de realização de PIC e as frequências relativas das práticas referidas. Realizaram-se comparações entre proporções pelo teste de Rao-Scott com nível de significância de 5% e estimaram-se razões de prevalência para o uso das práticas integrativas e complementares, segundo doenças crônicas. O uso das PIC foi referido por 5,4% (IC95%:4,9-6,0) dos idosos. Entre estes, 62,6% relataram uso de plantas medicinais/fitoterapia; 22,2%, acupuntura; e 11,2%, homeopatia. Somente 6,7% realizaram o tratamento no SUS. Observou-se maior realização das práticas pelas mulheres e para todos os tratamentos considerados ($p < 0,001$); naqueles com colesterol alto, artrite ou reumatismo, problema de coluna e depressão ($p < 0,05$). Os resultados dimensionam o uso das PIC com dados de abrangência nacional, apontando para sua utilização no tratamento das diversas condições de saúde que acometem principalmente os idosos.

PALAVRAS-CHAVE Terapias complementares. Prevalência. Saúde do idoso. Inquéritos de saúde. Doenças crônicas.

ABSTRACT *The study aimed to estimate the prevalence of carrying out Integrative and Complementary Practices (PIC) and their relationship with chronic diseases in elderly Brazilians. Cross-sectional population-based study conducted with data from the National Health Survey (PNS/2013; n=23,815). The prevalence of carrying out PIC and the relative frequencies of the referred practices were estimated. Comparisons were made between proportions using the Rao-Scott test with a 5% significance level and prevalence ratios were estimated for the use of PIC, according to chronic diseases. The use of PIC was mentioned by 5.4% (IC95%: 4.9-6.0) of the elderly. Among these, 62.6% reported the use of medicinal plants/phytotherapy; 22.2%, acupuncture; and 11.2%, homeopathy. Only 6.7% underwent treatment at Unified Health System (SUS). There was a greater performance of practices by women and for all treatments considered ($p < 0.001$); in those with high cholesterol, arthritis or rheumatism, spinal problems and depression ($p < 0.05$). The results measure the use of integrative and complementary practices with national data, pointing to their use in the treatment of the various health conditions that mainly affect the elderly.*

KEYWORDS *Complementary therapies. Prevalence. Elderly health. Health surveys. Chronic diseases.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. enf.primarques@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

O envelhecimento é um processo natural e fisiológico da vida que, no Brasil, vem registrando crescimento acelerado e progressivo. Com a elevada prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), assim como das comorbidades a elas associadas e dos demais problemas de saúde que ocorrem com maior frequência nos idosos, os medicamentos ocupam papel central no tratamento e na recuperação, e constituem um dos itens mais importantes da atenção à saúde dos idosos¹⁻⁵. Diante dessa realidade, torna-se maior a necessidade da adoção de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, principalmente no âmbito da atenção básica.

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é o termo usado no Brasil para designar a Medicina Tradicional (MT), a Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e a Medicina Integrativa (MI)⁶ que, nas últimas décadas, têm recebido o estímulo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para sua introdução na Atenção Primária à Saúde (APS)⁷⁻⁹. O uso das PIC ainda é pequeno, mas tem aumentado⁹⁻¹¹, com variações entre as práticas e características sociodemográficas¹⁰⁻¹².

Embora o ritmo da institucionalização das PIC tenha sido lento⁹, na APS, observa-se crescente revalorização das práticas não biomédicas, com ampliação da demanda, da legitimação social e da regulamentação institucional^{9,13}. No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006. Inicialmente, foram incorporados serviços de homeopatia, fitoterapia, acupuntura, antroposofia e termalismo. Em 2017, a PNPIC foi ampliada incluindo 14 outras práticas; e, em 2018, 10 novas práticas foram introduzidas¹⁴.

A oferta desses recursos terapêuticos teve como foco principal a APS, proporcionando uma ampliação das abordagens de cuidado e das possibilidades terapêuticas aos usuários^{14,15}. Dentre os diversos benefícios das PIC,

destaca-se sua eficiência terapêutica, com viabilidade econômica para o sistema público de saúde¹⁶. As PIC são ofertadas em mais de 3 mil municípios, e 88% dessa oferta acontece em estabelecimentos da APS do SUS¹⁴.

Dados sobre a prevalência de realização dessas práticas pela população idosa brasileira ainda são escassos na literatura. O objetivo do estudo foi estimar a prevalência da realização de PIC e sua relação com doenças crônicas em idosos brasileiros.

Material e métodos

Estudo quantitativo descritivo com dados de idosos que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e que coletou informações sobre diversos aspectos relacionados com a saúde da população brasileira.

A PNS utilizou amostragem por conglomerados em três estágios de seleção, tendo como unidade primária de amostragem os setores censitários ou conjuntos de setores, selecionados por amostragem aleatória simples. Os domicílios particulares permanentes constituíram as unidades secundárias; e, em cada domicílio, foi selecionado, por amostragem aleatória simples, um morador adulto (com idade ≥ 18 anos), para compor o conjunto das unidades no terceiro estágio. Detalhes sobre o processo de amostragem e ponderação estão disponíveis em publicações prévias^{17,18}.

O instrumento de coleta de dados utilizado na PNS se dividiu em três partes: os questionários domiciliar e sobre todos os moradores (respondidos por um residente que sabia informar sobre a situação socioeconômica e de saúde de todos – informante *proxy*), e o questionário individual (respondido exclusivamente pelo morador com idade ≥ 18 anos, selecionado com equiprobabilidade entre todos os residentes no domicílio). Os adultos com 60 anos ou mais foram incluídos na pesquisa

e responderam ao módulo específico sobre a saúde do idoso¹⁷⁻²⁰. Cabe destacar que, quando o residente não estava presente ou não estava em condições de responder, o questionário foi respondido pelo responsável do domicílio, ou o *proxy*²⁰.

Para o presente estudo, foram considerados todos os participantes com 60 anos ou mais de idade (n=23.815), para a análise dos dados relativos às PIC do bloco sobre utilização de serviços de saúde, que incluem os próprios respondentes e informações referidas pelo morador *proxy*. As perguntas foram: (J53) – ‘Nos últimos 12 meses, _____ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.?’ (sim ou não). Para os que responderam positivamente (n=1.420): (J54) – ‘Qual tratamento _____ fez uso? (acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, outro)’; e (J57) – ‘Este tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?’ (sim ou não).

Também, foram consideradas algumas DCNT referidas relativas ao próprio morador selecionado na mesma faixa etária (n=11.177), quais sejam: hipertensão arterial; diabetes; colesterol alto; doença do coração; Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame; asma (ou bronquite asmática); artrite ou reumatismo; câncer; insuficiência renal crônica; problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco; depressão e doença no pulmão (enfisema pulmonar, bronquite crônica ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC). As informações se referem ao relato do diagnóstico médico prévio, na maioria das DCNT, exceto para dor crônica de coluna (autodeclarada) e depressão que considerou diagnóstico prévio de médico ou outro profissional de saúde

mental (psiquiatra ou psicólogo). Todas as doenças crônicas foram categorizadas em ‘sim’ ou ‘não’. Essas respostas foram prestadas pelo próprio morador com 60 anos ou mais que respondeu o questionário individual.

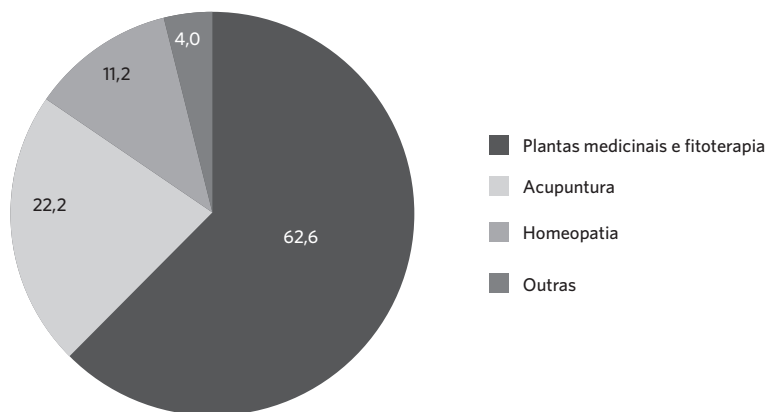
Os microdados da PNS encontram-se disponíveis para uso público no *site* https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol4. Estimaram-se a prevalência de realização das práticas e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) e, para as demais variáveis relativas às PIC, verificou-se a distribuição percentual pelas frequências relativas pontuais e por intervalo (ponderadas). Foram comparadas as frequências de uso das PIC segundo o sexo pelo teste Qui-Quadrado de Pearson (Rao-Scott), considerando-se um nível de significância de 5%; estimaram-se as prevalências do uso de PIC segundo as DCNT e as razões de prevalência ajustadas por sexo e idade pela regressão de Poisson.

Todas as análises foram realizadas por meio do módulo *survey* no Stata 14.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), considerando-se o desenho complexo de amostragem da pesquisa. A PNS 2013 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (Parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013).

Resultados

A média de idade dos idosos foi de 69,9 anos (IC95%:69,7-70,1); e 56,4% eram mulheres. O uso de PIC foi referido por 5,4% (IC95%:4,9-6,0) dos idosos, e a distribuição percentual dos tipos de PIC realizadas é apresentada no *gráfico 1*. A maioria relatou o uso de plantas medicinais e fitoterapia (62,6%; IC95%:59,7-65,5), seguida por acupuntura (22,2%; IC95%:20,2-24,4) e homeopatia (11,2%; IC95%:8,9-13,9).

Gráfico 1. Distribuição percentual das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) realizadas pelos idosos nos últimos 12 meses (n=23.815). Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

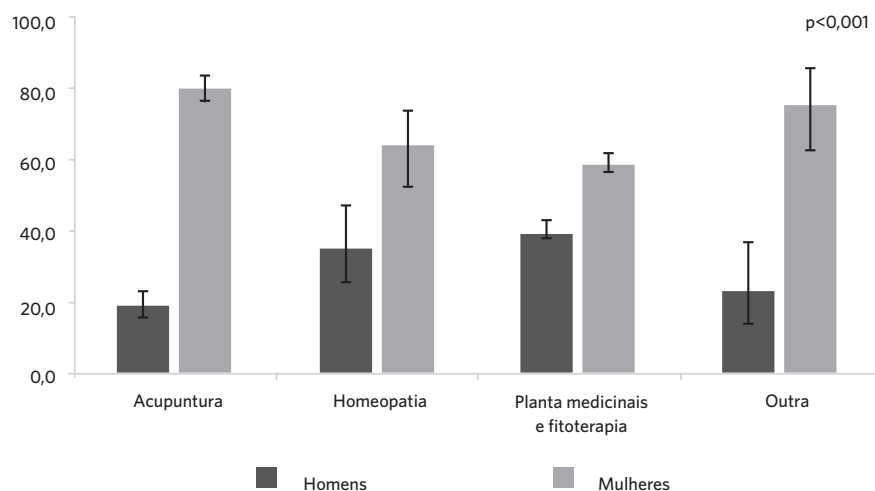


Fonte: Elaboração própria.

Somente 6,7% (IC95%:5,1-8,7) dos idosos referiram a realização do tratamento em serviços do SUS à época da pesquisa. Observaram-se diferenças estatísticas significativas nas prevalências

de realização das práticas entre os sexos (4,3% e 6,3% em homens e mulheres respectivamente), assim como para todos os tipos de tratamentos considerados ($p < 0,001$) (gráfico 2).

Gráfico 2. Tratamentos realizados pelos idosos nos últimos 12 meses, segundo sexo (n=23.815). Pesquisa Nacional de Saúde, 2013



Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao uso de práticas alternativas e complementares, de acordo com a presença de doenças crônicas, foram verificadas, após ajuste por sexo e idade, maiores proporções de uso de PIC entre os idosos com colesterol

alto (RP=1,42; IC95%: 1,10-1,83), artrite ou reumatismo (RP=1,75; IC95%: 1,35-2,27); problema crônico de coluna (RP=1,89; IC95%: 1,50-2,38) e depressão (RP=1,62; IC95%: 1,18-2,21) (tabela 1).

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência do uso de práticas alternativas e complementares, de acordo com a presença de doenças crônicas em idosos brasileiros (n=11.177). Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Doenças crônicas	n	%	IC95%	Valor p	RP (IC95%)
Hipertensão arterial	5.524	5,1	4,3 - 5,9	0,352	0,87 (0,69 - 1,09)
Diabetes	1.896	4,9	3,8 - 6,3	0,447	0,88 (0,67 - 1,16)
Colesterol alto	2.604	7,2	5,8 - 8,9	0,002	1,42 (1,10 - 1,83)
Doença do coração	1.122	5,5	3,7 - 8,0	0,941	1,03 (0,69 - 1,55)
AVC* ou derrame	563	5,8	3,6 - 9,2	0,761	1,13 (0,69 - 1,85)
Asma (ou bronquite asmática)	495	4,5	3,0 - 6,8	0,421	0,82 (0,53 - 1,27)
Artrite ou reumatismo	1.880	8,7	7,0 - 10,8	<0,001	1,75 (1,35 - 2,27)
Problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco	2.897	8,2	6,8 - 10,0	<0,001	1,89 (1,50 - 2,38)
Depressão	953	8,8	6,5 - 11,6	<0,001	1,62 (1,18 - 2,21)
Doença no pulmão ou DPOC**, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou outro	352	4,5	2,3 - 8,8	0,607	0,85 (0,42 - 1,70)
Câncer	542	7,2	4,8 - 10,7	0,146	1,44 (0,94 - 2,20)
Insuficiência renal crônica	283	8,8	5,1 - 14,7	0,066	1,72 (1,00 - 2,97)

Fonte: Elaboração própria.

*AVC: Acidente Vascular Cerebral; **DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Discussão

Os resultados revelaram baixa prevalência de uso das PIC pelos idosos. Para todas as práticas consideradas, observou-se maior proporção entre mulheres; e, quanto ao serviço, pequeno percentual referiu tratamento pelo SUS à época da pesquisa. O maior uso das PIC pelas mulheres tem sido observado em outros estudos^{12,21}. As práticas constituem uma alternativa necessária de abordagem terapêutica ao

cuidado do idoso, e o Brasil é um dos poucos países no mundo a ofertar as PIC de forma gratuita, por meio do SUS, em todos os níveis de atenção^{6,14,15}.

Neste estudo, observaram-se associações positivas entre o uso das PIC e a presença de hipercolesterolemia, artrite ou reumatismo, problema de coluna e depressão. Estudo realizado com dados de 2012 do National Health Interview Survey e do Adult Alternative Medicine para verificar o uso das práticas

entre pessoas com múltiplas condições crônicas (n=15.463) e que incluiu idosos verificou que os participantes com hipercolesterolemia apresentaram maiores proporções de uso das práticas quando comparados àqueles sem essa condição ($p < 0,001$)²¹. No presente estudo, o uso das práticas foi 42% maior nos idosos que referiram colesterol alto.

O uso das PIC é elevado entre indivíduos com doenças reumáticas²²⁻²⁴, geralmente concomitante ao tratamento médico convencional e com avaliação positiva quanto aos efeitos²³. Neste estudo, verificou-se maior uso das práticas entre os idosos com artrite ou reumatismo (RP=1,75). Ressalta-se a necessidade de que os profissionais de saúde que acompanham os portadores dessas condições crônicas sejam informados sobre o uso concomitante de ambos os tratamentos, e considerem suas potencialidades no cuidado.

Diversos estudos evidenciam os benefícios das PIC²⁵⁻³¹, incluindo o uso de plantas medicinais e fitoterapia^{26,27}, homeopatia^{28,29}, acupuntura em morbidades prevalentes nos idosos^{30,31}, bem como a redução do uso de medicamentos³⁰. Neste estudo, observou-se maior prevalência de uso das práticas nos idosos que relataram problema crônico de coluna – como dor nas costas, lombalgia, entre outros. Revisão sistemática com 13 estudos longitudinais sobre o uso da acupuntura no tratamento de dor crônica demonstrou resultados satisfatórios quando comparado aos tratamentos tradicionais, ou nenhum tratamento para dor lombar, osteoartrite e dor de cabeça. Também foi verificada redução do uso de analgésicos³⁰.

Nos idosos com depressão, observou-se que o uso das práticas foi 62% maior, independentemente do sexo e da idade. Revisão bibliográfica apontou a efetividade do uso do *Ginkgo biloba L.* (*Ginkgo*) na insuficiência cerebral e tratamento de demência (Alzheimer), bem como para o *Hypericum perforatum* (Hipérico) no tratamento de depressão leve a moderada²⁷. Ensaio clínico realizado no México para avaliar o tratamento homeopático individualizado e

fluoxetina para depressão moderada a grave em mulheres na peri e pós-menopausa (idade entre 40 a 65 anos) evidenciou, após seis semanas de tratamento, a efetividade da homeopatia no tratamento para depressão, inclusive em mulheres na menopausa com estados depressivos de moderado a grave; a homeopatia, mas não a fluoxetina, melhorou os sintomas da menopausa avaliados pela Greene Climacteric Scale²⁸.

Entre as condições crônicas que acometem os idosos, a hipertensão arterial é a mais prevalente. Neste estudo, não foi observada relação entre hipertensão e o uso das PIC, diferentemente do que verificou Mbizo et al.²¹ em estudo com adultos e idosos americanos. Resultados de ensaio clínico sobre o uso de acupuntura realizado com pacientes em emergências hipertensivas na APS (n=108) mostraram que, no grupo que recebeu a intervenção terapêutica, houve melhora dos níveis pressóricos em 98% dos casos³¹. Estudo observacional prospectivo sobre tratamento homeopático de pacientes com idade >70 anos (n=83), acompanhados por dois anos e cujos diagnósticos mais frequentes foram hipertensão arterial e distúrbios do sono, apontou redução marcante e sustentada da gravidade das queixas²⁹.

No Brasil, como parte do cuidado integral aos portadores de doenças crônicas, observou-se a ampliação do acesso aos medicamentos nos últimos anos³². O tratamento medicamentoso é necessário para o controle das doenças crônicas, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida dos usuários^{4,32}. O SUS, por meio da assistência farmacêutica, deve garantir o acesso, mas, principalmente, promover o uso racional dos medicamentos^{33,34}. Os benefícios e a recomendação das PIC, especialmente para os idosos, são estratégias que podem também contribuir para a redução dos problemas relacionados com o uso de medicamentos nessa faixa etária³⁵.

Neste estudo, principalmente, o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos foi mencionado pelos idosos, decorrente de

conhecimentos empíricos acumulados pela população brasileira sobre seus efeitos para o cuidado da saúde. Cabe ressaltar que, mesmo diante da existência de uma política nacional específica para o uso de plantas medicinal e fitoterápico, alinhado à PNPI, dos medicamentos constarem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente e de possuírem financiamento assegurado por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), menos de 3% dos municípios disponibilizavam medicamentos fitoterápicos à população^{36,37}. Ressalta-se que os profissionais de saúde ainda se sentem despreparados para a prescrição de fitoterápicos³⁷ e para orientações sobre o uso seguro e eficaz de plantas medicinais, situação essa também verificada para as demais PIC³⁸. Porém, a PIC pode ser utilizada para integração interprofissional nas equipes de atenção primária, promoção da saúde e estratégia de aproximação entre profissionais e usuários³⁹.

Com o envelhecimento da população brasileira, torna-se necessário maior estímulo para o uso do conjunto das PIC ofertadas pelo SUS que, para além do tratamento, também promovem o autoconhecimento e a autonomia pessoal, auxiliando na redução dos danos à saúde causados pelos impactos sociais vividos pelos idosos, e ressignificando, nessa fase da vida, o bem-estar físico e mental¹⁵, para que esses anos sejam vividos com qualidade e dignidade.

Na atenção à saúde do idoso, a prestação de serviços fragmenta a atenção, com ampliação de consultas a especialistas, informações não compartilhadas, uso excessivo de fármacos, exames clínicos e de imagem, e vários outros procedimentos que sobrecarregam o sistema, com forte impacto financeiro em todos os níveis; e não geram, necessariamente, benefícios significativos para a saúde do idoso e para a sua qualidade de vida⁴⁰. No entanto, é importante considerar que a busca por PIC para o tratamento e a recuperação da saúde pode ser uma forma de afirmação de uma identidade de cuidado oposta às práticas de

cuidado convencionais⁴¹, além de apontar uma valorização de práticas já conhecidas tradicionalmente pelas populações e, muitas vezes, não valorizadas. Destacam-se as barreiras comunicação médico-paciente quanto ao uso das PIC observadas também em outros países^{42,43}.

Este estudo dimensionou o uso de PIC em idosos brasileiros que, necessariamente, relaciona-se com a oferta e acesso ao serviço. Devem-se considerar as diversidades regionais, estaduais e municipais quanto à implementação das PIC no País. Estudo utilizando dados do segundo ciclo da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB/2013) com amostra que contemplou 1.470 equipes, que atendem a 293 municípios de Santa Catarina (SC), observou resultado de implantação expressivo já que maioria da população do estado tinha acesso às PIC. Verificaram 56,3% do estado com PIC implantadas ou parcialmente implantadas, com diferenças entre municípios com portes populacionais diversos⁴⁴. Os autores consideram que a ampliação e a implantação das PIC na atenção básica, 'a gestão federal deva assumir de fato a PNPI como uma política de Estado, garantindo recursos financeiros para sua atuação no SUS e permitindo que o esforço das equipes que ofertam PIC transformem-se em experiências mais exitosas, não permanecendo apenas uma política focal e isolada'.

Entre as limitações do estudo, deve-se considerar as questões inerentes à natureza transversal da pesquisa, que torna impossível definir uma relação de causalidade para as associações identificadas, como o uso de práticas alternativas e complementares e algumas doenças crônicas. Todas as informações foram obtidas por meio de autorrelato, algumas delas respondidas por um informante *proxy* (substituto)^{17,18}. No entanto, ressalta-se o uso de dados obtidos de pesquisa de base populacional representativa da população adulta brasileira, que permitiu estimativas inéditas da prevalência do uso das PIC entre os idosos.

Para superar os desafios da assistência integral à saúde dos idosos, é imperativa a reorganização de processos de trabalhos nas redes de atenção e cuidado à saúde^{40,45}. Para Cecílio & Merhy:

Uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde⁴⁶⁽²⁰⁰⁾.

Deve-se considerar que a integralidade da atenção é resultante das formas como se articulam as diferentes práticas dos trabalhadores no cuidado à saúde do idoso.

Considerações finais

Os resultados revelaram baixa prevalência de uso das PIC entre os idosos, porém, maior entre as mulheres. Naqueles com colesterol alto, artrite ou reumatismo, problema crônico de coluna e depressão, observou-se maior proporção de realização de PIC. Na atenção à saúde do idoso, de modo geral, outras formas de cuidado terapêutico, além do tratamento medicamentoso, ainda são secundárias na prática médica. Os dados da PNS revelaram pequena utilização desses recursos não biomédicos específicos – disponíveis no SUS em 2013 – no tratamento das diversas condições

de saúde que acometem os idosos, tanto das práticas baseadas em avaliações científicas de eficácia e segurança (integrativas) quanto daquelas usadas de forma paralela (complementares) à medicina convencional.

Agradecimentos

Agradecemos ao Ministério da Saúde e ao IBGE pela disponibilização dos dados da PNS 2013.

Colaboradores

Marques PP (0000-0002-7954-4056)* contribuiu para concepção do estudo, revisão da literatura e redação do manuscrito. Francisco PMSB (0000-0001-7361-9961)* contribuiu para concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Bacurau AGM (0000-0002-6671-2284)* colaborou para análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Rodrigues PS (0000-0002-1313-2403)* contribuiu para a revisão da literatura e redação do manuscrito. Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo. Barros NF (0000-0002-5404-1516)* contribuiu para a revisão da literatura e para a revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Pereira CG, Peres MA, Iop D, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiol.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 27]; 20(2):335-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>.
2. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, et al. Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. *Rev. Saude Publica* [internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 27]; 50(suppl2):9s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006145>.
3. Tavares NUL, Costa KS, Mengue SS, et al. Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saude* [internet]. 2015 [acesso em 2019 ago 27]; 24(2):315-23. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200014>.
4. Lulita MF, Girouard H. Treating hypertension to prevent cognitive decline and dementia: re-opening the debate. *Adv. Exp. Med. Biol.* [internet]. 2017 [acesso em 2020 maio 6]; (956):447-73. Disponível em: https://doi.org/10.1007/5584_2016_98.
5. Romano-Lieber NS, Corona LP, Marques LFG, et al. Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE. *Rev. Bras. Epidemiol.* [internet]. 2018 [acesso em 2020 maio 6]; 21(supl2):E180006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180006.supl.2>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 4 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 5 Maio 2006.
7. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: OMS; 2001.
8. World Health Organization. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
9. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: WHO; 2013.
10. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, et al. Trends in the Use of Complementary Health Approaches Among Adults: United States, 2002-2012. *Natl. Health. Stat. Report*. 2015; (79):1-16.
11. Reid R, Steel A, Wardle J, et al. Complementary medicine use by the Australian population: a critical mixed studies systematic review of utilisation, perceptions and factors associated with use. *BMC Complement. Altern. Med.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 27]; 16(176). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12906-016-1143-8>.
12. Zang Y, Leach MJ, Hall H, et al. Differences between Male and Female Consumers of Complementary and Alternative Medicine in a National US Population: A Secondary Analysis of 2012 NIHS Data. *Evid. Based Complement. Altern. Med.* [internet]. 2015 [acesso em 2019 ago 27]; (413173):1-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1155/2015/413173>.
13. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saude debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 27]; 42(esp1):174-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s112>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Liderança na Atenção Básica. Saúde consolida 29 modalidades de práticas integrativas no SUS. Brasília, DF: MS; 2018.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.
16. Fischborn AF, Machado J, Fagundes NC, et al. A Política das práticas integrativas e complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. *Cinergis* [internet]. 2016. [acesso em 2019 ago 27]; 17(4supl1):358-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8149>.

17. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, et al. Sampling design for the National Health Survey, 2013. *Epidemiol. Serv. Saude*. [internet]. 2015 [acesso em 2019 ago 27]; 24(2):207-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00207.pdf>.
18. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2014. [acesso em 2019 ago 27]; 19(2):333-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>.
19. Oliveira-Figueiredo DST, Felisbino-Mendes MS, Malta DC, et al. Prevalência de incapacidade funcional em idosos: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. Rene* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 27]; 18(4):468-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400007>.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
21. Mbizo J, Okafor A, Sutton MA, et al. Complementary and alternative medicine use among persons with multiple chronic conditions: results from the 2012 National Health Interview Survey. *BMC Complement. Alter. Med*. [internet] 2018 [acesso em 2020 maio 6]; 18(1):281. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2342-2>.
22. Yang S, Dubé CE, Eaton CB, et al. Longitudinal use of complementary and alternative medicine among older adults with radiographic knee osteoarthritis. *Clin Ther* [internet] 2013 [acesso em 2020 maio 6]; 35(11):1690-702. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.09.022>.
23. Yang L, Sibbritt D, Adams J. A critical review of complementary and alternative medicine use among people with arthritis: a focus upon prevalence, cost, user profiles, motivation, decision-making, perceived benefits and communication. *Rheumatol. Int*. [internet] 2017 [acesso em 2020 maio 6]; 37(3):337-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3616-y>.
24. Drieskens S, Tafforeau J, Demarest S. Do sociodemographic characteristics associated with the use of CAM differ by chronic disease? *Eur. J. Public Health*. 2019; 29(4):655-60.
25. Dacal MPO, Silva IS. Impacto das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. *Saúde debate*. 2018; 42(118):724-35.
26. Alexandre RFA, Garcia FN, Simões CMO. Fitoterapia baseada em evidências. Parte 2. Medicamentos fitoterápicos elaborados com alcachofra, castanha-da-índia, ginseng e maracujá. *Acta Farm. Bonaerense*. 2005; 24(2):310-14.
27. Alexandre RFA, Garcia FN, Simões CMO. Fitoterapia baseada em evidências. Parte 1. Medicamentos fitoterápicos elaborados com ginkgo, hipérico, kava e valeriana. *Acta Farm. Bonaerense*. 2005; 24(2):300-09.
28. Macías-Cortés EC, Llanes-González L, Aguilar-Faisal L, et al. Individualized homeopathic treatment and fluoxetine for moderate to severe depression in peri- and postmenopausal women (HOMDEP-MENOP study): a randomized, double-dummy, double-blind, placebo-controlled trial. *PLoS One* [internet]. 2015 [acesso em 2019 ago 28]; 10(3):e0118440. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4359147/>.
29. Teut M, Lütke R, Schnabel K, et al. Homeopathic treatment of elderly patients-a prospective observational study with follow-up over a two year period. *BMC Geriatr*. [internet]. 2010 [acesso em 2019 ago 28]; 10(1):10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-10>.
30. Dalamagka M. Systematic Review: Acupuncture in Chronic Pain, Low Back Pain and Migraine. *J Pain Relief* [internet]. 2015 [acesso em 2019 ago 28]; 4(5):000195. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4172/2167-0846.1000195>.
31. Chaveco BG, Mederos AME, Vaillant OS, et al. Eficacia del tratamiento acupuntural en pacientes com urgencias hipertensivas en la atención primaria de salud. *Medisan*. 2011; 15(11):1557-65.

32. Malta DC, Silva Junior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saude* [internet]. 2013 [acesso em 2019 ago 27]; 22(1):151-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>.
33. Akerman M, Freitas O. Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. *Rev. Saude Publica* [internet] 2017 [acesso em 2020 maio 6]; 51(supl2):1s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201705100supl2ed>.
34. Costa KS, Tavares NUL, Junior JMN, et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saude Publica* [internet] 2017 [acesso em 2020 maio 6]; 51(supl2:3s). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007146>.
35. Novaes PH, Cruz DT, Lucchetti ALG, et al. The “iatrogenic triad”: Polypharmacy, drug-drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults. *Int. J. Clin. Pharm.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 28]; 39:818-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-017-0470-2>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 31 Jul 2013.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). *Diário Oficial da União*. 18 Set 2012.
38. Nascimento Junior BJ, Tínel LO, Silva ES, et al. Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. *Rev. Bras. Plantas Med.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 28]; 18(1):57-66. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1983-084X/15_031.
39. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate* [internet] 2018 [acesso em 2020 maio 6]; 42(esp1):163-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s111>.
40. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis* [internet] 2018 [acesso em 2020 maio 6]; 28(4):e280411. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280411>.
41. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. Av.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 28]; 30(86):99-112. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>.
42. Shelley BM, Sussman AL, Williams RL, et al. They don't ask me so I don't tell them: Patient-clinician communication about traditional, complementary, and alternative medicine. *Ann. Fam. Med.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 ago 28]; 7(2):139-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.947>.
43. Jou J, Johnson PJ. Nondisclosure of Complementary and Alternative Medicine Use to Primary Care Physicians: Findings From the 2012 National Health Interview Survey. *JAMA Intern. Med.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 28]; 176(4):545-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8593>.
44. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 28]; 41(3):171-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s313>.
45. Veras RP, Oliveira M. Envelher no Brasil: a constru-

ção de um modelo de cuidado. Ciênc. Saude Colet. [internet] 2018 [acesso em 2020 maio 7]; 23(6):1929-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

46. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mat-

tos RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS; Abrasco; 2003. p. 197-210.

Recebido em 25/09/2019
Aprovado em 14/05/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017

Analysis of management tools elaborated by the Municipal Health Departments of Santa Catarina from 2014 to 2017

Cássio Noboro Fuginami¹, Claudia Flemming Colussi², Angela Maria Blatt Ortega³

DOI: 10.1590/0103-1104202012620

RESUMO Os instrumentos de gestão foram instituídos no Sistema Único de Saúde como ferramentas norteadoras da gestão, assegurando a participação social na sua elaboração e apreciação. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) devem ser elaborados conforme estrutura e prazos definidos pelo Sistema de Planejamento do SUS. Considerando sua importância, o objetivo deste estudo foi analisar a estrutura mínima dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa exploratória, quantitativa, realizada por meio de análise documental. Foram analisados o Plano Municipal de Saúde de 2014 a 2017; a PAS e o RAG referentes ao ano de 2017, anexados ao Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão. No total, 288 municípios possuíam o PMS, e, destes, 136 a estrutura mínima. Quanto ao RAG, 248 municípios apresentaram o instrumento, dos quais, 125 possuíam a PAS. Identificou-se que a maior parte dos municípios não construiu adequadamente os instrumentos de gestão ou não os enviou nos prazos estabelecidos. A falta de resoluções de aprovação dos instrumentos por parte dos Conselhos de Saúde denota a fragilidade da participação social na construção e no acompanhamento da execução desses instrumentos.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Gestão em saúde. Diretrizes para o planejamento em saúde. Planejamento estratégico.

ABSTRACT *The management tools were established in the Unified Health System as guiding management tools, ensuring social participation in its elaboration and appreciation. The Health Plan, the Annual Health Schedule (AHS) and the Annual Health Report (AHR) must be prepared according to the structure and deadlines defined in the SUS Planning System. Considering its importance, the objective of this study was to analyze the minimum structure of the management tools elaborated by the Municipal Health Departments of the state of Santa Catarina. This is an exploratory, quantitative research, carried out through document analysis. The Municipal Health Plan from 2014 to 2017; the AHS and the AHR, relating to the year 2017 were analyzed, attached to the Management Report Construction Support System. In total, 288 counties had the MHP and, of these, 136 had the minimum structure. Regarding the AHR, 248 cities presented the tool, of which 125 had the AHS. It was identified that most cities did not properly build management tools or sent them within the set deadlines. The lack of resolutions approving the instruments by the Health Councils indicates the fragility of social participation in the construction and monitoring of the implementation of these tools.*

KEYWORDS *Health planning. Health management. Health planning guidelines. Strategic planning.*

¹Secretaria Municipal da Saúde de Luiz Alves - Luiz Alves (SC), Brasil. cassiofuginami@hotmail.com

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.

³Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc) - Ibirama (SC), Brasil.



Introdução

O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é requisito legal, que expressa as responsabilidades dos gestores das três esferas do governo com relação à saúde da população. As Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, estabelecem que o planejamento deve ser ascendente e articulado, obedecendo as ações programáticas e a previsão orçamentária do Plano de Saúde^{1,2}.

Visando ao fortalecimento do planejamento no SUS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2006, o Pacto pela Saúde³, que, através do Pacto de Gestão, implementou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)⁴, que tem por finalidade coordenar o processo de planejamento de forma contínua, participativa, integrada e articulada entre os três entes federativos.

O PlanejaSUS foi um marco para a consolidação do planejamento no SUS, atribuindo aos gestores locais mais responsabilidades e potencializando os instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão) como norteadores e condutores no processo de tomada de decisões e aperfeiçoamento na efetividade das ações e na avaliação dos serviços prestados^{5,6}.

Com a perspectiva de aperfeiçoar o processo de planejamento, o MS atualizou a Portaria MS/GM nº 399/06 e criou a Portaria MS/GM nº 2.135/13, que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS. Essa portaria reafirma o planejamento como ferramenta de construção ascendente, com incentivo à participação da comunidade, compatível com os instrumentos de governo e destacando a utilização dos instrumentos de gestão do SUS^{7,8}.

O Plano de Saúde (PS) é o instrumento central de planejamento do gestor, elaborado a partir das necessidades de saúde da população, considerando, entre outras, as diretrizes propostas pelos conselhos e conferências de saúde. Possui importante papel de monitoramento e na avaliação das ações, tendo como base o planejamento estratégico-situacional^{9,10}.

A Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções expressas do PS, anualizando suas metas e prevendo a alocação de recursos orçamentários. Desse modo, a PAS apresenta importante compatibilidade com as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do governo⁹.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) demanda do gestor a apresentação dos resultados, alcançados ou não, conforme previsto na PAS, e permite redirecionar as ações do PS, quando necessário. A elaboração do RAG é realizada com apoio do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), sítio eletrônico no qual os gestores ou técnicos anexam o PS e a PAS, a partir do qual os instrumentos são apreciados pelos conselhos de saúde^{7,9}.

Contudo, apesar do reconhecimento da importância dos instrumentos de gestão para o planejamento em saúde, observa-se que há muitos entraves à sua efetivação enquanto base das ações em saúde, destacando-se a pouca compreensão dos conceitos básicos de sua construção e utilização, com consequentes falhas na sua elaboração, dificuldade na integração desses instrumentos entre si, e destes com o Plano Plurianual (PPA) do governo, e fragilidade das práticas de articulação, integração e planejamento ascendente^{8,11-14}.

A descontinuidade administrativa e o contexto político de interesses, aliados à baixa capacitação dos gestores para o planejamento, são fatores que também limitam a utilização desses instrumentos como base do planejamento. Além disso, a fraca participação da sociedade, seja no controle social ou como órgão de gestão participativa, agrava ainda mais o distanciamento dos instrumentos de gestão dos seus objetivos^{10,15}.

Dada a relevância dos instrumentos de gestão no contexto do planejamento em saúde no SUS, o objetivo desta pesquisa foi analisar a estrutura mínima dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter quantitativo, realizada por meio de análise documental. A análise documental consiste em estudar e analisar documentos selecionados e que não sofreram tratamento analítico, com objetivo de compreensão do seu conteúdo, atendo-se às questões de interesse¹⁶.

Os documentos analisados nesta pesquisa foram o Plano Municipal de Saúde (PMS), que compreende o período de 2014 a 2017; a Programação Anual de Saúde (PAS), de 2017; e o Relatório Anual de Gestão (RAG), referente ao ano de 2017, elaborados pelas 295 Secretarias Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina.

Todos os documentos foram obtidos no SARGSUS, sistema eletrônico que auxilia os gestores na construção e publicização dos instrumentos de gestão¹⁷. O sítio eletrônico do sistema é de domínio público e livre acesso (<https://sargsus.saude.gov.br/>).

Destaca-se que o PMS de 2014-2017 e a PAS 2017 foram elaborados na gestão municipal do período de 2013 a 2016. Esses instrumentos orientaram o primeiro ano de governo da gestão de 2017 a 2020, sendo desta a responsabilidade de construção do RAG 2017.

A busca do PMS 2014-2017 ocorreu entre 15 e 20 de outubro de 2018, por meio do RAG de

2016, uma vez que o PMS se encontra anexado ao RAG. A busca do RAG de 2017 e da PAS de 2017 foi realizada entre os dias 10 e 20 de junho de 2018. Vale ressaltar que o prazo para envio e entrega dos instrumentos ao SARGSUS vai até 30 de março do ano correspondente⁷⁹.

Após a etapa de busca dos instrumentos, procedeu-se a uma leitura integral e criteriosa do conteúdo dos instrumentos encontrados. A análise documental realizada na sequência teve como base a Portaria GM/MS nº 2.135/137 e as informações do 'Manual de Planejamento no SUS'⁹, a partir das quais foi construído um *checklist* (*quadro 1*) com os itens que deveriam constar nesses instrumentos de gestão analisados. Para a construção do *checklist* do RAG, consideraram-se os itens da estrutura do SARGSUS que o gestor utiliza para sua construção⁹.

A cada item do *checklist* foi atribuída uma pontuação igual a 1 (um), caso o item estivesse presente no documento, e igual a 0 (zero) quando não detectado. Foi criada uma planilha no Microsoft Excel, com os municípios nas linhas e os itens avaliados nas colunas. A estrutura mínima de cada instrumento de gestão foi considerada adequada apenas na presença de todos os itens do *checklist*. Desse modo, era necessário atingir 13 pontos no PMS, 7 pontos na PAS e 13 pontos no RAG.

Quadro 1. *Checklist* para análise da estrutura mínima dos instrumentos de gestão em saúde

Plano Municipal de Saúde (PMS)	Programação Anual de Saúde (PAS)	Relatório Anual de Gestão (RAG)
I - Período de vigência;	I - Período de vigência	I - Introdução - Considerações Iniciais;
II - Identificação (esfera correspondente);	II - Identificação (esfera correspondente);	II - Análise e considerações do Gestor sobre Dados Demográficos;
III - Ato do Conselho de Saúde que avalia o PS;	III - Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde;	III - Análise e considerações sobre Morbidade;
IV - Análise situacional, orientada pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:	IV - Diretrizes, objetivos e indicadores do PS;	IV - Análise e considerações sobre Mortalidade;
a) estrutura do sistema de saúde;	V - Metas do PS atualizadas/revistas;	V - Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS;
b) redes de atenção à saúde;	VI - Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;	VI - Análise e Considerações dos Profissionais do SUS;
c) condições socio sanitárias;		
d) fluxos de acesso;		
e) recursos financeiros;		

Quadro 1. (cont.)

Plano Municipal de Saúde (PMS)	Programação Anual de Saúde (PAS)	Relatório Anual de Gestão (RAG)
f) gestão do trabalho e da educação na saúde; g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; h) gestão; V - Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores; VI - O processo de monitoramento e avaliação.	VII - Previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.	VII - PAS e Pactuação da Saúde; e Análise da Execução Orçamentária; VIII - Análise Sobre a Utilização dos Recursos; IX - Análise Sobre os Indicadores Financeiros; X - Análise Sobre Demonstrativo Orçamentário; XI - Análise de autoria, quando houver; XII - Considerações gerais; XIII - Recomendações para a próxima PAS e/ou redirecionamentos para o PS.

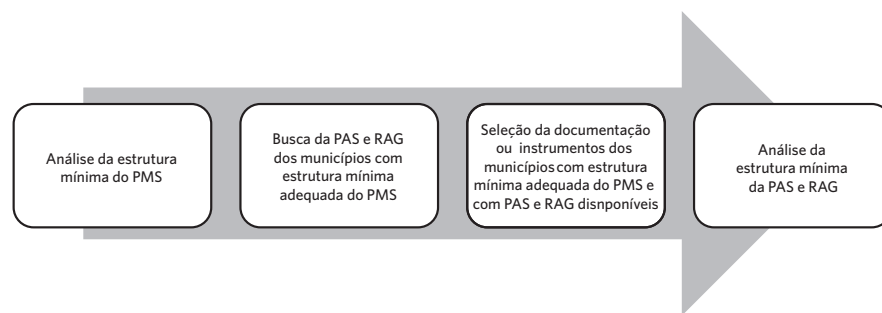
Fonte: Manual de Planejamento no SUS (2016)⁹; Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão.

As etapas de análise estão ilustradas na *figura 1*. A análise da estrutura mínima do PMS foi realizada em todos os municípios (n=295). A busca da PAS e do RAG foi feita apenas para aqueles com PMS considerado adequado. Procedeu-se então à análise da

estrutura mínima da PAS (n=76) e do RAG (n=76), seguindo o *checklist* (*quadro 1*).

Os resultados das análises das estruturas mínimas dos instrumentos de gestão foram sistematizados em tabelas com a frequência simples e absoluta dos itens avaliados.

Figura 1. Etapas da análise dos instrumentos de gestão em saúde

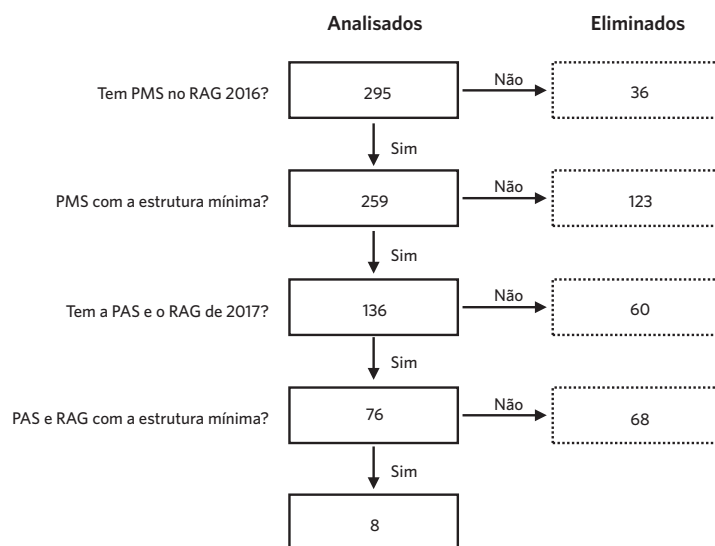


Resultados

A partir da coleta de dados, foram localizados os três instrumentos de gestão (PMS, PAS e RAG) de 40% (n=118) dos 295 municípios.

Inicialmente, foi localizado o RAG 2016 de 288 dos 295 municípios catarinenses, a partir do qual se buscou o PMS 2014-2017. A *figura 2* ilustra o caminho percorrido nas etapas de busca e análise dos instrumentos de gestão.

Figura 2. Representação esquemática das etapas de análise dos instrumentos de gestão, com a quantidade de municípios analisados e eliminados da análise



Dos 295 municípios de Santa Catarina, 288 municípios possuíam o RAG 2016, dos quais foram encontrados e analisados 259 PMS, uma vez que 29 municípios não tinham o PMS 2014-2017 anexado no sistema, ou o PMS verificado era de outro período, impossibilitando

sua análise. Os resultados das análises dos itens do *checklist* dos instrumentos de gestão encontram-se na *tabela 1*, com frequência absoluta e relativa dos itens encontrados nos instrumentos analisados.

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa dos itens encontrados nos instrumentos de gestão avaliados

Item	n	%
Plano Municipal de Saúde (N=259)		
Ata do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde	207	79,9
Análise situacional completa*	240	92,7
Diretrizes, objetivos, metas e indicadores	175	67,6
Monitoramento e avaliação	185	71,4
Programação Anual de Saúde (N=76)		
Ata do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde	64	84,2
Diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PMS	58	76,3
Metas do PMS atualizadas/revisadas	71	93,4
Definição das ações para alcance dos objetivos e metas do PMS	73	96,0
Previsão da alocação dos recursos orçamentários	64	84,2
Relatório Anual de Gestão (N=76)		
Introdução - considerações iniciais	72	96,0
Análise e considerações sobre dados Demográficos	71	93,4
Análise e considerações sobre Morbidade	72	96,0

Tabela 1. (cont.)

Item	n	%
Análise e considerações sobre Mortalidade	70	92,1
Análise e considerações sobre Prestadores de Serviços	68	89,4
Análise e Considerações dos Profissionais do SUS	68	89,4
PAS e Pactuação da Saúde e Análise da Execução Orçamentária	29	38,1
Análise Sobre a Utilização dos Recursos	64	84,2
Análise Sobre os Indicadores Financeiros	67	84,2
Análise sobre demonstrativo orçamentário	66	86,8
Considerações gerais	73	96,0
Recomendações para a próxima PAS e/ou redirecionamentos para o PMS	71	93,4

*Análise situacional completa: apresentou dados dos itens: a) estrutura do sistema de saúde; b) redes de atenção à saúde; c) condições socio-sanitárias; d) fluxos de acesso; e) recursos financeiros; f) gestão do trabalho e da educação na saúde; g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; h) gestão.

As principais inconsistências encontradas na estrutura do PMS foram: anexos do PMS em branco; data de vigência pertencente a outros anos; documentos nomeados como PMS, porém, trata-se do PPA do governo ou da PAS anexada no espaço de anexo do PMS, municípios sem anexos do PMS, instrumentos sem análise situacional e quadros de metas incompletos ou em branco.

Quanto ao RAG e à PAS de 2017, 248 municípios (84%) tinham o RAG de 2017 disponível no sistema, dos quais, 125 (50,4%) anexaram o arquivo da PAS 2017 no RAG. Foi analisada a estrutura mínima da PAS e do RAG dos municípios que possuíam a estrutura mínima do PMS 2014 a 2017 e que apresentavam os 3 instrumentos de gestão disponíveis no sistema, correspondendo a 76 municípios. Os resultados dessa análise também se encontram na *tabela 1*.

A maior parte dos municípios apresentou dificuldades na elaboração das Diretrizes, dos Objetivos, Metas e Indicadores (Domí) do PMS. Consequentemente, considerando sua integração, esse item foi o mais inconsistente na PAS (*tabela 1*).

Além disso, havia instrumentos sem preenchimento do item 'Previsão da alocação de recursos orçamentários'. Observa-se, nesse sentido, a falta de conhecimento dos gestores e técnicos sobre a interligação entre os

instrumentos de gestão do SUS e os instrumentos de governo, visto que a PAS deverá orientar a alocação de recursos para a saúde na LDO e na Lei Orçamentária Anual (LOA) do governo.

Com relação ao preenchimento do RAG 2017, observou-se que 51 municípios não realizaram a totalidade de análises dos itens no relatório (não preencheram os campos de análise dos dados), sendo este composto pelo 'esqueleto' de relatório do próprio SARGUS, que importa os dados dos demais sistemas de informação do SUS.

O *quadro 2* ilustra o preenchimento de alguns RAG no campo final de 'Análise e considerações gerais sobre o Relatório de Gestão', que corresponde ao item 11 do relatório, composto por dois subitens: 11.1 Considerações Gerais; e 11.2 Recomendações para a próxima Programação Anual de Saúde e/ou redirecionamentos para o PS. Nesse item, tendo como base o conjunto de análises realizadas no RAG, o gestor deve apontar possíveis adequações das ações do PMS ou do PAS para o próximo exercício. Entretanto, foram encontradas várias inadequações no seu preenchimento, como 'xxx', '...', 'ok' ou outra frase sem qualquer sentido para esse item, sem quaisquer considerações sobre o relatório apresentado, muito menos recomendações para redirecionamento das ações planejadas.

Quadro 2. Exemplos de preenchimento do campo 'Recomendações para a próxima Programação Anual de Saúde e/ou redirecionamentos para o Plano de Saúde' do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2017

'xxx'; '...'; 'ok'
'Nada a comentar'
'Sem recomendações'; 'Nenhuma recomendação'; 'Não há'
'Até o momento não temos Programação Anual de Saúde'
'Elaborar programação anual de saúde'
'PAS 2018'
'O plano está de acordo com o previsto na legislação'
'Que esta análise se aprimorada, revista para o próximo ano'
'Iniciamos os trabalhos do Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde'
'Seria interessante se cada link, se cada indicador fosse o responsável da informação que pudesse fazer o devido comentário, assim sendo cada profissional teria uma identificação pessoal e o gestor só conferia as colocações e autorizava enviar pr conselho'
'Recomenda-se a compatibilização da Programação anual de saúde com o orçamento municipal'
'Algumas adequações precisam ser implementadas e o outras devem ser revistas para o próximo ano'
'Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde são instrumentos importantes para planejamento. Agora com blocos de Custeio e Investimentos facilita o planejar.'
'Os dados epidemiológicos devem estar disponíveis no mesmo momento em que o programa abre para os municípios preencherem'

Nota: Os erros ortográficos são compatíveis com os documentos originais de onde foram retirados.

Apesar de alguns municípios terem informado a necessidade de recomendações para os próximos instrumentos, não foi identificado a que serviços e/ou ações essa necessidade se refere, denotando descompromisso com a qualidade das informações inseridas. Observou-se que o preenchimento foi realizado apenas pelo seu caráter obrigatório, impossibilitando a continuidade do processo de planejamento.

O trecho 'Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde são instrumentos importantes para o planejamento. Agora com blocos de Custeio e Investimentos facilita o planejar' reafirma o desconhecimento ou o descaso dos responsáveis pela elaboração dos instrumentos de gestão. Apesar de afirmar a importância do PMS e da PAS, não se faz qualquer citação de redirecionamentos dos instrumentos, conforme solicita o item. Além disso, reduz a importância do planejamento das ações, seu monitoramento e avaliação, declarando que a capacidade de planejar se resume apenas à utilização de recursos dos blocos de financiamento.

A última frase do *quadro 2* expressa a dificuldade dos responsáveis na análise e nas considerações dos indicadores do Pacto pela Saúde (item 7 do RAG). No período referido,

a interoperabilidade entre o SARGSUS e o Sispacto dificultou a análise dos indicadores pelos técnicos/gestores²². Porém, os resultados desses indicadores poderiam ser encontrados no Sistema de Informações do estado de Santa Catarina (<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/gestores-da-saude>), reiterando a falta de qualificação adequada para o cargo/setor de planejamento ou gestão.

Alguns municípios referem não possuir a PAS, instrumento que deveria ser objeto de análise deste relatório (de 2017) e enviado com os devidos redirecionamentos para o conselho de saúde. Deveria, também, orientar a próxima PAS (de 2018) e, posteriormente, a LDO, em abril do referido ano.

Por fim, apenas oito municípios possuíam estrutura mínima adequada nos três instrumentos de gestão analisados, no universo de 295 municípios de Santa Catarina.

Discussão

O SARGSUS é uma plataforma de apoio aos gestores que, além de auxiliá-los na construção dos instrumentos de gestão, é um importante

meio de transparência aos cidadãos, sendo seu preenchimento obrigatório. Nesse sítio eletrônico, é possível encontrar o PMS, a PAS e o RAG, além das Resoluções dos Conselhos de Saúde que emitem parecer conclusivo das contas, metas e ações propostas pelo gestor⁷. O SARGSUS trouxe grandes contribuições para os gestores, facilitando o processo de elaboração do relatório a partir da interoperabilidade com outros sistemas de informação do SUS, trazendo a estrutura mínima requerida na legislação vigente. Com o SARGSUS, o gestor produz e envia os instrumentos para apreciação do Conselho de Saúde por meio eletrônico. Além disso, auxilia no sentido de atender aos prazos legais de sua apresentação junto aos respectivos Conselhos de Saúde e aos demais órgãos de controle externo¹⁷.

Apesar disso, observou-se neste estudo, além da indisponibilidade de instrumentos no sistema, a presença de muitos problemas em sua estrutura mínima, indicando uma fragilidade do seu desenvolvimento e utilização conforme preconizado na legislação. Chama a atenção o fato de apenas 8 dos 295 municípios catarinenses apresentarem adequação da estrutura mínima requerida nos instrumentos de gestão, uma vez que estes já estão institucionalizados no SUS há mais de dez anos. Esse resultado tem sido observado também em outros estudos realizados no País^{13,18}, que apontam dificuldades por parte dos gestores no desenvolvimento e na aplicação dos instrumentos de gestão, apresentando estrutura fragilizada e utilizando os instrumentos de forma parcial. Apesar dos gestores terem conhecimento do RAG, a sua utilização para o planejamento se demonstra incipiente e normativa¹³.

O fato de 20% (n=207) dos municípios que continham o PMS não apresentarem a Ata do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com a sua aprovação denota a fragilidade do controle social nos municípios. O Conselho de Saúde, como órgão fiscalizador paritário, que atua na formulação de estratégias e no controle e na execução das políticas e de recursos orçamentários, tem poder para

contestar e questionar a prestação de contas e das políticas de saúde. Contudo, em muitos casos, seu papel no controle social apresenta-se incipiente, limitando-se apenas como órgão de aprovação dos instrumentos, sem participação nas tomadas de decisões e nos arranjos operacionais do sistema^{2,19,20}.

O PMS tem sido referido nas Atas dos conselhos de saúde apenas em sua aprovação e deliberação, sem menção de instrumentalizar o monitoramento e a avaliação das políticas discutidas e aprovadas no PMS¹⁹. Deste modo, os conselhos de saúde, que são importantes espaços de democracia representativa, acabam se constituindo apenas por instâncias de aprovação de documentos e seguem pautas manejadas por gestores, que muitas vezes são presidentes do CMS²¹. A Resolução n° 333/03²² do Conselho Nacional de Saúde dispõe, entre outras questões, sobre a obrigatoriedade da paridade dos conselhos, e, quanto à sua ordenação, coloca que o Presidente deve ser “[...] eleito entre os membros do conselho”, não havendo, portanto, impedimento da figura do gestor de coordenar o CMS. Evidencia-se, nesses casos, um conflito de cargos/interesses, pois o próprio gestor fiscaliza e delibera sobre sua própria gestão²³.

Corroborando os achados desta pesquisa, outros autores²⁴ destacaram que, apesar de a maior parte dos conselheiros relatar pouca dificuldade de analisar documentos, relatórios e orçamentos, cerca de 54,8% nunca participaram de uma reunião sobre orçamento. Além disso, não se encontra por parte dos conselhos de saúde participação na elaboração e fiscalização dos planos de saúde.

Na construção do RAG 2017 dos municípios de Santa Catarina, 26% dos presidentes dos CMS eram gestores e 35% usuários. Em outro estudo²⁵, que analisou o controle social por meio do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs), 34% dos CMS do Brasil são coordenados por gestores, e, ao contrário do que dispõem as normativas, 25% dos CMS não são paritários, dificultando a fiscalização por parte do controle social.

Outros estudos^{26,27} também apontaram fatores que interferem na efetivação do controle social por meio dos conselhos de saúde e destacaram o uso excessivo de linguagem técnica nas reuniões, a restrição de acesso às informações necessárias para a tomada de decisão ou, ainda, desconhecimento dos instrumentos de gestão que regem a política de saúde. As competências dos CMS estão claramente definidas na legislação que normatiza o seu funcionamento, sendo a prestação de contas a principal atividade de controle e avaliação dos conselhos. Porém, a interpretação e o questionamento de um documento como o RAG, por exemplo, exigem um grau de conhecimento técnico nem sempre alcançado pelos conselheiros, resultando em aprovação de documentos com deficiências possivelmente não identificadas. Contribui para essa situação o fato de os instrumentos de gestão chegarem ao CMS já completamente finalizados e com prazos exíguos para aprovação, impedindo sua análise mais minuciosa por parte dos conselheiros, que acabam aprovando-os ‘sob pressão’, uma vez que a sua não aprovação pode significar a perda de recursos por parte do município^{26,27}.

O Plano Municipal de Saúde consiste no instrumento central de planejamento, que consolida as políticas prioritárias do governo através das suas intenções e dos resultados esperados, embasado por análise situacional^{4,9}. No PMS do período de 2014 a 2017, verificou-se que 53% dos municípios não se adequaram à estrutura mínima disposta em legislação.

A elaboração do PMS se caracteriza por um modelo normativo, ou seja, segue o disposto nos documentos orientadores para sua construção, porém, o instrumento não é utilizado para nortear a gestão²⁸. Importante ressaltar que, conforme o parágrafo III do art. 4º, da Lei nº 8.142/90¹, para que os municípios recebam recursos, é necessário, entre outras coisas, contar com o PS¹. É possível inferir, portanto, que a maioria dos municípios de Santa Catarina elabora o PMS utilizando-se de uma racionalidade normativa, ou seja, apenas para fins de cumprimento da lei e

com finalidade de captação de recursos. A racionalidade normativa, em detrimento das racionalidades estratégica e comunicativa, implica a ação em que “os agentes se desobrigam de prestar contas em público de suas intenções e modos de fazer, não atentando para as consequências possíveis dos seus atos”²⁹⁽²⁰⁾. De tal modo, as pretensões dos sujeitos não são submetidas ao consenso ensejado comunicativamente, representando, segundo Habermas, uma “ética dos fins últimos”, e não uma “ética da responsabilidade”²⁹⁽²⁰⁾.

Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo³⁰, que, ao analisar o PMS de 33 municípios mineiros, verificou diversos problemas em sua estrutura, destacando-se a análise situacional com dados defasados em mais de 10 anos, a presença de metas não quantificadas, a ausência de conexão com outros instrumentos de governo, de modo que apenas 3 seguiram os critérios estabelecidos para sua elaboração. Outros autores⁸ encontraram inconsistências entre os problemas elencados na análise situacional, nas diretrizes e nos objetivos do PMS.

Por consequência, a construção do PMS, embasada na racionalidade normativa, com participação social deficiente e sem considerar seu objetivo principal, que é a planificação das políticas em saúde dos municípios, exerce forte influência na elaboração e na compreensão da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão por parte dos gestores e dos conselhos de saúde.

De acordo com os resultados do presente estudo, dos 295 municípios, 76 enviaram a PAS e o RAG 2017 para análise e apreciação do CMS no período de coleta, dos quais, apenas oito municípios possuíam estrutura mínima conforme legislação. Entre as inadequações encontradas, verificou-se a existência de instrumentos com data de vigência de anos anteriores, anexos de aprovação do CMS pertencentes a outros documentos e inconsistências na tabela de ações.

A PAS tem por objetivo anualizar as ações do PMS e planificar sobre os recursos financeiros

que operacionalizam o respectivo plano. Além disso, essa programação orientará a construção da LDO do governo, que tem por objetivo integrar o PPA e a LOA, além de estabelecer as metas e as prioridades da Administração Pública para o próximo ano⁹. O não preenchimento do item 'Previsão da alocação de recursos orçamentários' denota a desconexão da programação com a realidade, a falta de conhecimento dos gestores e técnicos sobre a interligação entre os instrumentos de gestão do SUS e os instrumentos de governo, ou, ainda, o descaso com o planejamento da previsão orçamentária para execução das ações.

Os resultados das ações propostas e execuções orçamentárias da PAS deverão ser expressos e justificados no RAG, que se constitui em importante meio de transparência e controle social e, portanto, não deve ser um fim em si mesmo, não bastando realizar seu preenchimento no sistema para cumprir as obrigações legais, como se tal fosse um fardo. Ele que vai orientar a elaboração da nova PAS, assim como os necessários ajustes no PMS, tornando-se a principal ferramenta para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS^{9,31}. Ainda que a análise da adequação da estrutura mínima aqui proposta não tivesse como objetivo a avaliação da qualidade das informações preenchidas pelos municípios, chamou a atenção o descaso com o preenchimento desse documento tão importante do planejamento municipal em saúde, e por isso a necessidade de se destacarem algumas das inconsistências observadas. Além de não apresentarem a análise necessária do que foi (ou não) realizado, os relatórios não orientam qualquer ajuste no PMS e muito menos subsidiam a construção da PAS do ano seguinte, indicando, assim como em outros estudos^{6,18,19}, que os instrumentos são preenchidos apenas para a garantia do repasse de recursos, não sendo utilizados no processo de planejamento dos municípios, reforçando a ausência de uma cultura de planejamento.

A desconexão dos instrumentos com a execução das ações, e sua conseqüente avaliação,

também parece evidente em alguns municípios, quando não há 'nada a comentar' nos campos de análise do RAG, ou quando 'não há recomendações' para ajustes do PMS ou para a elaboração da PAS. Mais uma vez, reforça-se que o planejamento nos municípios tem seguido uma lógica mais normativa do que estratégica. A falta de estabilidade no cargo do gestor ou do técnico em planejamento contribui para a desvalorização do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão^{32,33}. Em um estudo avaliativo, observou-se que mais da metade dos profissionais que atuavam no planejamento nos municípios catarinenses não possuíam qualificação adequada, sendo, em sua maioria, profissionais não efetivos, resultando na descontinuidade do planejamento, reduzindo sua importância³⁴. No cenário municipal, nem sempre há constituição de equipe própria da área de planejamento, o que certamente tem reflexos no processo de planejamento local²⁸.

Por fim, a partir dos resultados obtidos no presente estudo, e corroborando outros achados³⁵, pode-se inferir que o planejamento no nível municipal consolida-se como nó crítico para a efetivação dos princípios da descentralização e da regionalização, além de comprometer a eficiência do sistema de saúde diante dos escassos recursos a ele destinados.

Considerações finais

A institucionalização dos instrumentos de gestão por meio do PlanejaSUS foi um marco para consolidação da planificação em saúde no Brasil. Porém, seu funcionamento efetivo é diretamente proporcional ao interesse, conhecimento e envolvimento dos gestores e do controle social.

Identificou-se que a maior parte dos municípios catarinenses apresentou falhas importantes na construção dos instrumentos de gestão, apontando, também, fragilidades do planejamento no nível estadual, uma vez que o planejamento deve ser ascendente.

A despeito da disponibilização de materiais e modelos padronizados pelo MS e pela Secretaria Estadual, com a estrutura mínima dos instrumentos explicitada de forma simples e objetiva, e da padronização da sua construção por meio do SARGSUS, poucos municípios elaboraram seus instrumentos de acordo com essas especificações.

Embora não tenha sido objeto desta pesquisa, verificou-se a pouca participação dos conselhos de saúde no controle, planejamento e fiscalização do governo, denotando a fragilidade do controle social e evidenciando a necessidade de educação permanente aos usuários e profissionais que compõem esses conselhos, para que se apropriem dos conhecimentos necessários para participar de forma mais efetiva nesse processo.

Outro ponto importante a ser destacado é a posição dos gestores enquanto coordenadores dos CMS. Mesmo não havendo proibição legal para que assumam tal posição, não é apropriado que o presidente do conselho fiscalize sua própria gestão, além do jogo de poder implícito na imposição de pautas e deliberações. O fortalecimento do controle social é fundamental para que as instâncias de participação popular previstas no SUS exerçam seu importante papel e qualifiquem o planejamento e o próprio sistema de saúde.

Os instrumentos de gestão em saúde não podem ser apenas documentos a serem burocraticamente preenchidos, sem conexão com a realidade. É necessário institucionalizar a sua construção e seu uso efetivo no planejamento e na execução das ações em saúde, orientando a alocação de recursos orçamentários e identificando as fragilidades e necessidades de ajustes de acordo com a realidade da população.

A realidade apontada com relação ao planejamento nos municípios catarinenses infelizmente não parece ser diferente do que ocorre em outros municípios brasileiros, encontrando

eco em resultados de outras pesquisas realizadas em diversos estados do País.

Como limitações desta pesquisa, destacamos a falta de informações sobre quem elaborou os instrumentos e a forma como estes foram elaborados, o que possibilitaria a diferenciação, por exemplo, entre aqueles construídos de forma participativa e democrática e aqueles provenientes de empresas de consultoria pagas pelo gestor para elaborar os instrumentos para o município. A inadequação com relação à estrutura mínima não necessariamente desqualifica o instrumento como um todo, assim como a sua adequação estrutural não significa que as informações ali preenchidas são compatíveis com a realidade do município e efetivamente subsidiam o planejamento das ações por parte da gestão. Portanto, a análise aqui proposta não permite juízo de valor com relação à qualidade das informações dos instrumentos de gestão.

Apesar disso, o presente estudo contribui para a identificação da necessidade de qualificação do processo de planejamento local, de fortalecimento do controle social por meio dos CMS e de maior controle das ações da gestão municipal por parte dos demais níveis federativos.

Colaboradores

Fuginami CN (0000-0002-2470-0592)* contribuiu para a concepção e o planejamento do estudo, coleta de dados, análise e a interpretação dos dados, descrição dos dados do artigo. Colussi CF (0000-0002-3395-9125)* contribuiu para a descrição dos dados do artigo, revisão crítica do conteúdo, aprovação final do manuscrito e considerações. Ortiga AMB (0000-0003-1602-1984)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo, aprovação final do manuscrito e considerações. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990. [acesso em 2020 ago 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Dez 1990. [acesso em 2020 ago 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 23 Fev 2006. [acesso em 2020 ago 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
5. Trevisan L, Junqueira LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(4):893-902.
6. Vicentine FB, Delatorre T, Feltrin AFS, et al. Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. *Medicina (Online)* 2018; 51(1):1-11. [acesso em 2020 set 27]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/150073>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 Set 2013. [acesso em 2020 ago 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html.
8. Galindo AC, Gurgel AM. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. *RECIIS (Online)* 2016; 10(4):1-20. [acesso em 2019 jun 22]. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1155/pdf1155>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
10. Araujo RF, Costa JMBS, Cruz MM, et al. Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(118):566-78.
11. Anunciação FC, Souza MKB. Planejamento em saúde: Percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. *Rev. Baiana Saúde Pública* 2011; 35(4):845-858.
12. Freitas GM, Baratieri T, Pilger C. Planos de Saúde dos municípios de uma regional de saúde do Paraná. *Rev. Enferm. UFSM* 2013; 3(1):122-132.
13. Pinafo EG, Carvalho B, Nunes EFPA, et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. *Espaço para Saúde. Rev. Saúde Pública Paraná* 2016; 17(1):130-137.
14. Paulo LFA. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. *Physis* 2016; 26(3): 981-1007.
15. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde debate* 2017; 41(3):155-170.
16. Kripka RML, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa do-

- cumental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Rev. Investigaciones UNAD Bogotá* 2015; 14(2):55-73.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 575, de 29 de março de 2012: Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SAR-GSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 30 Mar 2012.
 18. Almeida ARC, Souza MKB. Processo de construção e análise dos relatórios anuais de gestão: dificuldades, avanços e desafios. *Rev. Baiana Saúde Pública* 2013; 37(4):852-868.
 19. Kleba ME, Comerlato D, Frozza KM. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. *Rev. Adm. Pública* 2015; 49(4):1059-1079.
 20. Araujo MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Public.* 2010; 27(3):230-6.
 21. Finkler RU, Ribeiro ER. Controle social da saúde no Brasil. *Cad. Saúde e Desenvolvimento* 2014; 3(2):62-77.
 22. Conselho Nacional de Saúde. Resolução do Conselho Nacional da Saúde (CNS) nº 333/2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*. 4 Dez 2003. [acesso em 2020 ago 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cns/2003/res0333_04_11_2003.html.
 23. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Guia de orientação aos membros do conselho municipal de saúde. São Paulo [internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 3]. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/publicacoes/Guia%20de%20orient%20Cons%20Munic%20Saude%202020.pdf>.
 24. Saliba NA, Moimaz SAS, Ferreira NF, et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Rev. Adm. Pública*. 2009; 43(6):1369-1378.
 25. Silva Junior ER. Controle social na saúde pública: a relação entre as características dos conselhos de saúde e o resultado da análise do relatório anual de gestão [TCC]. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública; 2016.
 26. Santos CL, Santos PM, Pessali, HF, et al. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais Brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2019 [acesso em 2019 jun 22]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/os-conselhos-de-saude-e-a-publicizacao-dos-instrumentos-de-gestao-do-sus-uma-analise-dos-portais-das-capitais-brasileiras/17211?id=17211>.
 27. Pinheiro R. A Dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso: Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus do Itabapoana. *Rev. Adm. Pública* 1966; 30(5):62-100.
 28. Carvalho EMR. Usos e “desusos” do planejamento: uma análise sobre planos municipais de saúde [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014.
 29. Riviera FJU, organizador. Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
 30. Cruz CSS, Dupim SLM, Nascimento ALD, et al. Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina no período de 2014 a 2017. *Rev. Vozes Vales*. 2017; 12:1-14.
 31. Garcia PT, Reis RS. Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão. São Luis: Edufma; 2016.
 32. Fenili R, Correa CEG, Barbosa L. Planejamento Estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. *Rev. Eletrônica & Saúde* 2017; 8(1):18-36.
 33. Barbosa NCT, Cordeiro BC, Abrahão AL, et al. Educação em saúde: o uso da matriz swot para análise de

projetos. Rev. Enferm. UFPE [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 7]; 11(11):4298-304. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25148-50449-1-SM.doc/24625>.

34. Berreta IQ, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad. Saúde Pública 2013; 27(11):2143-2154.

35. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(5):1511-1524.

Recebido em 21/01/2020

Aprovado em 07/06/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Análise das campanhas de prevenção às arboviroses dengue, zika e chikungunya do Ministério da Saúde na perspectiva da educação e comunicação em saúde

Analysis of the prevention campaigns against dengue, zika and chikungunya arboviruses from the Ministry of Health from the health education and communication perspective

Natália Fernandes de Andrade¹, Elizabeth Alves de Jesus Prado¹, Ádria Jane Albarado¹, Maria Fátima de Sousa¹, Ana Valéria Machado Mendonça¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012621

RESUMO Buscou-se analisar os cartazes das campanhas nacionais sobre dengue, zika e chikungunya realizadas pelo Ministério da Saúde entre 2013 e 2017 para prevenção das arboviroses. Trata-se de uma análise de conteúdo com abordagem qualitativa de 18 peças publicitárias coletadas no site da instituição. Para tanto, além dos dados textuais contidos nos cartazes, foram considerados os achados encontrados a partir da descrição das peças. As categorias temáticas analíticas que emergiram da observação do material foram: mobilização; orientação; e informação. Após o surgimento da chikungunya e da zika em 2014 e 2015, respectivamente, a instituição saiu da produção anual de 1 para 3,6 peças. O layout dos cartazes segue a lógica de técnicas de comunicação comercial, sem se preocupar com a diferença entre um produto mercantil e um direito universal. Não há articulação com as tecnologias de informação e comunicação, e os cartazes responsabilizam a população pela prevenção das doenças. Houve uma mudança nas mensagens sobre os cuidados, adotando-se a ênfase nas consequências e sequelas das arboviroses, não havendo espaço para educação e promoção da saúde. Constataram-se a transmissão de informações e a imposição de orientações, distante daquilo proposto pela comunicação educativa, que pressupõe ações pensadas conforme as necessidades dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE Comunicação em saúde. Educação em saúde. Dengue. Zika vírus. Vírus chikungunya.

ABSTRACT *The posters of national campaigns on dengue, zika and chikungunya carried out by the Ministry of Health between 2013 and 2017 for the prevention of arboviruses were analyzed. It is a content analysis with a qualitative approach of 18 advertising pieces collected on the institution's website. Therefore, besides the textual data contained in the posters, the findings found from the description of the pieces were considered. The analytical thematic categories that emerged from the observation of the material were: mobilization; guidance; and information. After the emergence of chikungunya and zika in 2014 and 2015, respectively, the institution left its annual production from 1 to 3.6 pieces. The layout of the posters following commercial communication techniques logic, without worrying about the difference between a commercial product and a universal right. There is no link with information and communication technologies, and posters hold the population responsible for preventing diseases. The messages about care have changed, with an emphasis on the consequences and sequelae of arboviruses, with no room for education and health promotion. The transmission of information and the imposition of guidelines were found, far from what is proposed by educational communication, which presupposes actions designed according to the needs of users.*

KEYWORDS *Health communication. Health education. Dengue. Zika virus. Chikungunya virus.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
natalia.fandrades@gmail.com



Introdução

O presente estudo traz uma análise das campanhas midiáticas realizadas pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro para prevenção e combate ao vetor das arboviroses dengue, zika e chikungunya enquanto agravos sociais e reflexões sobre como as informações transmitidas pelos cartazes dessas campanhas refletem, ou não, a comunicação educativa e a promoção da saúde. Sabe-se que o debate teórico acerca da informação, educação e comunicação é vasto, por isso, não se pretende esgotá-lo, mas apresentar a comunicação educativa como forma de prevenção e promoção em saúde.

Para tanto, alguns conceitos são essenciais nessa apresentação. No campo da comunicação, campanhas são definidas como dispositivos estratégicos de gestão que visam

[...] alcançar uma meta definida a partir da integração de uma série de instrumentos e ações, em um prazo previamente determinado, com um objetivo claramente definido¹⁽⁷⁾.

Na saúde, são utilizadas, pelo menos, desde 1920 nas primeiras campanhas de vacinação². Uma ferramenta bastante utilizada em campanhas é o cartaz, qualquer mensagem publicitária gráfica impressa em papel ou outro material, cujo tamanho, forma, arte, cores, disposição das informações e todas as outras características são personalizáveis conforme a intencionalidade e a mensagem que se deseja transmitir³. Em geral, esses materiais gráficos são fixados em locais públicos onde há grande circulação de pessoas que se deseja alcançar. É um dos produtos mais comuns da publicidade e da propaganda, usado histórica e tradicionalmente em campanhas de saúde².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 4 bilhões de pessoas no mundo são suscetíveis à infecção pelo vírus da dengue; e, entre os estados-membros da Organização, o número de notificações passou de 2,2 milhões em 2010 para 3,2 milhões em 2015, havendo evidências de que o número total de infectados

pelo vírus da dengue chegue a 390 milhões de pessoas por ano ao redor do mundo⁴, o que torna dengue, zika e chikungunya um dos maiores problemas de saúde pública global. Em 2017, a taxa de incidência de dengue foi de 116 casos para cada 100 mil habitantes no Brasil. No mesmo ano, 41% dos municípios do Nordeste estavam em alerta. No referido período, o MS investiu R\$ 17,6 milhões em estratégias de prevenção. As condições climáticas, de saneamento, desmatamento, urbanização e migração populacional também corroboraram para o agravamento desse quadro⁵.

No que se refere à prevenção, trata-se de um conjunto de intervenções cuja finalidade é evitar o surgimento de doenças específicas, diminuindo sua incidência e prevalência, em geral, com base em dados epidemiológicos⁶. A promoção da saúde foi definida pela Carta de Ottawa como o processo de proporcionar às pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre ela⁷. Essa definição implica ações permanentes que comprometem todos os atores da sociedade com intenção explícita de fortalecer habilidades de indivíduos e grupos por meio de um processo político e social⁸.

É nesse contexto que a comunicação educativa se apresenta. Todavia, antes de abordar seu conceito em específico, é necessário assumir o imbricamento das ações de informação, educação e comunicação e que estas contribuem significativamente na interlocução com as comunidades, pois possuem elementos convergentes e interagem no processo de transformação social ou mudança de um fenômeno. Entende-se como informação em saúde o conteúdo ou conhecimento que orienta a tomada de decisão, o qual pode se dar na forma de dados orais ou textuais e subsidiar tanto a tomada de decisão de usuários quanto a de profissionais, pesquisadores e gestores.

No que tange à comunicação em saúde, a partir da revisão de conceitos de mais de 20 teóricos do campo nos últimos 20 anos, compreende-se que se refere a processos dialógicos e à utilização de estratégias comunicacionais que

respeitam os direitos à informação, à educação e à saúde, tendo como finalidades a prevenção de enfermidades, o incentivo à cidadania e à transparência na gestão, bem como a promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas em seus diferentes contextos sociais, por meio das mídias, da produção do conhecimento científico e das relações interpessoais⁹.

A educação em saúde, por sua vez, orienta a população para que ela viva de maneira saudável. As ações de educação em saúde devem ser realizadas de acordo com a realidade dos indivíduos, das famílias e da comunidade, por meio das experiências e vivências dos sujeitos envolvidos em cada processo. Nesse sentido, a abordagem adotada se afasta de definições restritas à formação profissional do campo da saúde e se aproxima daquela voltada ao conjunto de práticas que estimulam a autonomia das pessoas para o cuidado individual e coletivo, identificando as suas principais necessidades. Além disso, está intimamente relacionada com a promoção da saúde e, no âmbito escolar, parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental¹⁰.

Desse modo, entende-se que não é possível comunicar sem uma informação inicial; e estas se relacionam¹¹ à educação com o agir do indivíduo. Contudo, não devem ser utilizadas como meros instrumentos no processo de educar. Mesmo que estejam associadas, a ação do educar deve ser feita pela comunicação, e não para a comunicação¹². Esses conceitos se consolidam no cotidiano dos serviços de saúde e são imprescindíveis quando se analisam as práticas profissionais para o alcance da saúde em seu conceito mais amplo. Isso porque, para alcançar um estado saudável, o indivíduo precisa ser o protagonista do seu cuidado – o que somente pode ser alcançado por meio da educação, pois, apenas ela é capaz de promover mudanças nas práticas sociais e individuais.

Ao teorizar sobre a educação libertadora, Paulo Freire expõe que esta transcende a simples esfera do conhecimento de regras,

métodos e linguagens e vai ao encontro da tradução do conhecimento disponível e ressignificação conforme o universo em que o indivíduo habita, motivando assim a tomada de consciência e possível mudança de hábito ou comportamento¹³. Como os esforços e maior parte do investimento do governo se dão por meio de ações descontinuadas e a partir de modelos campanhistas e curativos, o Brasil ainda não consegue conter problemas de saúde pública que demandam apropriação de conhecimentos, protagonismo individual e coletivo no cuidado à saúde, no caso, as arboviroses.

Apresenta-se a comunicação educativa, portanto, como um caminho para o combate ao vetor e à prevenção das arboviroses. Baseada no conhecimento gerado a partir da tradução da informação e sua relação com a comunicação, a comunicação educativa orienta-se pelo ordenamento das relações pessoais dos envolvidos, educandos e docentes, ou não⁴. Trata-se de um processo de escuta que busca identificar as necessidades individuais e da comunidade para direcionar ações de transformação, tendo como centro os referidos indivíduos e comunidades como protagonistas desse processo.

Tendo em vista a necessidade de ações de comunicação educativa para a transformação das práticas em saúde voltadas ao controle do vetor *Aedes aegypti* e o investimento de aproximadamente R\$ 190 milhões por parte do MS em campanhas para combate e prevenção das arboviroses dengue, zika e chikungunya – e ainda febre amarela –, entre 2013 e 2017⁹, apresenta-se a análise do formato cartaz das campanhas realizadas pelo MS para o combate e prevenção da dengue, zika e chikungunya no período de 2013 a 2017. Busca-se compreender se a utilização das peças tem a educação e promoção da saúde como objetivo.

Roteiro metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com foco na interpretação dos cartazes produzidos para as campanhas do MS sobre o tema das

arboviroses dengue, zika e chikungunya no período de 2013 a 2017. O recorte temporal justifica-se pelo surgimento das novas enfermidades também transmitidas pelo vetor *Aedes*, em 2014 e 2015, chikungunya e zika, respectivamente.

Conforme orientam Miranda e Simeão¹⁴, partiu-se da identificação da tipologia, conteúdo, formato e suporte do que foi produzido pelo MS para fins de campanha de comunicação de massa, utilizando-se da pesquisa documental nas bases de dados da pasta ministerial. A análise das campanhas impressas não foi realizada, pois a instituição não possui acervo físico dos materiais em questão.

A coleta de dados foi realizada no endereço eletrônico institucional¹⁵ obedecendo a um processo de identificação, categorização e tratamento para análise posterior. No total, foram identificadas e coletadas 18 peças, sendo: 1 em 2013; 6 em 2014; 3 em 2015; e 4 em 2017 e em 2018. Como técnica de análise, optou-se pela análise de conteúdo, tendo como premissa as campanhas anteriormente estudadas por Vasconcelos¹⁶.

Foi elaborada uma matriz com a descrição do material e informações encontradas nos documentos. Nela, foram registrados os seguintes dados: ano de publicação da campanha; descrição do cartaz analisado (cores, imagens e disposição das informações); *slogan* ou frases de efeito; presença ou não de informações e/ou orientações sobre cuidados para prevenção das arboviroses e promoção da saúde, observando se as peças tinham intencionalidade educativa. Ressalta-se que a pesquisa se desenvolveu com base de dados secundários, portanto, houve dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa.

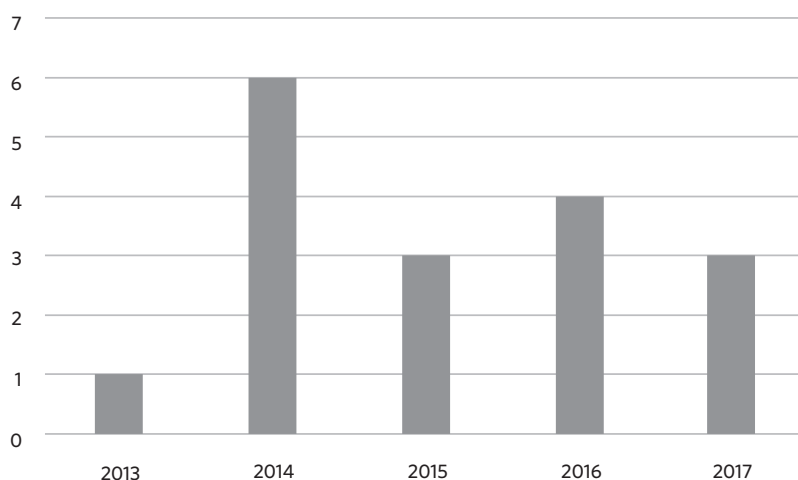
Além dos dados textuais contidos nos cartazes, foram considerados os achados encontrados a partir da descrição das peças.

Após a observação do material, emergiram as seguintes categorias temáticas: mobilização; orientação; e informação. Categorias essas que foram identificadas, a priori, com base na literatura prévia⁹ e validadas conforme os conteúdos encontrados nas campanhas. A primeira é compreendida como uma convocação de vontades para atuar em busca de um propósito comum¹⁷, no caso, a prevenção das arboviroses e a promoção da saúde. Dessa forma, além de trechos iluminados com o referido conceito, nela, foram considerados os *slogans* contidos nos cartazes, os quais são definidos como frase-tema de uma campanha que procura resumir e/ou definir seu posicionamento³. A categoria 'orientações' incluiu frases no modo imperativo e instruções sobre como organizar ou executar ações, em especial, para evitar criadouros do mosquito. No que se refere à 'informação', considerou-se o conceito apontado na introdução, ou seja, conteúdos ou conhecimentos que orientam a tomada de decisão e que têm a intenção de notificar ou compartilhar algo.

Resultado e discussão

Foram analisadas 17 peças das campanhas promovidas pelo MS no período de 2013 a 2017. Destacam-se as campanhas nacionais e o formato de cartaz, disponíveis no *site* institucional da pasta ministerial. Observou-se que, após o surgimento da chikungunya e da zika em 2014 e 2015, respectivamente, a instituição quase quadruplicou a média da produção anual das referidas peças. Em 2013, havia apenas um cartaz. No ano seguinte, o número de cartazes sextuplicou; em 2015, ficou em 3, passando para 4 em 2016 e 3 em 2017, saindo de 1 para 3,6 cartazes por ano conforme *gráfico 1*.

Gráfico 1. Quantidade de campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde sobre as arboviroses (dengue, zika e chikungunya) de 2013 a 2017



Fonte: Elaboração própria.

Brito³ define cartaz como qualquer mensagem publicitária gráfica impressa em papel ou outro material. Destaca-se que seu tamanho, forma, arte, cores, disposição das informações e todas as outras características são personalizáveis conforme a intencionalidade e a mensagem que se deseja transmitir. Em geral, esses materiais gráficos são fixados em locais públicos onde há grande circulação de pessoas que se deseja alcançar. Configura-se um dos produtos mais comuns da publicidade e da propaganda, usado historicamente em campanhas de saúde². Essa adoção justifica-se, supostamente, por tratar-se de material gráfico-visual que pode ser visto e assimilado em poucos segundos, sem a necessidade de muitos esforços por parte do público a quem se destina.

Da observação dos cartazes analisados, percebe-se que as principais cores adotadas foram vermelho, amarelo, preto e branco, sendo que esta última é usada especialmente nos textos. No que se refere aos personagens e imagens observados nas peças, o gênero feminino é o mais evidente, aparecendo em sete delas,

enquanto as figuras masculinas aparecem em apenas três. No tocante à raça e à cor, pessoas negras e pardas foram a maioria nas peças. Quanto à idade dos personagens, apenas dois cartazes continham pessoas de meia idade, e as duas eram mulheres. Apesar dos esforços explícitos de representar a maioria da população brasileira, mulheres e pessoas negras, ainda há ausência de pessoas com faixa etária a partir de 50 anos de idade.

Esses achados têm relação direta com a primeira categoria observada, a mobilização. As cores são fortes, os personagens são jovens, e todos os trechos de mobilização têm apelo a uma linguagem bélica que pede para combater, lutar, atacar e eliminar o vetor ou a doença. Constata-se uma responsabilização da população em trechos como: 'Um mosquito pode prejudicar uma vida. E o combate começa por você'; 'O perigo aumentou. E a responsabilidade de todos também'; e 'Sábado da faxina. Não dê folga para o mosquito da dengue'. No entanto, deveria ocorrer um trabalho integrado, em que todos se sentissem corresponsáveis, com a compreensão de que

preocupações além da eliminação do vetor são necessárias, sobretudo quanto à relação das pessoas com o ambiente e o entendimento delas enquanto cidadãos^{13,18}.

A presença das frases ‘Melhorar sua vida, nosso compromisso’ e ‘É o Brasil cuidando da sua gente’, em 2013 e 2015, respectivamente, até sugeriria tal compreensão, todavia, trata-se apenas de uma estratégia de comunicação institucional criticada por Bucci¹⁹, que a entende como uso indevido dos recursos públicos e do princípio da publicidade para promoção de interesses governamentais e partidários. Nesse sentido, a lógica transmissiva e campanhista mais uma vez se mostra insuficiente para a mobilização²⁰, em especial, em uma peça impressa, com pouca acessibilidade que, em geral, se perde em meio a outras do mesmo suporte em murais de unidades de saúde, isso quando chegamos lá.

Essa discussão vai ao encontro do que se observou quanto à presença dos nomes das secretarias estaduais e municipais na faixa em que ficam as logomarcas das instituições envolvidas na campanha. Estas só aparecem nas campanhas de 2015, quando o MS declarou situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) devido ao elevado número de casos das arboviroses e à suspeita da relação do zika com a microcefalia²¹. Nesta época, houve um trabalho articulado entre diversas esferas governamentais e setores públicos, com diferentes estratégias. Não obstante, este cessou após o fim da crise. O momento serviu para deixar claro que não só é possível realizar um trabalho articulado, como a efetividade é muito maior, uma vez que houve a redução dos casos de microcefalia⁹.

No que se refere à categoria ‘informação’, observou-se que foram os conteúdos mais frequentes nos cartazes. No tocante à disponibilização do conteúdo, os destaques foram colocados, em geral, no centro ou canto superior esquerdo das peças, especialmente os slogans. Diversos trabalhos apontam que, nesse tipo de material, o título recebe maior atenção visual que o corpo do texto, apresentado em tamanho

menor, como nas peças analisadas, embora contenham mais informações. Além disso, esses estudos também destacam que as pessoas tendem a, rapidamente, direcionar o olhar para o canto superior esquerdo do anúncio²².

Ao se considerar a perspectiva de técnicas de comunicação comercial, pode-se afirmar que o *layout* utilizado pelo MS na produção dos cartazes analisados está adequado, contudo, se considerarmos o objetivo das peças – prevenção das arboviroses e promoção da saúde da população –, e não a venda de um produto ou serviço, afinal compreende-se o conceito ampliado da saúde, pode-se também, ao menos, ficar na dúvida. Trata-se de comunicação pública com uma função complexa; e esperar que a lógica comercial sirva para isso é, no mínimo, incoerente com o objetivo que se almeja ao veiculá-la¹⁹.

O Disque Saúde apareceu em 16 das 17 peças, entretanto, praticamente sem destaque ou orientações sobre a forma que tal ferramenta pode ser utilizada em relação ao tema das arboviroses. O endereço do *site* – saude.gov.br –, que desponta logo abaixo do Disque Saúde, tem menos visibilidade ainda. Como dado central e recomendação para acesso a outras informações da campanha, o endereço do *site*, não o geral desta vez, mas do combate ao vetor das doenças – saude.gov.br/combate-aedes –, só consta nas peças veiculadas em 2017. Também sobre interatividade e articulação a outras mídias de comunicação, observou-se a ausência das mídias sociais digitais nos cartazes produzidos em 2014, 2015 e na campanha ‘Zika Zero’ de 2016.

Outro detalhe interessante suscitado da análise dos cartazes é que o ‘mosquito’ foi mencionado em 16 das 17 peças, e a imagem do vetor aparece em todas elas. Em 2014, as peças trazem uma nuvem dos insetos. No ano seguinte, ele é um detalhe acima das palavras ‘dengue e chikungunya’. Em 2016, na campanha ‘Zika Zero’, ele surge estilizado como um vilão de desenho animado, com olhos esbugalhados, cuja aparência não é fiel à do inseto. No mesmo ano, fora as campanhas do ‘Zika Zero’ e em

2017, o *Aedes* aparece em negativo, ou seja, uma silhueta com o sinal de proibido em cima.

As informações mais frequentes nas peças foram afirmações sobre o mosquito ser o transmissor das doenças e quanto à novidade da situação: ‘O mosquito da dengue agora também transmite a chikungunya’; ‘O mosquito da dengue pode matar e pode causar microcefalia em bebês’. A dengue é a doença mais citada, duas vezes mais que a zika ou a chikungunya. Os sintomas estão em apenas dois cartazes, todavia, consequências ou sequelas advindas dos agravos começaram a ser a principal mensagem dos cartazes a partir de 2016, em geral sobre a morte: ‘A dengue mata’; e sobre a microcefalia: ‘O mosquito da dengue pode matar e pode causar microcefalia em bebês’. Não se observou o cuidado em tranquilizar as pessoas após essas afirmações²³.

Na peça publicada em 2016, não foram identificadas informações acerca do período de latência entre os ovos para o nascimento de novos vetores e afirmações, mas a informação de que o vírus Zika pode ser transmitido por relação sexual sem proteção e que mesmo grávidas as mulheres deveriam usá-la chamou bastante atenção. Esses achados vão ao encontro das discussões acerca da confirmação ou não da relação do vírus com a microcefalia. Atendendo às diretrizes da comunicação de risco, o MS transmitiu informações relevantes no contexto de crise, mesmo diante do cenário de incerteza, pois era necessário prevenir a infecção dos bebês cujas mães estavam gestantes no período^{24,25}.

A categoria ‘orientações’ está toda escrita de forma impositiva e focada na prevenção: ‘Mantenha a lixeira fechada’, ‘Elimine os criadouros’ e ‘Tampe os toneis e caixas d’água’. Estas remetem o usuário aos cuidados que devem ser tomados, no entanto, desvinculadas do universo significativo do indivíduo e sem explicar os porquês das ações, as implicações práticas dos cuidados orientados. Os possíveis criadouros do vetor das arboviroses – utensílios como tonéis, pneus, garrafas PET, entre outras – ilustraram 10 das 18 campanhas,

sendo que a campanha de 2014 era o centro das atenções com imagens de caixa d’água destampada, garrafa PET, saco de lixo aberto, tonel e vasilha de planta transformando-se em nuvem de mosquitos da dengue.

As grávidas tiveram atenção especial da comunicação analisada ao serem orientadas sobre o uso de repelente, preservativos e à realização do pré-natal em campanha de prevenção às arboviroses. Quanto à orientação de procurar serviços de saúde, esta foi quase inexistente nos cartazes. A orientação de buscar outras informações sobre a doença no site do MS apareceu nos últimos produtos analisados, ao mesmo tempo que as *fake news* foram um grande problema no momento da crise²⁴. Constatou-se que uma peça com orientações distribuída em 2016 foi reaproveitada na campanha de 2017; e a frase ‘Conheça histórias de vida devastadas por essas doenças’, nas produções de 2017, é, no mínimo, curiosa, pois nesse ano, a campanha ignorou os cuidados e passou a trabalhar com histórias de personagens reais que tiveram perdas e sequelas relacionadas com as arboviroses em questão.

Nota-se que a comunicação realizada pelo MS ainda se preocupa somente com a prevenção das doenças e segue o padrão campañista de 1920 para executar suas ações. As estratégias tradicionais de transmissão de informações verticalizadas e de orientações responsabilizadoras ignoram as diretrizes de uma comunicação educativa e promotora de saúde, o que, segundo Paulo Freire, não produz significações e transformações na vida dos indivíduos¹³. Na ótica da comunicação educativa, essas significações são imprescindíveis para que haja transformações significativas para superação dos agravos em saúde. A forma padronizada de realizar a comunicação ainda é o modelo tradicional, e não o baseado em uma educação emancipatória contando com um sujeito protagonista do seu saber.

Destaca-se que as ações não podem ser meramente preventivas, mas capazes de promover a saúde dos indivíduos, entendendo-se por promoção a capacitação da comunidade

para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde do próprio indivíduo e comunidade. Assim, a promoção da saúde deixa de ser uma responsabilidade só dos profissionais da saúde e passa a ser uma responsabilidade de todos, além de direcionar que o indivíduo busque uma vida saudável e o bem-estar individual e coletivo⁷.

Considerações finais

Não se percebeu uma comunicação educativa ou promotora de saúde nas campanhas analisadas. Mais uma vez, constataram-se a transmissão de informações e a imposição de orientações, distante daquilo proposto pela comunicação educativa, que pressupõe ações pensadas conforme as necessidades dos usuários. Estas sequer foram observadas nos cartazes no período analisado.

Ressalta-se que pensar ações de controle e combate a esses vetores, bem como de prevenção das arboviroses, perpassa, impreterivelmente, ações de informação e comunicação em saúde; e que estas sejam, ao mesmo tempo, educativas. Isso exige aos gestores e profissionais de saúde a elaboração de estratégias dialógicas que fomentem o agir comunicativo e a transformação das práticas cotidianas, além de uma visão holística do problema em questão, afinal de contas, a prevenção e o controle das arboviroses não dependem somente da eliminação dos criadouros do *Aedes*.

A concepção de campanhas com peças isoladas ou práticas comunicacionais centradas nos indivíduos e na realidade em que estes estão inseridos, bem como na efetiva transformação dessa realidade, não podem ser vistas como práticas educativas. Ademais, as campanhas produzidas pelo MS e aqui analisadas são apenas informativas.

A crítica ao fato de se tratar de uma peça com pouco espaço para o diálogo – afinal, trata-se de um material gráfico impresso – não impede que a linguagem, as imagens e as possibilidades de interação a partir do suporte sejam infinitas. Para isso, é preciso compreender que o público a quem se destina é composto por pessoas dotadas de direito e que podem e devem ser tratadas para além de uma recepção passiva de conteúdo.

Colaboradoras

Andrade NF (0000-0002-6137-4335)* elaborou o primeiro manuscrito do artigo, a partir de suas pesquisas durante a realização do mestrado profissional em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Prado EAJ (0000-0002-2731-5155)* contribuiu para as análises dos resultados brutos de campo, a partir da participação no grupo de estudos vinculado à pesquisa de origem ao projeto de mestrado. Albarado AJ (0000-0003-2519-7690)* contribuiu para os resultados e discussões do artigo e para a revisão final, a partir da participação no grupo de estudos vinculado à pesquisa de origem do projeto de mestrado. Sousa MF (0000-0001-6949-9194)* coordenadora geral do projeto de pesquisa que ancora o estudo, participou da revisão final do manuscrito e da formatação do referencial em Vancouver. Mendonça AVM (0000-0002-1879-5433)* contribuiu para a revisão final do manuscrito, apontamentos sobre os estudos referentes ao Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Universidade de Brasília (do qual é coordenadora), e ainda colaborou para as análises fruto do estudo de mestrado, do qual foi orientadora principal. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Duarte J, Veras L. Glossário de comunicação pública. Brasília, DF: Casa das Musas; 2006.
- Pessoni A. História da interface comunicação e saúde. In: Paulino FO, organizador. Comunicação e Saúde. Brasília, DF: Casa das Musas; 2009. p. 31-42.
- Brito BP. Dicionário de Propaganda [internet] 2007. [acesso em 2018 julho 8]. Disponível em: http://www.brenobrito.com/files/Dicionario_da_Propaganda.pdf.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Boletim semanal #10-Resposta da representação da OPAS/MS no Brasil para a epidemia do vírus da Zika e suas consequências [internet]. 2016. [acesso em 2017 ago 29]. Disponível em: paho.org/bra/images/stories/SalaZika/boletim%20quinzenal%2010%20zika.pdf?ua=1.
- Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica. Boletim epidem. [internet]. 2016 [acesso em 2017 set 3]; 47(27):1-10. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/30/2016-021.pdf>.
- Czeresnia D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 43-57.
- Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde [internet]. Brasília, DF: MS; 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde). [acesso em 10 jul 2015]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
- Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida. Bogotá, DF: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública; Universidad del Valle; Organización Panamericana de la Salud, 2004.
- Albarado AJ, Prado EJ, Mendonça AVM. Um, dois, três – gravando: as campanhas audiovisuais do Ministério da Saúde sobre dengue, chikungunya e Zika de 2014 a 2017. Reciis - Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [internet]. 2019 [acesso em 2019 set 7]; 13(1):1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1596>.
- Organización Panamericana de la Salud. Educación para la salud: un enfoque integral. Washington, DF: OPS; 1995. (Série HSS/SILOS, n. 37).
- Wolton D. Dominique. Informar não é comunicar. Porto Alegre: Sulina; 2010.
- Soares IO. Educomunicação: um campo de mediações. Comum. Edu. 2000; (19):12-24.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- Miranda A, Simeão E. A conceituação de massa documental e o ciclo de interação entre tecnologia e o registro do conhecimento. In: Nakayama H, organizador. Análise da informação. Brasília, DF: UnB; 2002.
- Ministério da Saúde. Campanhas [internet]. [acesso em 2017 ago 9]. Disponível em: portalms.saude.gov.br/campanhas.
- Vasconcelos WRM, Oliveira-Costa MS, Mendonça AVM. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016; 10(2):1-11.
- Mosquera Vásquez M. Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. Comminit, La iniciativa de la comunicación [internet]. 2003 [acesso em 2017 ago 9]. Disponível em: <http://www.comminit.com/en/node/150400>.
- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 19-42.

19. Bucci E. O Estado de Narciso: a comunicação pública a serviço da vaidade particular. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
20. Tóth M, Laro R. O potencial limitado das campanhas massivas de comunicação para a transformação de comportamentos sociais. In: Paulino FO, organizador. Comunicação e Saúde. Brasília, DF: Casa das Musas; 2009. p. 45-53.
21. Aguiar R, Araújo IS. A mídia em meio às 'emergências' do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. *Reciis - Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan 9]; 10(1):1-15. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1088>.
22. Kawano DR, Jardim ACA, Shimabukuron M, et al. Campanhas de combate ao *Aedes aegypti* na região amazônica: uma análise de atenção visual com o uso do eye tracker. *Sig. Consumo*. 2017; 9(2):106-120.
23. Backer TE, Rogers EM, Sopory P. Designing health communication campaigns: What works? Thousand Oaks: Sage Publications; 1992.
24. Henriques CM. A Surpresa e o Grito. In: Brasil. Ministério da Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. p. 15-25.
25. Turcato MA. Comunicação como Estratégia. In: Brasil. Ministério da Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. p. 47-49.

Recebido em 29/09/2019
Aprovado em 10/06/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Dietas saudáveis e sustentáveis no âmbito do sistema alimentar no século XXI

Healthy and sustainable diets in the context of the food system in the 21st century

Rozane Marcia Triches¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012622

RESUMO O objetivo deste ensaio foi o de realizar análise reflexiva sobre o tema das dietas sustentáveis, salientando a necessidade de debater o que seria uma alimentação adequada, dado o impacto ambiental do sistema alimentar atual. Inicia-se com uma digressão sobre a construção dessa temática para, na sequência, traçar paralelos entre dietas saudáveis e sustentáveis. Para tanto, utilizaram-se bases de dados e literatura cinzenta. O conceito de dietas sustentáveis vem sendo construído com o objetivo de agregar às preocupações nutricionais, culturais e econômicas, as questões ambientais que envolvem todo o sistema alimentar, pensando a garantia de Segurança Alimentar e Nutricional no presente e futuro. No entanto, as pesquisas realizadas têm mostrado a complexidade em conjugar todas essas preocupações na formulação de uma dieta adequada. Em linhas gerais, autores estudados concordam que uma alimentação com baixo impacto ambiental é geralmente consistente com uma boa nutrição. Porém, mesmo dentro desses padrões alimentares, haverá alguns alimentos mais sustentáveis do que outros, baseados em fatores da cadeia de suprimentos, dependendo de como e onde os alimentos foram produzidos, fabricados e transportados. O campo científico da nutrição e as diretrizes e políticas alimentares devem dar a devida consideração à sustentabilidade ao estabelecer metas voltadas para a nutrição saudável.

PALAVRAS-CHAVE Dieta. Alimentação. Desenvolvimento sustentável. Saúde pública. Meio ambiente.

ABSTRACT *The objective of this essay was to carry out a reflective analysis on the theme of sustainable diets, emphasizing the need to debate what would be an adequate diet, given the environmental impact of the current food system. It starts with a digression on the construction of this theme to, next, draw parallels between healthy and sustainable diets. For this purpose, databases and gray literature were used. The concept of sustainable diets has been built seeking to add nutritional, cultural and economic concerns to the environmental issues that surround the entire food system, thinking about the guarantee of Food and Nutrition Security in the present and future. However, pragmatically, research has shown the complexity in combining all these concerns in formulating an ideal diet. Overall, the study authors agree that a diet with low environmental impact is generally consistent with good nutrition. But even within these food patterns, there will be some foods that will be more sustainable than others, based on supply chain factors, depending on how and where food was produced, manufactured, and transported. The scientific field of nutrition and food guidelines and policies should give due consideration to sustainability when setting goals for healthy nutrition.*

KEYWORDS *Diet. Food. Sustainable development. Public health. Environment.*

¹Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Realeza (PR), Brasil.
rozane.triches@gmail.com



Introdução

O tema das dietas sustentáveis vem sendo muito debatido nas últimas duas décadas, principalmente nos países europeus, ao passo que, no Brasil, sejam poucos os estudos existentes até o momento¹. Embora as questões relativas à soberania e segurança alimentar e nutricional, desenvolvimento sustentável, agroecologia, agricultura familiar, entre outros tópicos, estejam sendo abordadas mais enfaticamente na academia brasileira, o papel da dieta e do consumo alimentar na sustentabilidade e no direcionamento do sistema alimentar ainda permanece periférico¹.

O desafio alimentar para o século XXI é bastante complexo e vai além de pensarmos apenas a saudabilidade das dietas. A alimentação vem tomando uma dimensão que afeta a nossa própria existência no planeta. As expectativas são que em 2050 já sejamos mais que 9 bilhões de habitantes e que o sistema alimentar se reproduzido nos moldes atuais não dará conta desse incremento, considerando a espoliação dos recursos naturais como água, solo e energia fóssil.

Nesse sentido, três paradoxos vêm sendo explorados. O primeiro, diz respeito à inabilidade que o sistema alimentar tem de oferecer alimentação adequada às pessoas. Há 868 milhões de pessoas que não têm acesso suficiente à comida e 1,5 bilhões que têm excesso de peso. O segundo pontua que quase 50% do que estamos produzindo está alimentando carros e animais. Um terço do que produzimos de alimentos vira ração, sendo que 40% da produção mundial de grãos é para essa finalidade (97% da soja e 40% dos cereais produzidos no mundo) e em torno de 7% torna-se biocombustível². Finalmente, o terceiro ponto diz respeito à quantidade de alimentos desperdiçados que, segundo a Food and Agriculture Organization (FAO)³ somam em torno de um terço da produção, o que poderia estar alimentando quatro vezes o número de pessoas que passam fome no mundo.

Outro ponto importante é que a pegada ecológica, que mede o uso de superfície de

terra e água biologicamente produtivas, necessárias para produzir recursos e absorver resíduos⁴, atual é referente a um planeta e meio. Portanto, usa-se mais do que a possibilidade de regeneração dos recursos naturais, e a tendência para 2050 é de alcançar três planetas. Rockström et al.⁵ já indicavam em 2009 que já havíamos ultrapassado três limites planetários, dentro dos quais espera-se que a humanidade possa operar com segurança: o limite das mudanças climáticas, o da taxa de perda de biodiversidade e o das mudanças no ciclo global do nitrogênio.

Tal constatação se liga diretamente com o sistema alimentar, visto que a produção de alimentos atual é responsável por 20 a 30% da emissão de Gases do Efeito Estufa (GEE); cerca de 24% da área fértil apresenta uma ou outra forma de degradação do solo em função do modelo agrícola adotado; a utilização de terras para cultivos de monoculturas e de pecuária tem gerado o desflorestamento e perda de grande parte da biodiversidade; e a água está sendo contaminada, incluindo a água do mar, levando a desequilíbrios no ambiente marinho. No entanto, não só a produção de alimentos gera problemas ambientais, mas também os processos envolvidos com a cadeia de abastecimento, como o transporte, processamento e preparação de alimentos, bem como o desperdício e o lixo gerado^{6,7}.

Voltando o olhar para o Brasil, segundo os Indicadores de Desenvolvimento Sustentável do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸, o País está entre os dez maiores emissores de GEE para a atmosfera, além de estar destruindo a vegetação natural e ameaçando a extinção de espécies, com destaque para o desmatamento da Amazônia e as queimadas no cerrado, e contaminando rios por efluentes domésticos e industriais.

A partir desse contexto, é necessário repensar o consumo de alimentos e, principalmente as dietas. O sistema alimentar não tem sido delineado para favorecer a saúde pública e o meio ambiente. No entanto, pode ser influenciado pelo consumo, pois o que e o quanto comemos

impacta diretamente o que e quanto produzimos. Portanto, é necessário que se reflita sobre o que são dietas adequadas diante do contexto atual e futuro. Ou seja, o que seriam dietas adequadas no século XXI?

Para tentar responder a esta pergunta, o objetivo deste ensaio foi o de realizar análise reflexiva sobre o tema das dietas sustentáveis, salientando a necessidade de debater o que seria uma alimentação adequada dado o impacto ambiental do sistema alimentar atual. Inicia-se com uma digressão sobre a construção dessa temática para, na sequência, traçar paralelos entre dietas saudáveis e sustentáveis. Este ensaio é baseado em uma síntese narrativa de publicações científicas e literatura cinzenta de uma gama interdisciplinar de bases de dados.

O que são dietas sustentáveis?

Nesta seção, o objetivo é o de identificar o surgimento e a definição do termo 'dietas sustentáveis' na literatura com base nos autores e organizações que vêm tentando compreendê-lo. Por ser um tema novo, seu conceito ainda está em fase de construção e aprofundamento, tanto teórica como empiricamente.

O primeiro trabalho publicado a utilizar o termo dietas sustentáveis foi escrito por Gussow e Clancy em 1986⁹ no 'Journal of Nutrition Education', com o título 'Dietary Guidelines for Sustainability'. As autoras arguíam que já não era suficiente para a educação nutricional oferecer informações sobre a relação entre saúde humana e escolhas alimentares, pois os consumidores instruídos precisavam fazer escolhas alimentares que não só melhorassem a sua própria saúde, mas também contribuíssem para a proteção dos recursos naturais. Nesse sentido, sugeriram o termo 'dietas sustentáveis', relacionando-o à 'agricultura sustentável', considerando que sustentabilidade estaria associada com qualquer coisa capaz de se manter dentro de sistemas naturais em um futuro previsível.

Assim, uma agricultura sustentável seria aquela que usa recursos humanos e naturais para produzir alimentos e fibras de maneira conservadora, isto é, de uma maneira que não se desperdicem recursos finitos, como o solo, água e energia fóssil. Em outro estudo publicado em 1989 por Herrin e Gussow¹⁰, as autoras se propõem a discutir uma dieta regional sustentável, defendendo a ideia do consumo de alimentos produzidos localmente.

Já na década de 1990, Feenstra¹¹ retoma o argumento de que a construção de um sistema alimentar sustentável e seguro começa conectando os sistemas alimentares locais com a construção de uma comunidade saudável, chamando a atenção para o termo Nutrição Ambiental. Tal termo estaria relacionado à ideia de que as escolhas alimentares têm consequências e podem fazer diferença na forma em que os recursos naturais são usados. Wahlqvist et al.¹² utilizam o termo Econutrição para fazer alusão à importância da variedade alimentar e biodiversidade para a saúde e para o ambiente.

No final da década de 1990, Erdmann et al.¹³, usando o termo consumo alimentar sustentável, defendiam que o mesmo era baseado em quatro dimensões: econômica, ambiental, saúde e social. No entanto, eles não davam nenhuma orientação sobre como essas facetas deveriam ser ponderadas ao colocar em prática o consumo sustentável de alimentos. Tentando tratar de forma pragmática, Leiztmann¹⁴ afirmava que o consumo sustentável de alimentos deveria ser definido como a preferência por dietas sem carne ou com quantidades reduzidas, juntamente com alimentos orgânicos, regionais e sazonais minimamente processados, embalados ecologicamente, preparados com bom gosto e comercializados com justiça.

Mas retomando o termo dietas sustentáveis, o estudo de Wallén et al.¹⁵ perguntava: o que torna uma dieta sustentável? Os autores citavam um artigo na revista sueca 'New Scientist' de 1997, que definia dietas sustentáveis como aquela que usava eficientemente a energia. Porém, esses autores criticavam tal simplificação, e sua definição de dieta

nutricionalmente sustentável seria aquela que fornecesse a quantidade necessária de nutrientes e energia para manter uma boa saúde, além de considerar o aspecto ambiental, que poderia ser medido a partir de uma série de critérios, como uso da terra, gestão de resíduos, emissão de GEE, ou diversidade biológica.

A partir desse momento, segundo Weber e Matthews¹⁶, estudos vinham demonstrando que os produtos de origem animal, principalmente carnes vermelhas, eram os gêneros com maiores impactos ambientais. Portanto, os mesmos autores relatavam que comer menos carne vermelha e produtos lácteos seria uma maneira mais eficaz de reduzir esses impactos do que comprar alimentos locais.

No entanto, um artigo de 2011 escrito por Burlingame e Dernini¹⁷ defendia que o conceito de dietas sustentáveis teria sido negligenciado por muitos anos, desde sua criação em 1986 por Gussow e Clancy⁹, e que o processo de globalização alimentar e o aumento da produção de sistemas agrícolas desconsiderara a sustentabilidade dos ecossistemas. Portanto, o interesse em dietas sustentáveis estaria sendo retomado por sociedades científicas internacionais e instituições de vários governos europeus. Estavam se referindo ao debate sobre sustentabilidade em 2010, onde a FAO cunhou o conceito de 'Dietas Sustentáveis':

São aquelas com baixo impacto ambiental que contribuem para a segurança alimentar e nutricional e para uma vida saudável das gerações futuras. As dietas sustentáveis são protetivas e respeitadoras da biodiversidade e dos ecossistemas, culturalmente aceitáveis, economicamente acessíveis e justas, nutricionalmente adequadas, seguras e saudáveis, enquanto otimizam recursos naturais e humanos¹⁸⁽⁷⁾.

A defesa das dietas sustentáveis^{18,19} advém da integração dessa noção com a abordagem da cadeia alimentar, ou seja, 'levar a biodiversidade da fazenda para o prato'. Essa integração deveria guiar um esforço intersetorial inovador para contrabalançar a simplificação das dietas,

a perda de biodiversidade e a degradação dos ecossistemas e evitar mais erosão das culturas alimentares. Como tal, a definição reconhece o papel da nutrição para uma vida saudável, agora e no futuro, enfatizando a dimensão de tempo na compreensão da segurança alimentar. Também sublinha o papel do consumo sustentável como motor da produção sustentável.

Porém, para Meybeck e Gitz²⁰, a definição da FAO não envolve o sistema alimentar diretamente, e, portanto, os autores propõem outra definição:

Uma dieta sustentável é uma dieta que contribui para o bom estado nutricional e a boa saúde no longo prazo do indivíduo/comunidade e isto contribui para e é ativado por sistemas alimentares sustentáveis, contribuindo assim para a segurança alimentar e nutricional no longo prazo²⁰⁽³⁾.

Os autores defendem que essa definição relaciona explicitamente as duas noções e transforma as dietas sustentáveis em um conceito e também em um objetivo: transformar o sistema alimentar para alcançar segurança alimentar e nutricional.

Para Mason e Lang²¹, o termo se refere a ambos, saúde e ambiente, e contém uma multiplicidade de metas para uma alimentação saudável, de forma a causar o menor impacto ambiental, indo ao encontro da questão cultural e socioeconômica. No entanto, para os autores, essa abordagem é bastante complexa. Concordam com outros autores⁶ que sustentabilidade é um conceito que significa diferentes coisas para diferentes pessoas e que ele pode ser tratado de forma suave ou mais contundente. Assim, ao decidir consumir um alimento por alguma característica mais saudável ou sustentável, está se fazendo uso de um conceito suave de sustentabilidade. Já por outro lado, se a escolha for a de mudar rigorosamente o que se come diariamente sob todos os aspectos do que se considera sustentável, já é um uso mais enfático do que se considera um comportamento sustentável.

Somada a essa complexidade, está o que se entende por dieta ou alimentação. Comida não é apenas algo que se faz uso para sobreviver, mas também é um ato cultural, onde as escolhas, os gostos, os hábitos delineiam o que se pode comer, o que é preferido, o que é cotidiano, de acordo com a religião, etnia, região etc. Também envolve o aspecto econômico, pois os preços, a renda, o acesso são determinantes dos produtos que compõe a alimentação. As dietas, portanto, ampliam a perspectiva de algo comestível para outra mais abrangente, dado que ela se define pela quantidade total de ingestão de alimentos durante um período de tempo. Portanto, Mason e Lang²¹ chamam a atenção para o fato que ela diz respeito a um padrão, hábito, aculturação que se delinea com o tempo.

Quando se juntam dois termos complexos, dietas e sustentabilidade, obviamente, a complexidade aumenta. Assim sendo, falar de dietas sustentáveis no Brasil é diferente de falar disso em outros países. O que seria uma dieta sustentável aqui, considerando a cultura, a região, a religião, a renda, o ambiente, não será uma dieta sustentável no Reino Unido, pois essas características são variáveis. Dessa forma, as análises, os indicadores, os dados para medir a sustentabilidade das dietas são diferentes nos diferentes locais.

Salientar a complexidade do tema visa a não cair na armadilha do simplismo e do cartesianismo, estudando partes separadas de um sistema que funciona interligado. No entanto, em uma tentativa de esclarecer melhor o que seriam dietas sustentáveis, tentou-se entender melhor suas dimensões, pautando-se nos quatro domínios – saúde, economia, sociedade e meio ambiente – de um sistema alimentar sustentável²². As dietas sustentáveis dialogariam com essas dimensões, quando se advoga que devam ser culturalmente aceitáveis, i.e., dimensão social; acessíveis e justas – dimensão econômica; seguras, nutritivas e saudáveis – dimensão da saúde; e protetivas e respeitadoras da biodiversidade e dos ecossistemas – dimensão ambiental. Além

dessas dimensões, a definição da FAO e de outros autores que vêm estudando a temática²³ adicionam a agricultura como um quinto determinante ou uma quinta dimensão.

Tais cinco dimensões ou determinantes devem ser entendidos como interconectados e, seguindo a argumentação de alguns autores^{6,20-24}, correspondem a um conjunto de questões. A dimensão da saúde está relacionada com o sistema alimentar, pois depende dele para ter disponibilidade de alimentos em quantidade suficiente e de qualidade. Nosso organismo precisa de determinado volume de nutrientes específicos que só podem ser alcançados quando a sociedade tem um sistema que os produz. No momento em que esse sistema passa a produzir menos diversidade de alimentos, com menor qualidade nutricional e com maior densidade energética, a saúde é prejudicada em função das deficiências de determinados nutrientes ou substâncias ou excesso de outros.

Portanto, as altas prevalências de excesso de peso, obesidade, desnutrição, anemia, diabetes, doenças cardiovasculares e outras patologias que países desenvolvidos, mas principalmente pobres, vêm sofrendo revelam que a disponibilidade de alimentos do sistema alimentar atual está em dissonância com a saúde pública. A produção, processamento e distribuição dos gêneros alimentícios tem se tornado um risco às dietas, já que os produtos mais acessíveis em termos de preços são, frequentemente, os menos saudáveis e nutritivos, afetando particularmente a população mais vulnerável. Por outro lado, o sistema alimentar pode afetar e ser afetado por questões ambientais que culminam com prejuízos à saúde, como, por exemplo, a dificuldade de acesso à água potável e a perda da biodiversidade^{6,20-24}.

A dimensão econômica está implicitamente vinculada com a saúde, como já referenciado. Nações mais ricas e com melhor distribuição de renda tendem a proporcionar à sua população mais condições de acessar alimentos em quantidades suficientes e com qualidade nutricional superior. No entanto, isso não pode

ser considerado uma regra, já que problemas de saúde consequentes da dieta estão aumentando nesses locais também. Além do acesso, a dimensão econômica também abrange as políticas econômicas internacionais e nacionais. Um exemplo são os subsídios dados em determinados países para produtos como grãos para aumentar a sua produção e processamento, tornando-os mais baratos e competitivos no mercado global, mas, invariavelmente, menos nutritivos e que são depois vendidos a países mais pobres. Essa política não só prejudica pelo tipo de produto ofertado, mas também pelo prejuízo causado às economias locais dos países receptores^{6,20-24}.

A relação das dietas sustentáveis com as questões socioculturais é determinante. A religião, em alguns locais do mundo, é fortemente influenciadora no que diz respeito às prescrições e proscições alimentares, a exemplo da Índia, onde o hinduísmo delinea uma dieta mais propensa ao vegetarianismo. No outro extremo, países da América Latina, como Uruguai, Argentina são mais aderentes a uma dieta mais rica em carnes, não por questões religiosas, mas por uma geografia propícia à criação de animais. Já no México, Peru, Bolívia, pode-se verificar o hábito ancestral do uso substancial de cereais, como o milho.

No entanto, atualmente, a cultura tem sido fortemente moldada pela mídia e os padrões alimentares têm se tornado cada vez mais homogeneizados e com menor diversidade de produtos. Alimentos básicos e que faziam parte da cozinha de determinados povos foram perdendo espaço para produtos industrializados e altamente processados. Exemplo disso são as comidas típicas brasileiras, como a mandioca, o arroz e o feijão, trocadas por *fast food* e outros produtos mais práticos e com maior apelo midiático^{6,20-24}.

A dimensão ambiental das dietas sustentáveis está associada com o impacto do que comemos no desequilíbrio do ecossistema e vice-versa, como uma via de mão dupla. As escolhas alimentares de uma população influenciam o quanto usamos de recursos

finitos, como água, terra e produtos fósseis para produção de energia e insumos químicos, no sistema alimentar e quanto esse processo libera de gases tóxicos, reduz a biodiversidade, produz de lixo e contamina solos e água. Nesse sentido, as práticas de produção e consumo de alimentos estão colocando pressões sem precedentes sobre o ambiente natural e alterando os ecossistemas onde as pessoas vivem, o que acaba afetando profundamente suas dietas. O uso insustentável desse capital natural leva a problemas ambientais que se refletem na instabilidade climática e, por sua vez, na produção de alimentos. Escassez ou excesso de chuvas, por exemplo, afetam as culturas agrícolas, inviabilizando colheitas e aumentando consideravelmente os preços dos alimentos, o que toca no quesito da acessibilidade econômica, já discutida^{6,20-24}.

Finalmente, para fechar a interrelação entre os diferentes domínios do que seria considerada uma dieta sustentável, está a agricultura. A decisão do que produzir, quanto e como não tem respeitado princípios de saúde e sustentabilidade, mas tem, essencialmente, objetivado lucros econômicos. Tem-se tratado a agricultura como produtora de *comodities* agrícolas, como setor econômico responsável pela produção de riqueza dos países e objetiva-se melhorá-la a partir de incrementos de produtividade, substituindo ou se apropriando da natureza. A revolução verde foi um reflexo dessa perspectiva, com o aumento de tecnificação e da industrialização do campo. Nessa trajetória, pouca atenção foi dada a suas consequências na saúde pública e na sustentabilidade do sistema do ponto de vista social e ambiental.

Portanto, produzem-se mais alimentos não saudáveis do que saudáveis, de forma que estes últimos se tornam mais inacessíveis e os primeiros impõem-se como padrão cultural. Além disso, a forma de produzir do sistema agroalimentar está assentada no uso indiscriminado dos recursos naturais sem nenhum pagamento ambiental pelos danos criados. A erosão do solo, a contaminação das águas, a perda da biodiversidade, o uso indiscriminado

de fertilizantes e pesticidas são alguns dos problemas causados pelo sistema convencional.

Novas formas de produzir são imperativas, indicando a necessidade de modelos agroecológicos de agricultura. Além da produção de alimentos, o sistema alimentar é composto por uma cadeia de processos que envolvem o transporte, processamento, embalagem e preparo. Essas fases, a depender do produto que se está considerando, podem emitir altas quantidades de GEE^{6,20-24}.

Portanto, o conceito de dietas sustentáveis sugere que elas devem ser constituídas de forma a ter o potencial de recalibrar o atual sistema alimentar, que compromete a capacidade de produzirem alimentos no futuro e pode trazer efeitos irreversíveis no ecossistema e na saúde. É importante reconhecer que o mito do século XX de que os humanos poderiam comer o que e quanto quisessem sem consequências para ninguém a não ser para si mesmos, deve ser derrubado, pois o planeta tem seus limites^{6,21}.

Dietas sustentáveis e saudáveis são convergentes?

Na literatura internacional, alguns autores^{6,21,25} têm tentado responder esta pergunta – dietas saudáveis são também dietas sustentáveis ou quais os pontos de concordância e discordância? E qual o alinhamento das dimensões socioculturais e econômicas?

Segundo as diretrizes nutricionais²⁶, o grupo de alimentos que deveria compor a maior parte da dieta, seja por seu conteúdo em energia – cereais, tubérculos e derivados – ou por seu conteúdo de vitaminas, minerais e fibras – hortaliças e verduras –, seriam os alimentos vegetais. Recomenda-se que esses produtos sejam consumidos, preferencialmente, de forma integral e não refinada, dado seu conteúdo de fibras e seus benefícios à saúde e prevenção de doenças. Em relação ao ambiente,

esses alimentos, i.e., milho, trigo, batatas, têm demonstrado baixo impacto ambiental, pois têm baixa emissão de GEE, com exceção do arroz, que requer irrigação e gera altos níveis de metano²⁵. No entanto, algumas culturas recebem altas concentrações de fertilizantes e agrotóxicos e ainda se constituem como grandes monoculturas, a exemplo do milho e do trigo no País²⁷, o que pode prejudicar uma gama de serviços ecossistêmicos²⁸.

A dimensão socioeconômica desse grupo de alimentos ainda é pouco investigada, mas, segundo Garnett⁶, merece mais atenção. Nesse sentido, há que se salientar a perda do patrimônio genético das sementes com o advento da transgenia e da monocultura. O mercado de sementes tem se tornado cada vez mais monopolizado, visto que apenas quatro empresas dominam esse mercado no mundo²⁹, revelando elevado grau de insustentabilidade econômica e sociocultural de seus produtos.

Em relação às frutas e hortaliças, verifica-se que produtos menos sensíveis, como cenoura, beterraba, maçã etc. produzem menos GEE. Assim, as que precisam mais cuidados pela sua fragilidade, como as que necessitam de proteção para ser produzidas, como tomates, morangos, ou que necessitam refrigeração, como as folhosas, produzem mais GEE²⁵. Por outro lado, essa não é única preocupação, pois algumas variedades precisam de mais água ou são mais suscetíveis a pragas, levando ao maior uso de agrotóxicos. Segundo Kramer et al.³⁰, analisando o consumo holandês, o grupo de cereais, tubérculos, frutas, hortaliças contribuíam com 55% da emissão de óxido nitroso (N₂O) das compras de alimentos. Segundo os autores, a produção e aplicação de fertilizantes nitrogenados sintéticos na agricultura são responsáveis por grande parte das emissões de N₂O nos ciclos de vida dessas categorias.

Outra discussão muito realizada na literatura é a produção local e sazonal dos alimentos, considerando que ambos afetariam o impacto ambiental. Segundo Garnett⁶, observações identificaram que produções locais fora de época podem emitir mais gases do que as

produzidas sazonalmente em outros locais, indicando que o fator sazonalidade é mais importante que o fator localização. Já no que tange ao uso de energia, frutas e verduras produzidas fora do País e transportadas por navio ou avião podem chegar a ter um uso energético em torno de 65% a mais do que o necessário, no caso da produção de carne de gado²⁵.

É também importante frisar que muitos desses produtos acabam sendo desperdiçados, talvez porque sejam altamente perecíveis, mas principalmente porque não estão sendo consumidos. Pesquisa realizada no Brasil³¹ tem identificado, nas últimas décadas, um declínio no consumo de hortaliças e frutas, sinalizando que apenas 10% da população tem consumido a quantidade indicada pela Organização Mundial da Saúde.

Em relação às questões socioeconômicas, o Brasil é um grande produtor dessas hortifrutis, em boa parte, cultivadas por agricultores familiares, tendo se destacado como um exportador de frutas tropicais como uva, manga, banana, abacaxi, entre outros³². Além disso, frisa-se a diversidade desses produtos em todo território nacional³², configurando-se alimentos superiores do ponto de vista das dietas sustentáveis.

Já os produtos de origem animal, como carnes, peixes e derivados, ricos em proteínas, ferro, zinco, riboflavina, vitamina B12, vitamina A e vitamina D, também são fontes importantes de ácidos graxos saturados, o que estaria associado a doenças cardiovasculares. Além disso, estudo³³ indica que alto consumo de carne vermelha e processada em combinação com uma baixa ingestão de fibra alimentar tem sido associada com o aumento do risco de câncer colorretal.

Além disso, esse grupo de alimentos, principalmente as carnes, têm sido responsabilizados como os campeões no que tange aos impactos ao meio ambiente. As carnes são o principal grupo de alimentos investigados pelos pesquisadores, especialmente a vermelha. Em pesquisa na Holanda³⁰, o consumo doméstico de carnes e leites respondeu por 85% da emissão de gás metano na atmosfera e em torno de 45% de

emissão de dióxido de carbono (CO₂), confirmando o impacto desse produto no ambiente em conjunto com outros estudos^{33,34}.

A pecuária e a agricultura são responsáveis por 70% do consumo de água doce no planeta, sendo que, a maior parte é usada para irrigar cereais, oleaginosas ou leguminosas, i.e., soja, girassol, algodão, linhaça etc., que são, por sua vez, usadas como alimentos e proteínas na alimentação do gado. Além disso, a água doce é usada para hidratar o gado, limpar estábulos, salas de ordenha e abatedouros³⁵. Em relação ao uso da terra, estudo³⁴ revela que as carnes, principalmente a de gado, utilizam em torno de 27 a 49 m² para produzir um quilo do produto.

Ainda, as carnes não são eficientes conversoras de calorías. Como os animais são alimentados por ração, são necessários grandes aportes de grãos para seu desenvolvimento. Portanto, se os animais fossem considerados ‘máquinas de produção de alimentos’, essas máquinas acabariam sendo extremamente poluentes, por ter um alto consumo e ser muito ineficientes. Quando leguminosas são transformadas em proteínas animais, a maioria das proteínas e energia contidas nos vegetais é desperdiçada, já que os vegetais consumidos como ração são utilizados pelos animais para seus processos metabólicos, assim como para construir tecido como ossos, cartilagem, miudezas e fezes³⁵.

Segundo Peters et al.³⁶, o consumo global de carne e outros produtos animais aumentou ao longo da segunda metade do século XX e provavelmente continuará a aumentar no futuro, projetando-se que o consumo cresça 65% entre 1993 e 2020, i.e., de 184 para 303 milhões de toneladas métricas.

Em relação aos aspectos socioeconômicos e culturais, no Brasil, essa questão fica ainda mais complicada, já que a cultura alimentar é baseada na carne, e o País se destaca como um dos maiores consumidores, produtores e exportadores mundiais de carne bovina, aves e suínos³⁷. Também há que se pontuar a importância que o País tem na produção de grãos, como milho e soja para exportação,

que tem por finalidade a confecção de ração para animais. Sendo o agronegócio um dos principais motores da economia brasileira, há um grande paradoxo no País no que tange à carne. Por um lado, depende-se dela para gerar riqueza, embora, por outro lado, sua produção e consumo causem grandes danos ao ambiente³⁰.

Em relação ao consumo de peixes e frutos do mar, há muitas evidências científicas que indicam os benefícios para a saúde no que diz respeito ao seu conteúdo de proteínas, micronutrientes e, especialmente, ácidos graxos ômega 3 – de melhor biodisponibilidade do que em outras fontes –, relacionados a efeitos protetores que têm demonstrado contra doenças cardíacas e outras patologias⁶. No entanto, estudos^{6,35,38} indicam que os estoques marinhos estão diminuindo e que não há peixes suficientes para alimentar o mundo segundo as orientações dietéticas, o que acabou por colocar as recomendações dietéticas para a ingestão de peixe como o conflito mais amplamente reconhecido entre saúde e sustentabilidade ambiental. Mitchell³⁹ advoga que o consumo de frutos do mar deve ser diversificado, já que 80% dos peixes que os europeus compram são de apenas cinco espécies. Além disso, deve-se melhorar a gestão da cadeia de fornecimento para reduzir o desperdício, que pode responder por até 50% da oferta desses produtos.

Juntamente com carnes, leguminosas, ovos e derivados estão os laticínios – leites e derivados –, que também respondem como fontes de proteínas e outros micronutrientes, principalmente o cálcio e também a vitamina B12. No entanto, assim como a carne, o leite também produz elevadas quantidades de GEE, causando danos ambientais, como já visto acima. Porém, evidências em países europeus de que o leite é uma fonte barata de vitamina B12 e riboflavina e tem um balanço favorável entre a densidade de nutrientes e o impacto ambiental, tem sugerido seu consumo moderado⁴⁰.

Já os alimentos ricos em gorduras e açúcares e pobres em nutrientes, relacionados com problemas de obesidade e de Doenças

Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), têm impacto ambiental considerado baixo, embora, em alguns casos, como a produção de cana de açúcar, haja uma grande necessidade hídrica e deflorestação – como é o caso do Brasil desde o seu descobrimento. Há também o uso de milho para produção de glicose, e nesse caso, como já discutido anteriormente, há o uso indiscriminado de agrotóxicos, além do uso de grandes extensões de terra. Assim também pode-se dizer do cacau e do café. Do ponto de vista nutricional, esses produtos não são indispensáveis, e o seu excesso pode causar doenças, o que leva a concluir que o uso que fazem de recursos naturais, como água, terra e energia, são desperdiçados⁴¹.

Em estudo dinamarquês⁴², cerveja, vinho e álcool contribuem com 9%; doces, com 7%; e café, chá e cacau, com 6% do total de GEE da dieta média. No agregado desses produtos, a dieta dinamarquesa contribuiria com 22% de GEE só com esse tipo de produto, o que representa mais da metade da participação de 37% da carne. Simulações feitas revelaram que reduzir tal consumo pela metade seria tão eficiente quanto reduzir o consumo de carne em 30%, no que diz respeito às emissões de GEE.

Por outro lado, há as questões culturais e socioeconômicas, pois esses alimentos fazem parte da cozinha brasileira e são altamente prazerosos. Além do que o Brasil é também um grande produtor e exportador desses gêneros. Por seu turno, essa produção é muitas vezes caracterizada como grandes monoculturas e latifúndios que, mormente, fazem uso de mão-de-obra barata para o trabalho rural. Há que se salientar que muitas vezes o produto é exportado em sua forma bruta para outros países, não fomentando a indústria processadora geradora de empregos, de tecnologias e de valor agregado⁴³.

Essas evidências científicas indicam uma congruência entre dietas saudáveis e sustentáveis, pois, em linhas gerais, mostram que alimentos que devem ser os mais consumidos, i.e., vegetais, também são os que menos impactam o ambiente e vice-versa. Porém,

estudos^{44,45} descobriram que a mudança para uma dieta mais saudável não resulta automaticamente em menor impacto ambiental. Estudo de Macdiarmid et al.⁴⁶ destacou que as recomendações dietéticas para a saúde se baseiam principalmente nas exigências nutricionais, que podem ser alcançadas por meio de várias combinações de alimentos, enquanto o impacto ambiental está associado à redução do consumo de alimentos específicos, como, por exemplo, carne e laticínios.

Segundo os autores, existem sinergias aqui, já que, por exemplo, uma redução na ingestão de carne e produtos lácteos pode beneficiar a saúde, porque, juntos, esses produtos contribuem com 0,50% da ingestão total de ácidos graxos saturados na dieta do Reino Unido, e um alto consumo de carne vermelha e processada tem sido associada ao câncer. No entanto, qualquer redução nesses alimentos precisa ser considerada no contexto de toda a dieta para garantir que as substituições feitas sejam apropriadas para a saúde. Se isso não for observado e o enfoque se transformar em apenas reduzir GEE, os produtos de origem animal podem ser substituídos por produtos mais baratos, com alto teor de gordura ou açúcar, que tendem a ter menos GEE do que produtos baseados em animais, prejudicando o aspecto da saúde.

Além disso, Carlsson-Kanyama e González²⁵ mostram que uma refeição vegetariana com legumes importados poderia usar mais energia e causar maiores emissões de equivalentes de dióxido de carbono do que uma refeição produzida domesticamente à base de carne. Portanto, a discussão não pode ser generalizada, pois onde, como e quando os alimentos são produzidos, são fatores importantes.

Assim sendo, dietas sustentáveis propõem harmonizar as duas preocupações de saúde e ambiente, conciliando-as com as questões econômicas e culturais na escolha dos alimentos que compõem a alimentação diária. Nesse sentido, iniciativas com novas diretrizes e guias nutricionais vêm sendo criadas ao redor do mundo, como a dupla pirâmide do Instituto Barilla⁴⁷, o guia alimentar brasileiro²⁶

e as recomendações nutricionais do Qatar⁴⁸, Suécia e Alemanha⁴⁹, reforçando a necessidade de pensarmos nas dietas de forma mais complexa que apenas o aspecto nutricional e de saúde.

Considerações finais

Em nível teórico, a definição de dietas sustentáveis vem sendo construída conjugando fatores que já existiam, enquanto preocupações, como os aspectos nutricionais, socioculturais, econômicos, a outros que se ligam ao sistema agroalimentar e ao meio ambiente. No século XXI, o que comemos tem grandes impactos ambientais para que continuemos alheios a essas consequências. Nesse sentido, esses resultados estão ligados ao alcance presente e futuro da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), já que se continuarmos no ritmo atual, há grandes riscos de sofrermos com a falta de recursos naturais e de mudanças climáticas que afetarão a produção de alimentos.

O momento para garantir um suprimento sustentável de alimentos para as gerações futuras deve ser pensado seriamente, já que, sem mudanças, o sistema alimentar global continuará a degradar o meio ambiente e comprometerá a capacidade mundial de produzir alimentos no futuro, além de contribuir para a mudança climática e a destruição da biodiversidade. Um grande desafio para ajudar a resolver esse problema é equilibrar a demanda futura e a oferta de produtos agrícolas, o que inclui a necessidade de mudar as dietas das pessoas para escolhas alimentares mais sustentáveis. Assim, aos desafios da fome e das deficiências nutricionais por um lado, e ao do sobrepeso e DCNT por outro, soma-se o desafio de pensarmos na alimentação relacionando-a à sustentabilidade para que possamos no futuro termos garantia de SAN.

No nível pragmático, é provável que não exista uma dieta sustentável, mas sim uma série de padrões alimentares mais sustentáveis do que outros. Tomando por exemplo a

proteína, existem valores de referência dietéticos para ingestão que podem vir de proteínas animais ou vegetais, mas a escolha feita irá variar significativamente em termos de impactos ambientais.

Nesse sentido, não se pode presumir que uma dieta saudável que atenda aos requisitos de nutrientes terá necessariamente menos emissões de gases, uso de terra, água e energia, uma vez que dependerá das escolhas de alimentos específicos da dieta. Mesmo dentro desses padrões alimentares, haverá alguns alimentos mais sustentáveis do que outros, baseados em fatores da cadeia de suprimentos, dependendo de como e onde os alimentos foram produzidos, fabricados, transportados, preparados e consumidos. Essa variação também é evidente dentro do mesmo grupo de alimentos, ou seja, não é o produto em si o problema, mas o processo pelo qual ele passou do campo ao prato, como método de cultivo intensivo ou extensivo, região geográfica – Brasil ou outros países –, método de transporte por fretes aéreos ou embarcados e condições de crescimento i.e, ao ar livre ou em estufas.

Em linhas gerais, os autores estudados concordam que uma dieta com baixo impacto ambiental é geralmente consistente com uma boa nutrição. As dietas mais sustentáveis conteriam elevada proporção de plantas e baixa proporção de animais e seriam extremamente heterogêneas. Tudo isso é precisamente o que os nutricionistas modernos defendem: alto teor de fibras e micronutrientes; a maior parte da energia de carboidratos; proteína modesta; baixa gordura saturada; uma variedade de gorduras insaturadas. Do ponto de vista cultural, as grandes cozinhas do mundo são ricas em cereais – cereais, leguminosas, tubérculos –, fazem o uso do máximo de frutas e legumes disponíveis, são poupadores no uso de carne, usada como guarnição, principalmente em festas; e são tão diversas quanto possam ser concebidas.

A compreensão sobre o impacto ambiental das escolhas alimentares está aumentando, mas o maior desafio continua sendo mudar a atual dieta não saudável e insustentável. Reconhece-se que mudanças substanciais também precisarão ser feitas nas práticas agrícolas e na indústria de alimentos para mudar o ambiente alimentar, mas isso não deve ser visto como uma alternativa para os indivíduos não mudarem seus padrões alimentares, pois é necessária ação em todos os setores.

Por fim, ainda não é conhecido e, conseqüentemente, não se está atualmente em condições de dar orientações claras aos consumidores sobre essa questão. É uma problemática complexa e multifatorial e requer uma abordagem baseada em evidências para resolver. Além disso, é importante que os nutricionistas da saúde pública continuem a expressar a necessidade de que fatores de sustentabilidade e de saúde sejam considerados em conjunto, a fim de garantir um suprimento de alimentos sustentável e saudável para as gerações futuras.

Embora os nutricionistas estudem a conexão entre orientação alimentar e saúde humana há décadas, estão apenas começando a explorar a conexão entre orientação alimentar e proteção ambiental. De fato, diretrizes e políticas alimentares baseadas em alimentos devem dar a devida consideração à sustentabilidade ao estabelecer metas voltadas para a nutrição saudável. Já foi dado o primeiro passo com o guia alimentar brasileiro, mas precisamos avançar tanto em pesquisa como em políticas e ações que fomentem mais conhecimentos e mais práticas em prol da saúde e da sustentabilidade.

Colaboradora

Triches RM (0000-0002-4460-4821)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Triches RM, Hawkes C. Sustainable diets: Definition, state of the art and perspectives for a new research agenda in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. No prelo. [acesso em 2019 dez 19]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sustainable-diets-definition-state-of-the-art-and-perspectives-for-a-new-research-agenda-in-brazil/17325?id=17325>.
2. Alsaffar AA. Sustainable diets: The interaction between food industry, nutrition, health and the environment. *Food Scienc. Techn. Inter.* 2016; 22(2):102-111.
3. Food and Agriculture Organization. Global food losses and food waste – Extent, causes and prevention. Rome: Food and Agriculture Organization; 2011.
4. Ridoutt BG, Hendrie GA, Noakes M. Dietary strategies to reduce environmental impact: a critical review of the evidence base. *Adv Nutr.* 2017; (8):933-46.
5. Rockström JW, Steffen W, Noone K, et al. Planetary boundaries: exploring the safe operating space for humanity. *Eco. Soc.* 2009; (14):2-32.
6. Garnett T. What is a sustainable healthy diet? A discussion paper. Reino Unido: Food Climate Research Network; 2014.
7. Godfray C. O desafio de alimentar nove mil milhões de pessoas em 2050. In: Santos JL, Carmo I, Graça P, et al. O futuro da alimentação: ambiente, saúde e economia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2013. p.18-32.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
9. Gussow J, Clancy K. Dietary guidelines for sustainability. *J. Nutri. Edu.* 1986; (18):1-5.
10. Herrin M, Gussow JD. Designing a sustainable regional diet. *J. Nutri. Edu.* 1989; (21):270-275.
11. Feenstra G. Local food systems and sustainable communities. *J. Alternat. Agricu.* 1997; (12):28-26.
12. Wahlqvist ML, Specht RL. Food variety and biodiversity: Econutrition. *Asia Pac J. Clinic. Nutri.* 1998; 7(3/4):314-9.
13. Erdmann L, Sohr S, Behrendt S, et al. Sustentabilidade e Nutrição (Relatório do Workshop). Berlim Instituto de Estudos do Futuro e Avaliação de Tecnologia GmbH; 2003.
14. Leitzmann C. Nutrition ecology: the contribution of vegetarian diets. *Am. J. Clinic. Nutrit.* 2003; 78(3):657S-659S.
15. Wallén A, Brandt N, Wennersten R. Does the Swedish consumer's choice of food influence greenhouse gas emissions? *Environ. Sci. Policy.* 2004; 7(6):525-535.
16. Weber CL, Matthews HS. Food-miles and the relative climate impacts of food choices in the united states. *Environ. Sci. Technol.* 2008; 42(10):3508-3513.
17. Burlingame B, Dernini S. Sustainable diets: the Mediterranean diet as an example. *Public Health Nutr.* 2011; 14(12A):2285-2287.
18. Food and Agriculture Organization. International Scientific Symposium: Biodiversity and Sustainable Diets – United Against Hunger. Rome: FAO; 2010.
19. Berry EM, Dernini S, Burlingame B, et al. Food security and sustainability: can one exist without the other? *Public Health Nutr.* 2015; 18(13):2293-2302.
20. Meybeck A, Gitz V. Sustainable diets within sustainable food systems. *Proc. Nutr. Soc.* 2017; (76):1-11.
21. Mason P, Lang T. Sustainable diets: how ecological nutrition can transform consumption and the food system. Reino Unido: Routledge; 2017.

22. Drewnowski A. The Ecosystem Inception Team. The Chicago Consensus on Sustainable Food Systems Science. *Front. Nutr.* 2018;(4):1-6.
23. Johnston JL, Fanzo JC, Cogill B. Understanding Sustainable Diets: a descriptive analysis of the determinants and processes that influence diets and their impact on health, food security, and environmental sustainability. *Adv. Nutr.* 2014; (5):418-429.
24. Auestad N, Fulgoni VL. What current literature tells us about sustainable diets: emerging research linking dietary patterns, environmental sustainability, and economics. *Adv. Nutr.* 2015; (6):19-36.
25. Carlsson-Kanyama A, González AD. Potential contributions of food consumption patterns to climate change. *Am. J. Clin. Nutr.* 2009; 89(5):1704S-1709S.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
27. Bombardi LM. Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia. São Paulo: FFLCH; USP; 2017.
28. Pires CSS, Pereira FM, Lopes MTR, et al. Enfraquecimento e perda de colônias de abelhas no Brasil: há casos de CCD?. *Pesq. agropec. bras.* 2016; 51(5):422-442.
29. Heinrich Böll Foundation. Agrifood Atlas: Facts and figures about the corporations that control what we eat 2017. Berlin: Heinrich Böll Foundation; Friends of the Earth Europe; Belgica: Brussels; 2017.
30. Kramer KJ, Moll HC, Nonhebel S, et al. Greenhouse gas emissions related to Dutch food consumption. *Energy Policy.* 1999; (27):203-216.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
32. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Pecuária e Abastecimento [internet]. [Brasília, DF]. [acesso em 2020 jun11]. Disponível em: <https://www.embrapa.br/grandes-contribuicoes-para-a-agricultura-brasileira/frutas-e-hortalicas>.
33. Wyness L, Weichselbaum E, O'Connor A, et al. Red meat in the diet: an update. *Nutr. Bull.* 2011; (36):34-77.
34. Vries M, Boer IJM. Comparing environmental impacts for livestock products: A review of life cycle assessments. *Livest. Sci.* 2010; (128):1-11.
35. Baroni L, Cenci L, Tettamanti M, et al. Evaluating the environmental impact of various dietary patterns combined with different food production systems. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2007; (61):279-286.
36. Peters CJ, Wilkins JL, Fick GW. Testing a complete-diet model for estimating the land resource requirements of food consumption and agricultural carrying capacity: The New York State example. *Renew. Agric. Food Syst.* 2007; 22(2):145-153.
37. Carvalho AM, Galvão Cesar CL, Fisberg RM, et al. Excessive meat consumption in Brazil: diet quality and environmental impacts. *Public Health Nutr.* 2012; 16(10):1893-1899.
38. Farmery AK, Gardner C, Jennings S, et al. Assessing the inclusion of seafood in the sustainable diet literature. *Fish Fish.* 2017; (18):607-618.
39. Mitchell M. Increasing fish consumption for better health – are we being advised to eat more of an inherently unsustainable protein? *Nutr. Bull.* 2011; (36):438-442.
40. Werner LB, Flysjö A, Tholstrup T. Greenhouse gas emissions of realistic dietary choices in Denmark: the carbon footprint and nutritional value of dairy products. *Food Nutr. Res.* 2014; 58:(20687)n.p.
41. Hadjikakou M. Trimming the excess: environmental impacts of discretionary food consumption in Australia. *Ecol. Econ.*, 2017; (131):119-128.

42. Saxe H, Larsen TM, Mogensen L. The global warming potential of two healthy Nordic diets compared with the average Danish diet. *Clim. Change*. 2012; 116(2):249-262.
43. Pereira CS. A produção agrícola por habitantes urbanos no Brasil: Análise dos períodos colonial, imperial e a transição para o século XX. *Rev. NERA*. 2020; 23(53):263-287.
44. Aleksandrowicz L, Green R, Joy EJM, et al, The Impacts of Dietary Change on Greenhouse Gas Emissions, Land Use, Water Use, and Health: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2016; 11(11):1-16.
45. Perignon M, Vieux F, Soler LG, et al. Improving diet sustainability through evolution of food choices: review of epidemiological studies on the environmental impact of diets. *Nutr Rev*. 2016; 75(1):2-17.
46. Macdiarmid JI, Kyle J, Horgan GW, et al. Sustainable diets for the future: can we contribute to reducing greenhouse gas emissions by eating a healthy diet? *Am. J. Clin. Nutr.* 2012; (96):632-9.
47. Barilla Center for Food & Nutrition. *Double Pyramid 2015: Recommendations for a sustainable diet*. Parma: Barilla Center for Food & Nutrition; 2015.
48. Seed B. Sustainability in the Qatar national dietary guidelines, among the first to incorporate sustainability principles. *Public Health Nutrition*. 2015; 18(13): 2303-2310.
49. Lang T, Mason P. Sustainable diet policy development: Implications of multi-criteria and other approaches, 2008-2017. *Proc. Nutr. Soc.* 2018; 77(3):331-346.

Recebido em 17/05/2019
Aprovado em 18/06/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19

Denial, disdain and deaths: notes on the criminal activity of the federal government in fighting Covid-19 in Brazil

Ligia Giovanella¹, Maria Guadalupe Medina², Rosana Aquino², Aylene Bousquat³

DOI: 10.1590/0103-1104202012623

A PANDEMIA DE COVID-19 É UMA CRISE GLOBAL humanitária e sanitária sem igual, que, no Brasil, assume uma face ainda mais dramática, pois o País vivencia uma crise política sem precedentes. O governo federal assume constantemente uma postura criminosa, negando a ciência, sonegando dados e desdenhando do sofrimento e luto de milhares de brasileiros. Esse aspecto político é crucial e não podemos nos omitir em expressar nosso posicionamento.

Esse é um governo que fez recrudescer a desigualdade social, já tão profunda em nosso país. A pandemia desvelou a desigualdade brasileira. E a desigualdade mata: os dados já mostram maiores taxas de óbitos entre populações de menor renda e entre pessoas negras. Inquérito sorológico nacional realizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) mostrou que a incidência nos 20% mais pobres da população (4,1%) é mais do que o dobro da incidência entre os 20% de maior renda (1,8%).

No Rio de Janeiro, a pandemia se alastrou das zonas mais ricas, da zona sul e da nata da elite carioca – das festas do Country Club de Ipanema – para as zonas de moradia de populações de menor renda; do asfalto para o morro, a favela, os subúrbios e as cidades-dormitório. Mas a favela e seus movimentos insurgentes também resistem, se antecipam ao governo inexistente e desenvolvem estratégias de solidariedade, como o Gabinete da Crise do Complexo do Alemão, iniciativa do Coletivo Papo Reto, como os comunicadores sociais da Voz das Comunidades e o coletivo Mulheres em Ação pelo Alemão, que hoje articula mais de 30 organizações comunitárias em defesa da vida em ações solidárias na comunidade. Equipes locais da Estratégia Saúde da Família (ESF) apoiam com informações substantivas, combatendo *fake news*.

A desproteção social e do trabalho promovida pelo atual governo, com aumento da informalidade, precarização das relações de trabalho, redução da cobertura do Bolsa Família e cancelamento de benefícios, redução e atraso na concessão de aposentadorias, auxílio doença, e licenças-maternidade, mostra sua face mais perversa de forma aguda neste momento em que a situação sanitária ainda exige distanciamento social para diminuir o contágio, reduzir sofrimento e mortes.

Um governo que se mostra incompetente até para distribuir o auxílio emergencial. Melhor dizendo, não se trata apenas de incompetência – pois foi ágil em liberar recursos para bancos e grandes empresas – mas de um governo que intencionalmente produziu dificuldades com necessidades de aplicativo, smartphones e internet para acesso, deixando de fora os mais pobres entre os pobres; e atrasou a distribuição, tendo produzido aglomerações e, provavelmente,

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

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.



contribuído para a interiorização da pandemia e redução do distanciamento social. A ampliação do auxílio e sua prorrogação até após a pandemia é imprescindível para garantir a vida e apoiar o distanciamento social – a luta é por uma renda básica de cidadania – para garantia dos direitos econômicos e sociais, para garantia do direito à saúde, do direito à vida.

Não bastassem as crises humanitária, sanitária e econômica, vivenciamos no Brasil, dia a dia, uma crise política sem precedentes. Temos um governo que desgoverna, que sonega dados e informações, que tripudia sobre o sofrimento e a morte de dezenas de milhares de brasileiros e desdenha o luto de mais de 120 mil famílias, que promove uma necropolítica, que extermina povos indígenas, assassina negros, destrói vidas. Aproveita-se da pandemia para extinguir direitos, acentuar privilégios, destruir o meio ambiente, afrontar a democracia.

O governo nacional, com total insensibilidade e falta de compaixão pelo sofrimento e pela dor humana, estrejou cenas e decisões lamentáveis. Em meio ao agravamento da pandemia, em 16 de abril, o ministro da saúde foi demitido pelo Presidente da República, por acatar as medidas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para lidar com a pandemia. Foi substituído por um empresário de saúde alinhado ao governo, que renunciou após um mês sem fazer nada. Desde 16 de maio, o Ministério da Saúde (MS) é administrado por militares e o Ministro da Saúde é um general sem experiência em saúde. Duas mudanças ministeriais foram seguidas por um ministro general interino que recomenda medicamentos comprovadamente ineficazes¹ e sonega dados.

Informação transparente e a mais precisa possível sobre a evolução do número de casos e mortes é crucial para controlar a epidemia. A divulgação sobre a evolução da pandemia, inicialmente com frequência diária, foi interrompida e, depois de protestos na imprensa, passou a ser divulgada somente tarde da noite para não sair no Jornal Nacional. Aos problemas que já tínhamos de subnotificação por

falta de testes, somou-se a desconfiança nos dados apresentados pelo Ministério, e a grande imprensa passou a contabilizar os dados.

Não fossem ações de parte dos governadores e prefeitos, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e instituições públicas em vários campos, a propagação da pandemia, que se agrava a cada dia – escrevemos em meados de agosto de 2020 –, teria sido muito mais rápida e mais devastadora.

Muitas instituições e profissionais estão empreendendo todos os esforços para enfrentar a pandemia, mas a ausência de direção nacional unívoca e de uma autoridade sanitária nacional amplamente legitimada, norteadas no melhor conhecimento que se tem produzido sobre sua propagação, está tendo consequências gravíssimas, com excesso de sofrimento e mortes que poderiam ter sido evitadas.

Embora as medidas de distanciamento social tenham sido determinadas precocemente pelos governadores, a ausência de coordenação nacional e a negação da pandemia pelo presidente Bolsonaro minou as estratégias estaduais de distanciamento social. Chamando a pandemia de gripezinha, foi às ruas abraçando e beijando as pessoas, mesmo depois dos testes positivos para Covid-19 de 17 pessoas de sua comitiva que visitaram Trump. Com essa negação, as medidas para distanciamento social foram enfraquecidas, reduzindo a adesão da população a essa estratégia. O índice de distanciamento social em 4 de abril era mais de 50% em oito estados, com uma média nacional de 54%. Em 28 de maio, caíra para 41% na média nacional e um único estado permanecia com um índice superior a 50%².

A pandemia reforçou a necessidade de fortalecer as autoridades sanitárias estaduais e a cooperação regional entre os municípios na construção efetiva de regiões de saúde, e demonstrou a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) com acesso universal, gratuito e serviços capilarizados em todo o País. O SUS, com seus princípios de universalidade,

integralidade e equidade, junto com a capilaridade de seus serviços pelo território nacional, teria potencial para lidar com a pandemia, ainda que cronicamente subfinanciado e desfinanciado agudamente pela Emenda Constitucional (EC) 95, que congelou gastos sociais por 20 anos, com perdas expressivas no financiamento federal da saúde nos últimos anos e de 22 bilhões de reais no orçamento de 2020.

O subfinanciamento crônico do SUS se expressa em investimentos públicos em saúde de menos de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) e participação pública no total de gastos em saúde menor do que 50%, ainda que o gasto público tenha aumentado substancialmente até 2015³. Outros sistemas nacionais de saúde de acesso universal como o SUS aplicam, no mínimo, 7% do seu PIB em financiamento público da saúde e 70% dos gastos são públicos⁴. Mas no Brasil, a situação vem se agravando a cada ano com a EC 95, que congelou as despesas primárias da União por vinte anos (até 2036) e definiu o piso da participação federal do SUS de acordo com novos parâmetros, acentuando a tendência de diminuição da participação da União no financiamento do SUS, aprofundando os problemas de financiamento e sobrecarregando ainda mais governos estaduais e municipais, que já aplicam porcentagens muito superiores ao mínimo constitucional⁵.

No momento da pandemia de Covid-19, além de os aportes de recursos novos do MS para a saúde serem baixos, ocorreu muita demora nas transferências aos estados e municípios⁶. Ainda que o MS, no início, tenha proposto um plano de contingência logo em fevereiro e dado alguma direcionalidade para ações de enfrentamento da pandemia, não teve capacidade de execução. Para a saúde, foram destinados 39 bilhões, correspondendo a apenas 11% do total de gastos federais alocados contra a Covid-19, que foi de 338 bilhões⁷.

Dos 39 bilhões alocados em saúde, apenas 11 bilhões haviam sido utilizados até junho. Ou seja, passados mais de três meses de pandemia, 67% dos recursos que deveriam ser

aplicados urgentemente estavam parados no orçamento do MS e sequer haviam sido empenhados. Desses recursos da ação emergencial Covid-19, haviam sido repassados fundo a fundo 3,9 bilhões para os estados e 5,6 bilhões para municípios até junho de 2020. Os recursos têm sido empenhados muito lentamente no âmbito do quadro pandêmico, que exigiria maior agilidade.

Não há dúvida que o enfrentamento da pandemia depende do fortalecimento do SUS em todos os seus componentes: de vigilância em saúde, de cuidado em todos os níveis, promoção, prevenção e pesquisa. Precisamos de 'Mais SUS e de Mais Estado para ter Mais Saúde'.

A preocupação central é salvar vidas. Este grave momento impõe fortalecer o SUS, público, universal, de qualidade, de forma a produzir as melhores respostas possíveis no enfrentamento da pandemia, deixando um 'legado positivo' para o SUS.

A experiência internacional mostra que as medidas de distanciamento social, associadas à testagem adequada, oportuna, com identificação de casos, a busca e identificação dos contatos e isolamento domiciliar de casos e quarentena dos contatos, associadas à proteção adequada dos profissionais da saúde, têm conseguido diminuir o contágio, prevenir o crescimento exponencial de casos e reduzir sofrimento e mortes. Estão estabelecidas evidências consistentes de redução da transmissibilidade relacionadas ao distanciamento social. Estudo do Imperial College mostra a redução da transmissibilidade associada ao maior cumprimento do distanciamento social, aferido por medidas automatizadas de mobilidade ao longo do tempo em vários países⁸.

O estudo reafirma que a redução das restrições de distanciamento social deve ser considerada com muito cuidado, pois pequenos aumentos nas taxas de mobilidade podem fazer ressurgir a epidemia, mesmo em lugares onde a Covid-19 esteja aparentemente sob controle⁸. A redução gradual das restrições deve ser acompanhada de intervenções alternativas, com identificação de casos e

rastreamento efetivo de contatos, apoio ao isolamento de casos e contatos com vigilância em saúde ativa nos territórios⁹.

No controle de uma epidemia, é necessária uma abordagem comunitária, além da garantia do cuidado individual, que, no caso da Covid-19, para que se reduzam mortes, implica prover atenção oportuna com monitoramento da saturação de oxigênio por oxímetro, transporte sanitário exclusivo, leitos hospitalares intermediários para evitar agravamento dos casos, com fornecimento de oxigenação positiva e até, finalmente, oferta de Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) equipadas. Nossas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente as equipes da ESF, conhecem seus territórios, sua população, suas vulnerabilidades e, em geral, atuam na perspectiva da vigilância em saúde, o que é crucial no controle do contágio.

No entanto, desde o golpe parlamentar de 2016 e, especialmente, desde a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, somaram-se novas dificuldades aos desafios desde sempre enfrentados¹⁰. O modelo assistencial da APS brasileira, com sua abordagem territorial e comunitária, vem sendo descaracterizado, se aproximando de um modelo de assistência individual, respondendo a problemas agudos, sem vínculo, continuidade, coordenação ou responsabilidade populacional¹¹.

A atenção primária no SUS vem sofrendo ameaças e retrocessos, tais como:

- implantação da PNAB 2017, com redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e carga horária dos profissionais;
- finalização do Programa Mais Médicos, que voltou a deixar centenas de municípios sem médico;
- criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado, que deslocou a gestão pública da APS para o âmbito privado no nível

federal. Ao permitir a contratação de empresas privadas para a prestação e formação em APS no SUS, promove a mercantilização da atenção básica, o setor de atenção, até o momento, menos mercantil, mais público, e mais eficiente do SUS¹²;

- tentativas de definição de uma carteira de serviços restrita¹³; e

- de modo muito importante, as mudanças no financiamento.

A nova modalidade de financiamento para a APS, ao substituir o PAB fixo e variável referente aos incentivos às equipes de saúde da família e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) por um pagamento por capitação (per capita) ponderada, calculada pelo número de pessoas cadastradas, exerce consequências drásticas para a universalidade e para a abordagem territorial¹⁴.

Eliminar os incentivos para o Nasf e para a ESF significou a abolição dos Nasf e, na prática, extinguir a prioridade para a ESF ao financiar de forma equivalente equipes de atenção básica e equipes ESF pelo número de cadastrados. O incentivo é para que duplas de médico e enfermeiro substituam as equipes multiprofissionais. Com essas iniciativas, a própria ideia de multiprofissionalidade e a possibilidade de uma ação compartilhada interprofissional da ESF deixaram de ser incentivadas, e tendem a desaparecer no médio prazo.

Ao prescindir de um modelo assistencial de base populacional e comunitária, o resultado será “qualquer atenção básica de qualquer jeito”¹¹. Na pandemia, essas iniciativas já mostram seus efeitos perversos. Sem possibilidade de ampliar o cadastramento de usuários e sem possibilidade de cumprir com os indicadores de desempenho, os municípios serão ainda mais desfinanciados.

A pandemia nos trouxe muitas lições, bem sintetizadas por Fleury¹⁵. Mostrou a importância da cooperação multilateral consubstanciada na OMS para estabelecer parâmetros e

protocolos internacionais para ações coordenadas no enfrentamento da situação emergencial na saúde global. Mostrou a necessidade de transparência por parte dos governos na difusão das informações para tomada das decisões mais corretas. Mostrou a importância de Estados capazes de exercer a autoridade sanitária nacional, regular, fazer a vigilância efetiva e prover a atenção à saúde a todos seus cidadãos. Mostrou que é imprescindível ter competência científica, capacidade técnica e produtiva para produzir conhecimentos, equipamentos, insumos necessários com soberania para enfrentar a pandemia¹⁵.

Embora essas lições sejam negadas pelo governo brasileiro, iniciativas regionais têm avançado de forma coordenada e governos estaduais e municipais têm procurado formas de enfrentar a pandemia com base no conhecimento mais recente.

A manutenção das medidas não farmacológicas até que haja disponibilidade de uma vacina efetiva é imprescindível. Okell et al.¹⁶ mostram que as diferenças nos padrões de taxas de mortalidade de Covid-19 em diferentes países com sistemas de saúde igualmente bem estruturados, bem como os resultados de estudos de soroprevalência muito distintos entre países que conseguiram controlar a epidemia até o momento, são difíceis de conciliar com os argumentos do alcance de imunidade coletiva. Demonstrem que as diferenças na mortalidade são explicadas pelo tempo e rigor das intervenções de distanciamento social e de vigilância em saúde por meio de identificação oportuna dos casos, isolamento, rastreamento e quarentena dos contatos¹⁶. Embora os impactos das atuais intervenções de controle na transmissão precisem ser equilibrados com os impactos econômicos, o relaxamento das medidas de distanciamento social deve ser acompanhado por medidas compensatórias para impedir novas ondas de transmissão.

Investir pesadamente em estratégias de vigilância em saúde que possibilitem identificar e isolar rapidamente pessoas com sintomas de Covid-19 e seus contatos; fazer campanhas

para conscientizar a população sobre a necessidade de uso de máscaras; evitar aglomerações e manter o distanciamento mínimo de dois metros de outras pessoas; e ficar em casa saindo somente quando necessário, mantendo o distanciamento físico, na medida do possível, são tarefas urgentes dos governos e da sociedade civil.

Temos que ter clareza que as escolhas de estratégias para o SUS e a APS hoje terão consequências para o SUS no futuro. Qual será o legado? Certamente muitos aprendizados, muitos acertos e erros.

Uma boa atuação do SUS levará ao seu fortalecimento. Mas podemos também caminhar para uma maior mercantilização e privatização a depender das escolhas feitas. Se conseguirmos desenvolver na APS, integrada à rede, iniciativas de vigilância, de cuidado aos doentes, continuidade das atividades rotineiras e, principalmente, aprofundarmos os atributos comunitários da ESF¹⁷, talvez possamos sair da pandemia com uma APS mais integral e um SUS mais fortalecido.

É um tempo de luto, de imensa tristeza, em que precisamos expressar nossos afetos, nossa solidariedade e compaixão: são mais de 120 mil mortes por Covid-19 no País de março a agosto de 2020, mortes que, em grande parte, poderiam ter sido evitadas.

Mas é um tempo em que as desigualdades deixaram de ser invisíveis, em que se reconheceu a importância do SUS, em que novas formas de solidariedade são exercitadas. É tempo para alianças das forças democráticas em defesa da vida! Saúde é democracia. Democracia é saúde.

Colaboradoras

Giovanella L (0000-0002-6522-545X)*, Medina MG (0000-0001-7283-2947)*, Aquino R (0000-0003-3906-5170)* e Bousquat A (0000-0003-2701-1570)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Nota informativa nº 9/2020-se/GAB/SE/MS. Orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19 [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/Nota-informativa---Orienta---es-para-manuseio-medicamentoso-precoce-de-pacientes-com-diagn--stico-da-COVID-19.pdf>.
2. Inloco. Mapa brasileiro da Covid-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 29]. Disponível em: <https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>.
3. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* [internet]. 2019 [acesso em 2020 jul 17]; 394(10195):345-56. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673619312437/fulltext>.
4. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11):2263-2281.
5. Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. *Ipea Textos para Discussão*. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. [acesso em 2020 jul 16]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf.
6. Afonso JR, Pinto EG. A velha falta de prioridade e uma nova tragédia anunciada [internet]. *Poder 360*. 2020 maio 18. [acesso em 2020 jul 1]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/opinia0/coronavirus/a-velha-falta-de-prioridade-e-uma-nova-tragedia-anunciada-por-jose-roberto-afonso-e-elida-pinto/>.
7. Conselho Nacional de Saúde. Boletim Cofin 9 de junho de 2020. Comissão de Orçamento e Financiamento CNS [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 14]. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-24-junho-2020>.
8. Nouvellet P, Bhatia S, Cori A, et al. Report 26 Reduction in mobility and COVID-19 transmission. Imperial College London [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: <https://doi.org/10.25561/79643>.
9. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2020 [acesso 2020 jul 14]; (25):2423-46. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0003-4793-3492>.
10. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 26]; 42(esp1):406-430. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500406&lng=en.
11. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2020 [acesso em 2020 abr 25]; 25(4):1475-82. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0003-1430-6951>.
12. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(10):e00178619.
13. Giovanella L, Franco CM. Atenção Primária: o equilíbrio entre o cuidado individual e coletivo 2019 ago 30. *Blog do CEE (Fiocruz)*. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1036>.
14. Melo EA, Almeida PF, Lima L, et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 14]; 43(esp5):137-144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s512>.
15. Fleury S. O Vírus, os Parasitas e os Vampiros: Covid-19, desmonte do SUS e a EC 95. *CEBES* [internet].

- 2020 mar 3. [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/03/o-virus-os-parasitas-e-os-vampiros-covid-19-desmonte-do-sus-e-a-ec-95/>.
16. Okell LC, Verity R, Watson OJ, et al. Have deaths from COVID-19 in Europe plateaued due to herd immunity? *Lancet* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 16]; (395):e110-1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31357-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31357-X).
17. Medina MG, Giovannella L, Bousquat A, et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 30]; 36(8):e00149720. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.

Recebido em 02/09/2020

Aprovado em 10/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa

Methodologies for equitable allocation of health financial resources: an integrative review

Leonardo Carnut¹, Áquilas Mendes^{2,3}, Marcel Guedes Leite³

DOI: 10.1590/0103-1104202012624

RESUMO Há diversas experiências no mundo que visam ao desenvolvimento de metodologias para alocação de recursos para a saúde, contudo, o que resta saber é até que ponto a equidade é operacionalizada nesses métodos. Por isso, este estudo objetivou analisar o que tem sido produzido nas literaturas nacional e internacional a respeito das metodologias de alocação equitativas de recursos em saúde e suas dimensões. Realizou-se uma revisão integrativa em três portais/bases de dados (Bireme, PubMed e Scopus) de artigos científicos, publicados em português, inglês e espanhol. Foram identificados nos artigos o(s) objetivo(s), o método do estudo utilizado pelos pesquisadores e a abordagem sobre a metodologia de alocação de recursos em saúde no que se refere à discussão/operacionalização da equidade. Ainda são poucos os estudos em que alocação equitativa é tema central. Há certa imprecisão sobre a delimitação entre ‘alocar’ e ‘financiar’. Em geral, as metodologias precisam admitir as implicações (bio)éticas relativas à equidade, devem se basear minimamente na dimensão per capita, em conjunto, compulsoriamente, com a orçamentação incremental, com as questões sociodemográficas, socio-sanitárias e epidemiológicas e ter centralidade na ‘necessidade de saúde’, sendo necessário um constante aperfeiçoamento da metodologia ao longo do tempo para refinar a operacionalidade da equidade.

PALAVRAS-CHAVE Alocação de recursos. Financiamento governamental. Sistemas de saúde. Financiamento da assistência à saúde. Literatura de revisão como assunto.

ABSTRACT *There are several experiences in the world that aim to develop methodologies for resource allocation for health, however, what remains to be seen is the extent to which equity is operationalized in these methods. Therefore, this study aimed to analyze what has been produced in national and international literature regarding equitable methodologies for the allocation of health resources and their dimensions. An integrative review was conducted in three portals/databases (Bireme, PubMed and Scopus) of scientific articles, published in Portuguese, English and Spanish. The articles identified the objective(s), the study method used by the researchers and the approach on the methodology of health resource allocation with regard to the discussion/operationalization of equity. There are still few studies in which equitable allocation is the central theme. There is some vagueness about the boundary between ‘allocate’ and ‘finance’. In general, methodologies need to admit the (bio)ethical implications related to equity, they must be based minimally on the per capita dimension, together, mandatorily, with incremental budgeting, sociodemographic, socio-sanitary and epidemiological issues and centered on the ‘health needs’, requiring a constant refinement of the methodology over time to refine the operability of equity.*

KEYWORDS *Resource allocation. Government financing. Health systems. Healthcare financing. Review literature as topic.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
leonardo.carnut@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

³Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

O direito à saúde universal, integral e gratuito, embora positivado pela Constituição Federal de 1988¹, em seus artigos de 196 a 200, apresenta diversos desafios no que se refere à sua efetivação. Um desses desafios no alcance do princípio da equidade é, sem dúvida, garantir a alocação de recursos do nível federal aos entes subnacionais. Com vistas a alcançar a equidade, é pertinente considerar as dimensões continentais do Brasil, a complexa relação entre os três níveis da federação e a profunda desigualdade de renda, que se manifesta tanto nas classes sociais quanto entre as várias regiões.

No entanto, ao compreender como se consolidou a alocação de recursos em saúde ao longo da história do Sistema Único de Saúde (SUS), precisa-se recorrer ao contexto do subfinanciamento desse sistema, pois a equidade na alocação ganha ainda mais relevância nessa situação. Isso porque os recursos do SUS já partem de um subfinanciamento crônico desde os anos de 1990, e, por isso, Mendes² e Ocké-Reis, Ribeiro e Piola³ já denunciavam que os recursos do Orçamento da Seguridade Social deveriam, nos anos subsequentes pós-constituente, ser repartidos entre as três políticas sociais (saúde, previdência e assistência social) que compõem o bloco da seguridade. Contudo, tais recursos nunca foram garantidos à saúde pública brasileira.

Assim, ao contrário do que determina a Carta Magna, os recursos para garantir o financiamento e o pleno funcionamento do SUS foram sendo, ao longo do tempo, restringidos por normas infraconstitucionais². Fernando Henrique Cardoso, em 1993, asfixiou os repasses para a saúde através da criação do Fundo Social de Emergência (FSE), que, logo em seguida, passou a ser chamado de Desvinculação das Receitas da União (DRU), diminuindo a quantidade de recursos vinculados ao orçamento público em 20%⁴. Recentemente, após a proposição

do Governo Dilma, sendo promulgado pelo Governo Temer, 30% desse valor já é desvinculado desse orçamento, conforme a Emenda Constitucional nº 93/2016⁵.

Contudo, apenas no governo Dilma, após o estabelecido pelo artigo nº 35 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, ocorre a instituição de critérios de alocação dos recursos federais aos entes subnacionais baseados na dimensão necessidades de saúde, com a publicação da Lei Complementar nº 141 (LC-141), em 2012⁶. Esta se referia a uma pauta histórica de luta dos movimentos sociais e de gestores do sistema para a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC-29).

Nessa lei, três elementos são aqueles que definem a alocação dos poucos recursos nessa área: (a) a definição do que são as Ações e os Serviços Públicos de Saúde (ASPS); (b) os percentuais mínimos para aplicação da União, estados e municípios em saúde; e (c) as regras (critérios) para transferências de recursos para financiamento da saúde entre os entes federados. Assim, o art. 17 da Lei nº 141 é claro:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde [...] observará as 'necessidades de saúde' da população, 'as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial' e de 'capacidade de oferta' de 'ações e de serviços de saúde' e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal. [grifo nosso]⁶.

Ressalte-se, neste ponto, que a LC-141 determina que o governo federal estabeleça e torne pública, todos os anos, uma 'metodologia' para que seja realizada a alocação dos recursos financeiros federais para financiamento de ações e serviços públicos de saúde a estados e municípios. Tal metodologia deve considerar todos os critérios descritos no art. 17 (entre aspas simples), e conforme determina, inclusive, o artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990.

No entanto, fica a dúvida sobre como operacionalizar tais critérios, haja vista que eleger indicadores, utilizar os melhores do ponto de vista metodológico e ainda articulá-los na tentativa de operacionalizar a equidade não é uma tarefa trivial. Isso se deve ao fato de que o próprio conceito de equidade, mesmo tendo de ser perseguido do ponto de vista prático, é um desafio em si mesmo, conforme já descrito por Porto et al.⁷, quando a autora criticava a malversação do termo ao discorrer sobre a equidade como a mera distribuição igualitária de recursos.

Conforme nos ensinam Mendes, Leite e Marques⁸, há diversas experiências no mundo que visam ao desenvolvimento de metodologias para alocação de recursos para a saúde. Nesse sentido, para que a distribuição dos recursos dos poderes centrais para os entes subnacionais seja realizada de forma ‘equitativa’, ela deve levar em conta critérios que abordem as necessidades de saúde da população e que devem ser revisados constantemente⁷ para sua atualização, considerando-se que as necessidades são dinâmicas.

Contudo, o debate reaparece quando se tenta conhecer metodologias na literatura nacional e internacional que operem essa alocação com indicadores que componham o sentido do termo ‘equidade’, isto é, alocar mais recursos àqueles entes que mais precisam e menos recursos aos entes que menos precisam⁸.

Assim, compreendendo que este é um debate em aberto, o presente artigo tem o intuito de realizar uma revisão integrativa, a fim de analisar o que tem sido produzido nas literaturas nacional e internacional a respeito das metodologias de alocação equitativas de recursos em saúde e suas dimensões, que, no Brasil, ganharam o nome genérico de ‘critérios de rateio’ para alocar recursos do nível federal para os entes subnacionais no SUS.

Material e métodos

Realizou-se uma revisão integrativa conforme apontado por Soares et al.⁹. Nesse contexto,

este estudo enquadra-se na definição de 1998 recuperada pelas autoras em que as revisões integrativas são relatórios integrados dos conceitos-chave identificados nos estudos que se analisam. A literatura pesquisada abrange todos os estudos que apresentam hipóteses idênticas ou relacionadas à da revisão e deve ser tão rigorosa quanto a dos estudos primários, com aplicação cuidadosa de critérios de avaliação, para minimizar os efeitos da subjetividade.

Assim sendo, para dar continuidade ao processo de revisão, procedeu-se à identificação dos descritores em língua portuguesa, por meio da base de dados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a partir dos itens-chave da pergunta de pesquisa, qual seja: ‘O que há na produção literária nacional e internacional a respeito de experiências governamentais sobre metodologias para alocação de recursos financeiros em sistemas de saúde?’.

Tendo em vista a necessidade de levantamento de produção acadêmica para além das fronteiras da América Latina, sobretudo pelo fato de os sistemas de saúde universais mais bem estabelecidos se encontrarem no continente europeu, foi identificada a correspondência desses descritores em língua inglesa, por meio da utilização dos chamados MeSH Terms, no portal PubMed.

Aqui cabe uma importante observação a respeito de não estarem presentes nas buscas alguns descritores que sejam compostos pelo termo ‘equidade’. Isso não invalida a escolha dos descritores utilizados nas sintaxes finais, haja vista que, ao ler o conteúdo dos descritores, a ideia de equidade estava ali presente.

Após a definição dos dois grupos de descritores, foram iniciadas buscas exploratórias em dois portais de bases de dados: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e PubMed, e uma base de dados específica: a Scopus. Combinando-se os descritores por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, foi possível chegar às sintaxes finais para cada base/portais (*quadro 1*), que apresentaram resultados

satisfatórios para responder à indagação motivadora deste artigo, assim como definir as principais variáveis (polos) de interesse da

presente pesquisa, quais sejam: (a) alocação de recursos em saúde, (b) financiamento da saúde e (c) governo.

Quadro 1. Base/Portais de dados, sintaxe final e número de estudos identificados que potencialmente respondiam à pergunta da revisão. 2019*

Base/Portais	Sintaxe final	Número de estudos identificados
Bireme	(mh:(“ALOCACAO de recursos” or “ALOCACAO de recursos em saude” or “ALOCACAO de recursos para a atencao a saude”)) AND (mh:(“FINANCIAMENTO” or “organizacao do FINANCIAMENTO” or “FINANCIAMENTO da saude” or “FINANCIAMENTO governamental” or “FINANCIAMENTO publico”)) AND (mh:(“federalismo” or “GOVERNO do municipio” or “GOVERNO estadual” or “GOVERNO federal” or “GOVERNO LOCAL” or “regionalizacao”) or (“sistemas locais de saude” or “SISTEMAS DE SAUDE” or “descentralizacao”))	182
PubMed	((Health Resources[MeSH Terms] OR Resource Allocation[MeSH Terms] OR Financing, Government[MeSH Terms] OR Health Care Rationing[MeSH Terms] OR Financial resources in health[MeSH Terms])) AND Local Government[MeSH Terms] AND (Public Assistance[MeSH Terms] OR universal coverage[MeSH Terms] OR National Health Programs[MeSH Terms])	123
Scopus	KEY (“health care rationing”) OR KEY (“resource allocation”) OR KEY (“equity in resource allocation”) OR KEY (“health resources”) OR KEY (“financial resources in health”) AND KEY (“Financing, Government”) OR KEY (“Local Government”) AND KEY (“Public Assistance”) OR KEY (“Universal Coverage”) OR KEY (“National Health Programs”) OR KEY (“health systems”)	150

*A busca dessas sintaxes finais foi realizada em março de 2019. É possível que esse número tenha aumentado, seja pela incorporação de novas bases de dados (no caso do portal Bireme) ou por novos estudos indexados com os descritores acima após março de 2019.

Em seguida, foi realizada leitura sistematizada dos títulos e resumos dos resultados encontrados nas buscas das três plataformas (base/portais), incluindo na seleção para análise apenas artigos científicos, publicados em português, inglês e espanhol, e que abordassem a alocação de recursos financeiros em saúde. Dessa maneira, foram excluídas as produções acadêmicas, como monografias e teses, além de anais de congressos e publicações oficiais. Na subsequente categorização dos resultados das buscas, foram identificadas e excluídas aquelas produções que (a) não tratam da temática geral deste estudo ou (b) tratam da temática, mas não respondem à pergunta

da pesquisa. Por fim, chegou-se ao número final de 19 artigos a serem analisados neste estudo que foram considerados como estudos incluídos na revisão (artigos incluídos).

É importante ressaltar que nesta revisão optou-se por focar apenas em estudos primários, portanto, não incluindo revisões já realizadas sobre esse assunto. Neste sentido, não se desejou realizar uma ‘revisão de revisões’, isto é, uma metarrevisão. Em que pese que esta revisão apresenta limites, como todo e qualquer método o tem, reconhece-se que, além de recuperar artigos internacionais, ela possibilitou recuperar, também, artigos nacionais, fundamentais para a discussão da

realidade brasileira. Isso pode ser considerado um avanço no debate, pois, ao encontrar essas experiências, evita-se, assim, certo colonialismo da discussão internacional sobre o assunto quando se trata de SUS.

Resultados

A maior parte dos resultados encontrados nas sintaxes finais compreendeu publicações e materiais em línguas inglesa, espanhola e portuguesa, havendo poucos casos de publicações em chinês, em russo e em línguas nórdicas, como sueco e norueguês, em cujo caso as publicações foram excluídas.

Outro importante achado é o fato de que, aproximadamente, 85% dos resultados remanescentes das buscas, depois do filtro dos idiomas, não tratam diretamente sobre a temática de metodologias de alocação equitativa de recursos. De fato, muitos dos artigos e teses excluídos nessa etapa tratavam de algum aspecto do financiamento do setor saúde, de gestão de recursos públicos, de reformas e políticas de determinados sistemas de saúde, de bioética e de priorização de tipos de cuidado. Contudo, não tratavam, nem tangencialmente, do tema desta revisão.

Ainda com relação aos estudos excluídos, destaca-se que pouco menos de 80% dos artigos e publicações remanescentes, muito

embora tratem da temática sobre a alocação de recursos para o financiamento da saúde, não respondem à pergunta motriz deste estudo, no sentido de que não abordam aspectos relativos às metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros para o setor saúde. Entre estes últimos resultados excluídos, por um lado, grande parte trata sobre o modo como se dão os gastos com políticas públicas de saúde e os impactos de mecanismos distributivos no resultado dessas políticas, mas não se referem a como tais mecanismos foram elaborados pelos respectivos governos. Em outros casos, muitos dos estudos excluídos nessa etapa dizem respeito a como as reformas de sistemas de saúde impactam no funcionamento e na divisão de atribuições e responsabilidades dos diferentes níveis de atenção à saúde ou de governo.

Por fim, após a remoção dos artigos que estavam em duplicata, chegou-se ao número final de 19 publicações científicas que tangenciam o tema ou tratam diretamente sobre experiências voltadas a metodologias para alocação de recursos financeiros em saúde. Após a leitura na íntegra dos 19 artigos incluídos nesta revisão, extraíram-se deles os seguintes conteúdos: autor(es), título, objetivo(s) do estudo, método(s) utilizado(s) pelos autores na construção do estudo e a metodologia de alocação utilizada ou descrita pelos autores com suas dimensões (quando essas dimensões eram apresentadas no artigo) (*quadro 2*).

Quadro 2. Artigos incluídos na revisão: autores, objetivos, método dos estudos e como esses estudos abordam a alocação equitativa de recursos em saúde. Março, 2019

Base/ Portal	Autor(es)	Objetivo(s)	Método do estudo	Abordagem sobre a metodologia de alocação de recursos em saúde
Scopus	Battesini M, Andrade CLT, Seta MH	Apresentar uma análise do financiamento federal das ações de Vigilância Sanitária e do seu potencial distributivo	Estudo longitudinal retrospectivo	Per capita
	Vazquez DA	Analisar os impactos dos mecanismos de regulação federal - vinculação de receitas e transferências condicionadas - sobre o financiamento em saúde	Análise normativa e dados retirados do Siops	Questões demográficas, socio sanitárias e epidemiológicas
	Hughes D, Leethongdee S, Osiri S	Descrever as mudanças no esquema de financiamento, realizadas por meio das Reformas de Cobertura Universal no sistema de saúde tailandês	Entrevistas qualitativas	Critérios populacionais, etários e DRGs

Quadro 2. (cont.)

Base/ Portal	Autor(es)	Objetivo(s)	Método do estudo	Abordagem sobre a metodologia de alocação de recursos em saúde
Scopus	Arredondo A, Orozco E	Identificar os efeitos da descentralização no financiamento e na governabilidade da saúde no México, a partir da perspectiva de fornecedores e usuários	Transversal e entrevistas de profundidade	Necessidade de cada região/município
	Häkkinen U, Järvelin J	Desenvolver uma fórmula para alocação de subsídios do governo central a serviços de saúde municipais e para cuidado com idosos na Finlândia	Métodos estatísticos e econométricos.	Metodologia estatística e econométrica
	Bossert TJ et al.	Analisar a relação entre descentralização e equidade na alocação de recursos na Colômbia e no Chile	Abordagem <i>decision space</i>	Per capita
	Clavería A et al.	Problematizar um modelo com uma nova alocação de recursos, que facilite uma maior capacidade de resolução na atenção primária e, assim, melhorar a eficiência na área	Ensaio	Per capita com base no gasto real por pessoa, deve se ajustar à estrutura demográfica, dispersão geográfica, necessidades de saúde.
	Martínez G	Descrever os mecanismos de alocação e compra do Seguro Popular, a maneira como eles operam e os controles que são dados sobre eles	Ensaio	Diversos critérios como oportunidade e qualidade, como distância ou tempo até pontos de atendimento e certeza no acesso a medicamentos e consultas
	Vieira FS, Zucchi P	Analisar a aplicação direta de recursos financeiros pelos entes federados para a aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde	Quantitativo	Per capita
	Qin W et al.	Explorar como o Subsídio de Saúde do Governo (Government Health Subsidy – GHS) foi alocado em diferentes grupos socioeconômicos e o desempenho do sistema de saúde em termos de alocação	Quantitativo	Não foca na metodologia de alocação dos recursos, apenas testa a metodologia para constatar se está sendo equânime ou não
PubMed	Lima LD, Andrade CLT	Investigar as condições de financiamento do SUS nos municípios com mais de 100 mil habitantes de forma ampla	Análise estatística de dados coletados por meio do SIOPS	Indicadores sobre população, cobertura de programas, oferta e produção de serviços, entre outros
	Arredondo A et al.	Identificar as tendências e os efeitos da descentralização nas políticas de financiamento da saúde no México	Entrevistas de profundidade e análise documental	Necessidade de cada região/município
	Smith PC	Usar a experiência inglesa de alocação financeira em saúde, com foco na alta complexidade, como um estudo de caso	Análise da legislação, das fórmulas aplicadas e da história da aplicação dessas medidas para rateio dos recursos	Aponta soluções para resolver o problema da iniquidade na distribuição de recursos, a identificação das ações de cuidado em saúde necessárias, além da identificação dos grupos vulneráveis e sua localização geográfica
Bireme	Smith N, Church J	Identificar fatores que facilitaram a adoção de financiamento com bases populacionais na província de Alberta	Pesquisa qualitativa, com foco em estudos de caso	Características demográficas e necessidades de saúde de cada localidade da província
	Thomas S, Okorafor OA, Mbatsha S	Analisar os progressos alcançados no financiamento equitativo da Atenção Primária à Saúde (APS) na África do Sul e avaliar as barreiras ao progresso futuro	Qualiquantitativo: avaliação longitudinal e transversal do financiamento	Necessidades de saúde de cada região
	Javier Raña K, Juan-Carlos Ferrer O, Paula Bedregal G	Propor um modelo que aloca recursos para os Centros de Saúde das comunidades mais populosas na região metropolitana de Santiago do Chile, sendo baseado em uma forma equitativa, eficiente e transparente	Modelo Teórico Quantitativo	Prestações programadas – controles médicos e outras consultas de rotina em que os profissionais da saúde influenciam a demanda; Morbidade – atenção de demanda espontânea, atenção de morbidade e urgência, sendo originadas pelo paciente

Quadro 2. (cont.)

Base/ Portal	Autor(es)	Objetivo(s)	Método do estudo	Abordagem sobre a metodologia de alocação de recursos em saúde
Bireme	Zúñiga Fajuri A	Propor um modelo de racionamento de recursos de saúde que permita implementar as mudanças necessárias para alcançar os objetivos de equidade e eficiência que todo sistema de saúde procura atualmente	Econométrico (QALY)	Idade e status econômico
	Arredondo A, Parada I	Identificar os efeitos da descentralização nas políticas de financiamento em três países da América Latina: México, Nicarágua e Peru	Quantitativo: dados secundários e entrevistas diretas	As diferentes categorias de análise para cada país foram: famílias, empresas, governo federal, governo estadual, impostos governamentais, créditos governamentais, doação do governo e outras doações
	Neves MCP	Discutir a problemática da 'alocação dos recursos em saúde' como uma das questões mais urgentes desenvolvidas no âmbito da bioética	Ensaio	Dignidade humana, participação, equidade e solidariedade

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Segundo os resultados desta revisão, é possível perceber que há uma variada forma de apropriação, ainda que seja em poucos estudos, do tema das metodologias de alocação equitativa de recursos em saúde. Entre os estudos, é possível perceber que a discussão transita de uma compreensão imprecisa sobre a ideia de 'alocar' até os estudos que focam diretamente na apreensão bem delimitada da alocação de forma equitativa. Do ponto de vista dos objetivos dos estudos revisados, podem-se identificar sete blocos de intencionalidades dos pesquisadores ao abordar a temática.

O primeiro bloco de estudos é aquele que considera, apenas tangencialmente, o tema em sua análise. Assim, neste bloco, com apenas três estudos¹⁰⁻¹², a discussão da alocação se confunde com o 'financiamento de sistemas locais e a distribuição dos recursos entre os entes federal-subnacionais'. O segundo bloco de estudos recorta a compreensão da alocação a partir da perspectiva da tríade 'financiamento-regulação-transferências'^{13,14}. O destaque desses estudos refere-se aos resultados das regras (critérios e condicionantes) que interferem na distribuição,

apropriação e no uso de recursos vinculados à saúde nos orçamentos municipais. No terceiro bloco, com apenas um estudo representativo dessa temática, está aquele que, ainda restrito à delimitação pouco clara entre alocação e financiamento, delinea as 'Mudanças nos esquemas de financiamento'¹⁵. Para estes autores, a alocação está circunscrita à lógica das reformas de financiamento dos sistemas de saúde quando visam a descrever as mudanças no esquema de financiamento. Por fim, ainda naqueles estudos que mesclam de forma imprecisa financiar-alocar, há um quarto bloco que é aquele que situa a discussão da alocação de recursos intrínseca à organização entre 'financiamento-descentralização'¹⁶⁻¹⁹.

Nesses quatro primeiros blocos, percebe-se que a ideia de alocar ainda não está bem clara, ou talvez especificada. É pertinente atentar para a diferença entre 'financiar' e 'alocar'. Financiar, especialmente em sistemas de saúde nacionais²⁰, está relacionado com acúmulo de recursos (seja um fundo, uma reserva ou assemelhados), enquanto alocar está relacionado com a destinação de recursos já existentes, ou seja, após a coleta desses recursos para onde eles serão distribuídos⁴. Por esses conceitos terem esse caráter relacional, e, portanto, relativo, por

vezes, confundem-se no senso comum e são refletidos nos artigos que, em certa medida, adotam essa ‘semelhança’ entre o termo alocação e financiamento, dificultando sua análise.

No debate sobre o processo alocativo, os ‘critérios da alocação’ são o tema mais delimitado no que se refere ao alcance da equidade. Contudo, a leitura regulacionista da alocação tem como discurso latente a ‘eficiência’ em termos de garantir aos produtores e consumidores suas ‘exigências’, ou seja, aos primeiros, maximizando lucro, e aos outros, maximizando satisfação (utilidade). Assim, qual seria o local da equidade? O que parece estar subjacente ao debate alocativo sobre essa ‘chave’ é a naturalização da ideia de agentes ‘racionalistas’ e de ‘comportamento maximizador’ entre os entes subnacionais como se estes tivessem acesso à informação completa e uma postura imparcial nessa dinâmica competitiva²¹. Ora, pensar a alocação sob esses pressupostos pode obscurecer o papel da intencionalidade desses ‘agentes’, especialmente sobre a priorização da equidade em detrimento da eficiência.

Do ponto de vista da descentralização, é importante ser pontuado que o processo alocativo é essencial para esse preceito e que, no Brasil, resulta da discussão sobre a solidariedade entre os entes federados e o financiamento tripartite. Contudo, Nunes et al.²², desde 2001, já apontava que um dos grandes problemas para o desenvolvimento de metodologias alocativas de recursos no Brasil tem sido a falta de sistemas de informações integrados, especialmente quando se trata de entes federativos distintos, tornando a análise das desigualdades em saúde um grande desafio. É por isso que o problema alocação-descentralização ainda persiste, sendo necessário, no caso brasileiro, criar novas formas de captação de informação regular e automática, com sistemas de informação adequadamente alimentados para conferir as informações ideais ao refinamento do conceito de equidade.

Ao adentrar nos estudos que já delimitam bem o conceito de alocação, em detrimento do conceito de financiamento, outros três

blocos compõem melhor o tema e dialogam mais diretamente com a pergunta da revisão. Assim, o quinto bloco de estudos é aquele que apresenta ‘proposições e/ou desenvolvimento de fórmulas’²³⁻²⁶ para alocação de recursos em saúde em cenários de diferentes sistemas de saúde. Um sexto bloco de estudo se aproxima mais da temática, à medida que foca diretamente na ‘testagem da aplicação (alocação) dos recursos’^{27,28}. E, por fim, o sétimo e último bloco atinge o cerne da discussão encetada, focando na ‘alocação por equidade’²⁹⁻³¹. Assim, três estudos se centram nessa questão. O primeiro explora como o Subsídio de Saúde do Governo (Government Health Subsidy – GHS) foi alocado em diferentes grupos socioeconômicos e o desempenho do sistema de saúde em termos de alocação desse subsídio para diferentes tipos de serviços de saúde. O segundo analisa os progressos alcançados no financiamento equitativo da Atenção Primária à Saúde (APS) na África do Sul e avalia as barreiras ao progresso futuro. O terceiro discute a problemática da ‘alocação dos recursos em saúde’ como uma das questões mais urgentes desenvolvidas no âmbito da bioética. Considera que a questão deve ser analisada em termos de justiça social e de responsabilização moral, tomando-se como ponto de partida a corroboração do direito à saúde.

Ao enfatizar as metodologias, é esperado que proposições e/ou desenvolvimento de fórmulas, suas testagens, simulações ou demonstrações de aplicação dos recursos possam evidenciar se discernem ou não equitativamente os processos de transferência. Contudo, salvo raras exceções, considera-se uma discussão, ainda que abstrata (contudo necessária), sobre como operacionalizar os métodos de alocação equitativa e as simulações com diferentes critérios justamente para serem evitadas diversas formas de aumento das desigualdades, como a drenagem de recursos públicos para subsidiar segurados de planos e de seguros privados³², por exemplo. Em que pese a necessidade de que as metodologias devem levar em consideração a

tríade proposição-testagem-aplicação para provarem a equidade de suas competências alocativas³³, este debate tende a ser ‘tenso’ na medida em que, em cenários onde não há incremento orçamentário, diversos argumentos que desconstroem os fundamentos éticos da construção da equidade (como a solidariedade) são levantados, aventando, por exemplo, que os vazios assistenciais, as gestões com dificuldades técnicas ou ineficientes (em termos regulacionistas) não mereceriam ganhar mais recursos.

Do ponto de vista do método utilizado pelos autores para tratar da temática, uma miscelânea foi utilizada, desde abordagens menos rigorosas, ou também chamadas descritivo-reflexivas sobre o tema, até aqueles métodos clássicos das ciências estatísticas ou econométricas, ou, ainda, no bojo das abordagens qualitativas.

No primeiro grupo dos estudos, que apresenta um caráter descritivo-reflexivo, predominou o ‘ensaio’ como modalidade textual utilizada^{11,23,31}. Partindo-se para um segundo grupo de estudos, com metodologias mais rigorosas, quatro deles optaram por uma ‘abordagem quantitativa-descritiva’ da alocação de recursos^{14,17,19,27,29}. O terceiro grupo de estudos foi aquele que optou pelo uso de ‘abordagens quantitativas clássicas utilizadas nas ciências econômicas ou na econometria’. Assim, três estudos se assentam nesses métodos²⁴⁻²⁶. O quarto grupo refere-se àqueles estudos que metodologicamente inovam, a exemplo dos que usam ‘abordagens qualitativas’^{15,16,18}, pouco utilizadas no campo das ciências econômicas. O quinto e último grupo de propostas metodológicas traz ‘abordagens híbridas entre métodos quantitativos e qualitativos’^{10,12,17}.

É importante perceber que, entre as escolhas metodológicas dos artigos revisados, esse amplo espectro metodológico traz mais possibilidades de transladar a equidade do ponto conceitual para o operacional. Esse resultado parece ser importante para construir uma narrativa de levar a equidade desde os seus elementos mais abstratos até os mais concretos com métodos que se adequam às propostas de

captura da equidade nesses diferentes aspectos. Espera-se que novos estudos, inclusive, tentem arrojarem nas análises empreendidas que mesquem as abordagens, conforme realizado pelo quinto grupo, na tentativa de não restringir o debate apenas às ciências estatísticas ou à mera matematização apenas³⁴.

Ao focar nas metodologias de alocação de recursos e suas dimensões e/ou indicadores, os estudos também apresentam grande diversidade, desde aqueles que não explicitam o método (do ponto de vista de cálculo, dimensões ou indicadores) até aqueles que detalham todas as características do método com foco no(s) aspecto(s) que cada um privilegia, do ponto de vista operacional, para garantir a equidade. Esses estudos podem ser organizados em 8 grupos por nível de aproximação e refinamento do debate sobre a metodologia.

O primeiro grupo se reserva aos estudos que ‘não descrevem a metodologia, mas a testam’. É o caso do estudo do Qin et al.²⁹, que se dedica a testar a garantia da equidade na metodologia utilizada para alocação de recursos no sistema de saúde chinês.

O segundo grupo, na tentativa teórica de problematizar o tema, discute as ‘implicações (bio)éticas da alocação’, especialmente no cuidado em operacionalizar o princípio da equidade³¹.

Em seguida, o terceiro grupo, certamente o mais frequente entre os estudos que se dedicam à temática, é composto por aqueles que ‘focam o componente per capita sem avançar na discussão da equidade na alocação’^{10,19,23,27}. Nesses estudos, o enfoque metodológico ressalta o critério per capita, especialmente para o fomento da descentralização das ações¹⁰, mas reconhece que o enfoque nesse indicador não garante nem amplia a equidade da alocação dos recursos, não sendo, portanto, o suficiente para tal operacionalização¹⁹, especialmente na aquisição de medicamentos via SUS²⁷. Reconhecem que o per capita com base no gasto real por pessoa deve se ajustar a diversas dimensões essenciais à alocação, como: estrutura demográfica, dispersão geográfica, necessidades de

saúde (morbidade, ajuste para o último ano de vida, nível educacional, privação etc.), e, ainda, ao catálogo de serviços prestados e seu grau de complexidade, estrutura instalada, entre outros²³. Trata-se de, portanto, reconhecer que o per capita é o início de uma metodologia, mas nunca deve ser seu fim.

O quarto grupo de estudos apresenta a 'orçamentação incremental' como uma possibilidade. Ainda retoma, especialmente em tempos de crise, o incremento de recursos (novos investimentos) como essencial em quaisquer setores, especialmente na saúde, onde os custos são crescentes. Neste estudo, a orçamentação incremental na atenção básica passou a disputar recursos orçamentários com outras áreas, o que, sem uma análise das desiguais necessidades de saúde de cada região, pode promover problemas do ponto de vista do peso de um setor no orçamento geral³⁰.

Durante muito tempo, os estudos brasileiros, na abordagem da alocação de recursos no SUS, restringiam-se aos cálculos tradicionais (per capita) e à demonstração da diminuição da desigualdade por meio da orçamentação incremental³⁵. Mesmo considerando essa questão importante (e necessária), faz-se mister o avanço do debate metodológico para além desses marcos, já considerados 'iniciais' atualmente. Ugá e Lima⁴ já apontavam que os métodos tradicionais de alocação de recursos têm sido substituídos por sistemas mistos ou complementados. Contudo, o que vem sendo continuamente demonstrado é que, na maioria das vezes, quando se avança na discussão metodológica, ela tem recaído na adição de propostas de indicadores/dimensões que aumentam as desigualdades, como no caso das alocações que têm por critério de pagamento o desempenho (*pay for performance*), a captação, a produção, entre outros mecanismos iníquos.

À medida que os estudos vão rebuscando suas dimensões para reelaborar as metodologias, a pauta da equidade e sua operacionalidade vão se delineando no método. O quinto grupo de estudo é aquele em que se enfocam as 'questões sociodemográficas, socio sanitárias

e epidemiológicas' como principais dimensões para elencar os indicadores no método para garantir equidade (ainda que de forma inicial)^{13,15,26}. Vazquez¹³ destaca a insuficiência dos critérios de repasse do Piso da Atenção Básica para garantir equidade, por desconsiderarem justamente essas dimensões. O uso de critérios como a idade ou o *status* econômico do paciente, ao definir as regras de acesso para garantir²⁶ a equidade, também é apresentado como uma alternativa. Outros autores¹⁵, ao estudarem o sistema de saúde tailandês, defendem os critérios populacionais, etários, além de DRGs (Diagnosis Related Groups), para alta e média complexidade e atenção hospitalar. Quando se pensa em alocar recursos, especialmente em saúde, é essencial abandonar o caráter regressivo das formas de tributação para alcançar progressividade, já que, em termos de operacionalização da equidade, a alocação teria mais potência equitativa.

O ponto de inflexão da narrativa nos estudos acontece no sexto grupo de estudos quando é problematizada nas metodologias a dimensão da 'necessidade de saúde como centro da discussão' do alcance de uma alocação equitativa. De forma mais modesta ou em discussões mais refinadas, o debate sobre as necessidades de saúde por cada região, para a maior parte dos estudos, é central, e sua operacionalização um desafio. Os estudos mais modestos se reservam a identificar nos sistemas de informação de seus governos e sistemas de saúde a possibilidade de indicadores que delineiem (nem que seja minimamente) o que seria a 'necessidade de saúde', como, por exemplo, os seguintes indicadores: população, cobertura de programas, oferta e produção de serviços^{12,14}. Outros estudos¹⁶⁻¹⁸, de forma intermediária, avançam na discussão através da implantação de mecanismos de ajuste anual de acordo com a necessidade de cada região/município¹⁷. Outros estudos, mais sofisticados, revisitam o histórico das fórmulas de alocação de recursos ou revisitam as fórmulas na tentativa de melhorar o sistema de alocação na busca da equidade. Esses são os exemplos do estudo

sobre o sistema finlandês²⁵, que dividiu os tipos de serviços de saúde em 6 grupos, desenvolvendo indicadores de necessidades de saúde para cada um deles, seja por meio de estudos econométricos, seja por características demográficas e do estudo chileno, ainda que de forma muito microeconômica²⁴. Neste, dois tipos de atividades eram consideradas dimensões com indicadores sobre como operar equitativamente: ‘prestações programadas’ – controles médicos e outras consultas de rotina em que os profissionais da saúde influenciam a demanda; ‘morbidade’ – atenção de demanda espontânea, atenção de morbidade e urgência, sendo originadas pelo paciente. Essas duas atividades podem ser desagregadas em elementos que determinam os custos e a demanda.

O sétimo grupo de estudo parte para uma composição mais elaborada da equidade na alocação dos recursos que tenta ‘mediar o macro como microeconômico’. Representado por um estudo²³, o autor sugere diversas dimensões de análise que transitam entre a alocação realizada por critérios grupais até os individuais. Assim, critérios de gerenciamento geral, dos gestores em nível central e local, até a gestão da clínica realizada pelo profissional, devem ser indicadores a serem levados em consideração. Ademais, o grau de satisfação dos usuários, a capacidade de resolução dos problemas de ordem clínica, a qualidade da atenção e a eficiência da assistência são indicadores locais importantes segundo esse estudo. Isso tudo não estaria desvinculado da necessidade de uma avaliação externa e, segundo o autor, de um sistema de remuneração.

O oitavo e último grupo de estudos é aquele no qual a ‘operacionalização da equidade está mais desenvolvida metodologicamente’^{11,16,28}. Assim, os autores apontam que o melhoramento e o alcance da equidade na alocação são processos históricos e requerem esforços contínuos, em todos os governos, em adensar a metodologia garantindo a incorporação de novos indicadores (e até criando novos processos de coleta de informação regular e contínua) para refinar a equidade operacionalmente.

Para alguns autores¹¹, isso não está desvinculado de novos investimentos, logo, projetar modelos sobre o custo incremental é essencial, para daí partir para quais critérios sobre o atendimento das populações remotas ou marginalizadas devem ser utilizados. Ainda, a definição deve incluir elementos de ‘oportunidade’ e ‘qualidade’, como ‘distância’ ou ‘tempo até pontos de atendimento’ e ‘certeza no acesso a medicamentos e consultas’. Além disso, para garantir a lógica de ‘sistema’, é fundamental adotar procedimentos que vinculem os cuidados primários aos hospitais, o baixo custo para o médico e o paciente. Ademais são necessários mecanismos interativos de informação e comunicação entre hospitais e jurisdições de saúde e outras agências estaduais em um sistema interativo de vinculação a dados da previdência social e outros programas, bem como a provedores privados para o refino do processo alocativo.

Outra experiência bem desenvolvida se refere às dimensões utilizadas no estudo comparativo entre os sistemas de saúde no México, na Nicarágua e no Peru¹⁶. Os autores identificam que, em países latino-americanos, as dimensões fundamentais para a metodologia ser equitativa são 6: ‘famílias’, através dos aportes monetários diretamente da renda familiar; ‘empresas’, através dos aportes monetários diretamente dos empregadores (em salários diretos e indiretos etc.); ‘impostos governamentais’, através das amortizações monetárias de impostos federais e locais; ‘créditos governamentais’, por meio dos aportes monetários de créditos com bancos internacionais via governo federal; ‘doações do governo’, por meio das contribuições monetárias de doações de agências internacionais via federal ou governo local; e ‘doações de outras entidades’, como no caso dos aportes monetários diretamente de doações de ONG internacionais e nacionais.

Certamente, o estudo mais completo e que melhor delinea uma metodologia de alocação equitativa é o estudo sobre o sistema de saúde inglês²⁸, que detalha historicamente as fases

do aperfeiçoamento por mais de 40 anos do Resource Allocation Working Party (RAWP). Em seus primeiros anos, a metodologia tinha como indicadores o tamanho da população com ajuste para características demográficas (idade e sexo específicos para cada especialidade); uma ponderação adicional para necessidade clínica adicional (medida pelas taxas de mortalidade locais padronizadas para as especialidades específicas), com um ajuste para variações nos preços de insumos dos serviços locais. No seu desenvolvimento, foi incorporada a taxa padronizada de doenças limitantes de longa duração (menos de 75 anos), a taxa de mortalidade padronizada (menos de 75 anos), a proporção de desempregados economicamente ativos, a proporção de idade do aposentado morando sozinho e a proporção de dependentes em famílias com um único cuidador. Em uma terceira fase, incorporaram-se medidas de qualidade dos serviços de saúde, acesso a serviços de saúde e fatores fora do controle direto do sistema de saúde (riqueza, estilo de vida, considerações genéticas e ambientais). Em um quarto momento de aperfeiçoamento, incorporou-se o indicador de ‘mortalidade evitável’, definido como o número de anos de vida perdidos com menos de 75 anos durante um período de três anos. Nos períodos mais recentes, a alocação de recursos diretamente para os médicos generalistas passou a ser o debate, direcionando-se para aqueles médicos que optaram por se tornar ‘administradores de fundos’. Após essa medida, adicionou-se o ‘risco orçamentário’ como indicador, definido como a propensão para as despesas reais variarem das despesas previstas. Então, desde 2008, a ‘alocação de recursos baseada em pessoas’ tem sido a discussão, e sua essência é desenvolver pagamentos de captação individual por idade e sexo, e ajustá-los a qualquer medida inequívoca e universalmente registrada de desvantagem (como recebimento de bem-estar) e a qualquer indicador verificável de diagnóstico prévio de doença.

Ainda que essa metodologia seja a mais aprimorada, os estudos relativos ao RAWP

e sua adaptabilidade a outros contextos^{7,8} já apontavam limitações importantes como, por exemplo, a característica das desigualdades no Brasil. Além disso, é prudente salientar que o processo de ‘refino’ da equidade apresentado no desenvolvimento dessa metodologia tem mais ligação com a incorporação de elementos de mercado no sistema inglês³⁶ do que, necessariamente, com a preocupação de delimitar melhor a vulnerabilidade dos grupos sociais, focando-se nos indivíduos. Recentemente, no Brasil, o modelo de alocação (insistentemente chamado de ‘financiamento’) para a atenção primária, por exemplo, mimetiza várias características do RAWP, entre elas, o problema da centralidade do aspecto operacional do sistema – o cadastramento –, e não a equidade. Isso porque os autores³⁷ dessa proposta enfatizam a problemática da população cadastrada do SUS, enquanto pouco esforço é destinado aos problemas de equidade que a forma de alocação histórica do SUS deixou de considerar.

Mesmo sob a variabilidade de achados que este estudo apresenta, é fundamental reconhecer as limitações que a captura e a análise do objeto apresentam. Em primeiro lugar, o uso de uma revisão do tipo integrativa, apesar de demonstrar um panorama aproximado sobre como um objeto vem sendo estudado, apresenta como limite não focar essencialmente no objeto *per se*. Isso demonstra o quanto alguns artigos incluídos na revisão não apresentam diretamente as metodologias, mas apenas ‘circundam’ o objeto, trazendo elementos subsidiários para pensar a alocação equitativa, mas sem demonstrar um método acabado e suas dimensões/indicadores. Isso implica dizer que, em estudos posteriores, ampliar o escopo (através de outras bases de dados) e usar outros métodos de revisão de maior precisão na apreensão (revisões sistemáticas, por exemplo) podem ser o caminho para avançar na discussão.

Outro aspecto que chamou atenção na organização da estratégia de busca dos estudos foi a indexação indevida de certos descritores feita pelos autores dos estudos. Isso dificultou

a recuperação de estudos feitos por autores consagrados na economia da saúde. Essa é uma limitação importante do processo metodológico, que, porventura, deixou de fora textos considerados clássicos da discussão sobre o tema. Contudo, mesmo sob essa ressalva, procedeu-se à incorporação desse acúmulo do debate no âmbito brasileiro por meio do resgate de seus principais pesquisadores no diálogo com os artigos incluídos. Além disso, é pertinente ressaltar que, devido às estratégias de busca utilizadas, foi possível recuperar estudos que, certamente, não faziam parte do debate corrente na literatura brasileira, trazendo as experiências internacionais e oxigenando a discussão.

Neste debate não se deve furtar da contribuição de outros estudos de revisão sistematizada na literatura mundial sobre a alocação em saúde, mas identificar seus objetos e, também, suas limitações. Alguns estudos versam sobre diversos aspectos: sobre definições de equidade nos cuidados em saúde e na classificação dos domínios que a equidade apresenta³⁸; sobre os critérios para alocação de recursos (sem mencionar o método)^{39,40}; sobre critérios dispostos nas legislações que cada país⁴¹ utiliza para alocar; sobre os fatores que influenciam nas decisões de alocação por gerentes⁴²; sobre os estudos de avaliação econômica⁴³⁻⁴⁵; sobre atributos de saúde e não relacionados à saúde para priorizar a tomada de decisão⁴⁶; sobre os estudos que criaram uma metodologia única, segundo os dados de cada país⁴⁷; e aqueles que analisam os desafios éticos enfrentados pelos gestores do SUS⁴⁸.

Ainda que se reconheça o valor desses estudos em circundarem o tema, é necessário lembrar que eles não entraram nesta revisão, pois o foco não foi revisar revisões já realizadas. Mesmo que os estudos anteriormente citados fossem estudos primários, eles não focam no método de alocação, garantindo, assim, a originalidade deste estudo aqui realizado, que reside, especificamente, em ter como objeto a metodologia da alocação (desde sua concepção à aplicação).

Mesmo assim, é notório reconhecer que a estratégia metodológica utilizada para este objeto (metodologias de alocação equitativa de recursos financeiros em saúde) é um tema de pesquisa desafiante, e, justamente por isso, poucos estudos na literatura disponibilizada nessas três bases/portais revisadas foram encontrados. Isso revela a importância da adaptação do melhor tipo de revisão em função do objeto pesquisado e sua apresentação na literatura científica. Assim, entende-se que, mesmo sob as limitações do método empreendido, este ainda é o melhor para capturar esse objeto nesse estágio de desenvolvimento da pesquisa científica.

Após ponderadas as limitações deste estudo, é fundamental apontar que suas possibilidades são incontestes ao debate da alocação, especialmente no Brasil, em tempos de crise econômica de longa duração. Por mais que já esteja bastante ratificado na literatura científica que o problema central da questão macroeconômica em saúde seja o desfinanciamento do seu setor público⁴⁹, alocar recursos admite uma saída, ainda que paliativa. Assim, alocar equitativamente significa, além de melhorar a distribuição dos poucos recursos destinados ao sistema público de saúde é, em última instância, fazer valer a lei e sua consonância constitucional idealizada e arduamente defendida pela reforma sanitária brasileira, desde o primeiro estudo sobre alocação no SUS, que discutiu o artigo 35 da Lei nº 8.080, realizado por Vianna e Piola⁵⁰.

Conclusões

Pode-se dizer que as metodologias de alocação equitativas de recursos em saúde e suas dimensões são um objeto de estudo em delimitação e que as pesquisas na área ainda precisam avançar em propostas que considerem o que os achados desta revisão proporcionam, ou seja, considerar as implicações (bio)éticas da alocação de recursos, definindo claramente o conceito de equidade utilizado

e operacionalizando coerentemente, tanto do ponto de vista da solidariedade como da participação.

Além desse pressuposto, as metodologias devem partir de um componente per capita, mas devem considerar a equidade, principalmente (mas não exclusivamente) através de um conjunto de fatores como a orçamentação incremental, as questões sociodemográficas, socio sanitárias e epidemiológicas, a captura das ‘necessidade de saúde’ (com uma definição clara e operacionalidade coerente) como centro da sua formulação, a mediação entre o macro como microeconômico e, sem dúvida, o entendimento de que esse é um processo que precisa estar sempre em desenvolvimento/aperfeiçoamento.

Talvez esta última característica das metodologias seja a mais sensível, principalmente em cenários de descontinuidades político-administrativas de governos e em países latino-americanos de inserção dependente.

Certamente, se a metodologia não é constantemente melhorada ao longo dos anos de implementação, provavelmente, ela deixará de acompanhar a dinâmica da sociedade e, possivelmente, a equidade não alcançará o máximo de sua expressão, perpetuando as desigualdades na alocação e, sobretudo, comprometendo a efetividade do direito à saúde.

Agradecimentos

A Bruno Lopes Zanetta, por ter coletado parte dos dados relacionados à revisão.

Colaboradores

Carnut L (0000-0001-6415-6977)*, Mendes A (0000-0002-5632-4333)*, Leite MG (0000-0001-9305-9703)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. [acesso em 2018 nov 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao_compilado.htm.
2. Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc.* 2013; 22(4):987-993.
3. Ocké Reis CO, Ribeiro JAC, Piola SF. Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde. Brasília, DF: IPEA, 2001. (Texto para discussão N. 802).
4. Ugá MAD, Lima SML. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 135-168, 2013. (v. 4).

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Brasil. Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. 2016. Diário Oficial da União. 9 Set 2016. [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-93-8-setembro-2016-783591-norma-pl.html>.
6. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012, Diário Oficial da União. 14 Jan 2012. [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.
7. Porto S, Martins M, Travassos C, et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros no setor saúde para aplicação no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(6):1393-1404.
8. Mendes A, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Soc*. 2011; 20(3):673-690.
9. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2014; 48(2):335-45.
10. Battesini M, Andrade CLT, Seta MH. Financiamento federal da vigilância sanitária no Brasil de 2005 a 2012: Análise da distribuição dos recursos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(10):3295-3306.
11. Martínez G. Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones. *Salud pública México*. 2016; 58(5):577-583.
12. Smith N, Church J. Shifting the lens: the introduction of population-based funding in Alberta. *Health Manage Forum*. 2008; 21(2):36-42.
13. Vazquez DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(6):1201-1212.
14. Lima LD, Andrade CLT. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(10):2237-48.
15. Hughes D, Leethongdee S, Osiri S. Using economic levers to change behaviour: The case of Thailand's universal coverage health care reforms. *Social Science and Medicine*. 2010; 70(3):447-454.
16. Arredondo A, Parada I. Health financing changes in the context of health care decentralization: the case of three Latin American countries. *Rev. Saúde Pública*. 2000; 34(5):449-460.
17. Arredondo A, Orozco E. Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(1):152-160.
18. Arredondo A, Parada I, Orozco E, et al. Efectos de la descentralización en el financiamiento de la salud en México. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(1):121-129.
19. Bossert TJ, Larrañaga O, Giedion U, et al. Decentralization and equity of resource allocation: Evidence from Colombia and Chile. *Bull World Health Org*. 2003; 81(2):95-100.
20. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 563-613.
21. Meirelles DS. Teorias de mercado e regulação: por que os mercados e o governo falham?. *Cadernos EBAPE. BR*. 2010; 8(4):644-660.
22. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília, DF: OPAS. Ipea, 2001.

23. Clavería A, Ripoli MA, López-Rodrigues A, et al. La cartera de servicios en atención primaria: un rey sin camisa. Informe SESPAS 2012. Gaceta sanitaria. 2012; 26(supl1):142-150.
24. Javier Raña K, Juan-Carlos Ferrer O, Bedregal Paula G. Modelo de asignación de recursos en atención primaria. Rev. méd. Chile. 2007; 135(1):54-62.
25. Häkkinen U, Järvelin J. Developing the formula for state subsidies for health care in Finland. Scand. J. Public Health. 2004; 32(1):30-39.
26. Zúñiga Fajuri A. Un modelo de adjudicación de recursos sanitarios para Chile. Acta bioethica. 2012; 18(2): 221-230.
27. Vieira FS, Zucchi P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(5):906-913.
28. Smith PC. Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. Bull World Health Organ. 2008; 86(11):884-8.
29. Qin W, Xu L, Li J, et al. Estimating benefit equity of government health subsidy in healthcare Services in Shandong Province, China: a cross-sectional study. Int. J. Equity Health. 2018; 17(61):1-9.
30. Thomas S, Okorafor AO, Mbatsha S. Barriers to the equitable funding of primary healthcare in South Africa. Appl Health Econ Hea. 2005; 4(3):183-90.
31. Neves MCP. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. Bioética. 1999; 7(2):1-5.
32. Piola SF. Transferências de recursos federais do sistema único de saúde para estados, distrito federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. (Texto para discussão) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, DF; Rio de Janeiro: Ipea, [internet]. 2017. [acesso em 2019 nov 1]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7777/1/td_2298.pdf.
33. Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2005; 10(2):275-286.
34. Carnut L, Pires JSM, Mendes, A. 'Economia da Saúde' ou 'Economia Política da Saúde'? Em defesa de uma abordagem crítica marxista. [acesso em 2019 out 16]. Disponível em: https://sep.org.br/anais/2019/Sesses-Ordinarias/Sessao1_10/Mesa9/093.pdf.
35. Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2003, 8(2):449-460.
36. Filippin J, Giovanella L, Konder M, et al. A "liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. Cad. Saúde Pública. 2016 [acesso em 2019 nov 1]; 32(8):e00034716. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00034716.pdf>.
37. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, et al. Novo financiamento para uma nova atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2020. 25(4):1361-1374.
38. Lane H, Sarkies M, Martin J, et al. Equity in health-care resource allocation decision making: A systematic Review. Soc. Sci. Med., 2017; 175:11-27.
39. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, et al. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision-making. Cost Eff Resour Alloc. 2012; 10(9):1-13.
40. Kaur G, Prinja S, Lakshmi PVM, et al. Criteria Used for Priority-Setting for Public Health Resource Allocation in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Int J Technol Assess Health Care. 2019; 35(6):474-483.
41. Jakovljevic MB. Resource allocation strategies in Southeastern European health policy. Eur J Health Econ. 2013; 14:153-159.
42. Fraser KD, Estabrooks C. What Factors Influence Case Managers' Resource Allocation Decisions? A

- Systematic Review of the Literature. *Medical Decision Making*. 2008; 12:394-410.
43. Haghparast-Bidgoli H, Kiadaliri AA, Skordis-Worrall J. Do economic evaluation studies inform effective healthcare resource allocation in Iran? A critical review of the literature. *Cost Eff Resour Alloc*. 2014; 12(15):1-11.
 44. Craig AP, Thein HH, Zhang L, et al. Spending of HIV resources in Asia and Eastern Europe: systematic review reveals the need to shift funding allocations towards priority populations. *J Int AIDS Soc*. 2014; 25(17):18822.
 45. Pinho MM, Veiga PACV. Avaliação de custo-utilidade como mecanismo de alocação de recursos em saúde: revisão do debate. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(2):239-250.
 46. Steuten L, Buxton M. Economic evaluation of healthcare safety: which attributes of safety do healthcare professionals consider most important in resource allocation decisions? *Qual Saf Health Care*. 2010 [acesso em 2019 nov 1]; 19(5):e6. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2010/08/10/qshc.2008.027870.full.pdf>.
 47. Anselmi L, Lagarde M, Hanson K. Equity in the allocation of public sector financial resources in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *Health Policy Plan*. 2015; 30:528-545.
 48. Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(esp):224-243.
 49. Vianna SM, Piola SF, Guerra AJ, et al. O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Brasília, DF: Opas, 1991.
 50. Anhaia S, Almeida S, Santos R, et al. Challenges in the allocation of resources in health: an ethical approach. *Rev. enferm. UFPE*. 2011; 5(3):836-842.

Recebido em 19/10/2019
Aprovado em 30/04/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Ministério da Saúde

Formação em gestão do trabalho e da educação na saúde: relatando uma experiência educativa

Training in work management and health education: reporting an educational experience

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012625

RESUMO O artigo relata a experiência de um curso de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde, voltado para gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde, no estado do Rio de Janeiro. Composto por 380 horas e organizado em quatro unidades didáticas, cada uma com seus respectivos módulos, o curso foi realizado entre agosto de 2018 e junho de 2019, na modalidade a distância, tendo a problematização como concepção pedagógica. Ademais, o curso visou apoiar as equipes gestoras, oportunizando o acesso a novos conhecimentos teóricos e práticos, contribuindo para o fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde. Ao final da especialização, os cursistas apresentaram seus Trabalhos de Conclusão de Curso, de caráter interventivo, sendo preciso identificar, inicialmente, um problema dentro do seu lócus de trabalho e, por conseguinte, escolher as formas de como solucioná-lo. Espera-se que a presente proposta possa contribuir com a reflexão crítica e a discussão acerca da importância da educação permanente para os trabalhadores da saúde. Além disto, dentro de suas limitações, pretende-se destacar a contribuição da educação a distância para a qualificação profissional e para a sustentação do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Formação de recursos humanos. Educação permanente. Educação a distância.

ABSTRACT *The article reports the experience of a specialization course in work management and health education, aimed at managers and workers of the Unified Health System in the state of Rio de Janeiro. Composed of 380 hours and organized in four didactic units, each one with their respective modules, the course was held between august 2018 and June 2019, in the distance modality, with the problematization as a pedagogical conception. In addition, the course aimed to support the management teams, providing access to new theoretical and practical knowledge, contributing to the strengthening of work management and health education. At the end of the specialization course, the participants presented their Final Papers, initially having to identify a problem within their work locus and, therefore, choose the ways to solve it. It is hoped that this proposal can contribute to critical reflection and discussion about the importance of continuing education for health workers. In addition, within its limitations, it is intended to highlight the contribution of distance education for professional qualification and for the support of the Unified Health System.*

KEYWORDS *Human resources training. Education continuing. Education distance.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
limarrt@gmail.com



Introdução

Entre agosto de 2018 e junho de 2019, o Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em parceria com o Departamento da Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS) do Ministério da Saúde (MS), ofertou o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CEGTES) para gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro (RJ). O referido curso aconteceu na modalidade a distância e este artigo tem a finalidade de relatar a experiência das atividades desenvolvidas durante tal processo educativo, especificamente na turma em que o autor do presente manuscrito atuou como tutor.

A descentralização do SUS, ao longo dos anos, impôs aos estados e municípios uma agenda na qual a área de recursos humanos em saúde, doravante denominada gestão do trabalho e da educação na saúde, passou a ser incluída e a se configurar como uma importante área para intervenções, na perspectiva de qualificar os processos de trabalho e de produção do cuidado. Com uma agenda diversificada e comprometida com a qualidade, na qual novos desafios se somam a antigos, a gestão do trabalho e da educação na saúde vem reforçando sua posição como prioritária para resolver grande parte dos problemas do SUS^{1,2}.

Magnago et al.³ destacam que, a partir de 2003, com a reestruturação do MS e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), houve, em âmbito nacional, uma maior mobilização de políticas para a área da gestão do trabalho e da educação na saúde. Nesse sentido, a SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação da força de trabalho em saúde, bem como da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

Em instituições de saúde, a gestão do trabalho e da educação requer profissionais capacitados para assumirem as suas

responsabilidades. Por ter características específicas vinculadas a um saber e a uma prática especializada, demanda a convergência de esforços na busca de alternativas que melhorem, qualifiquem e atualizem as estruturas existentes. Para que este processo aconteça, é necessária a capacitação das equipes responsáveis pela gestão do trabalho e da educação na saúde, assim como uma análise e um redesenho dos processos de trabalho e de gestão.

Nessa perspectiva, foi criado o CEGTES. A partir de um diagnóstico realizado pelo DEGTS, o qual identificou fragilidades recorrentes nos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde, esse curso surgiu com a finalidade de qualificar os processos de gestão do trabalho e da educação na saúde no âmbito do setor público de saúde, primordialmente, através da capacitação dos sujeitos que atuam nas dimensões política, técnica e administrativa. Sendo assim, busca apoiar as equipes gestoras, oportunizando o acesso a novos conhecimentos teóricos e práticos, contribuindo para o fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS⁴.

Considerando a dimensão continental do Brasil e as desigualdades existentes em todo o território nacional, incluindo as desigualdades de ingresso e de permanência de trabalhadores da saúde nas ações presenciais de educação continuada e/ou permanente, o curso foi desenvolvido com financiamento público e na modalidade Educação a Distância (EaD). A primeira etapa do CEGTES aconteceu entre 2013 e 2014, na região Nordeste; a segunda, entre 2014 e 2016, nas regiões Norte e Centro-Oeste; e a terceira etapa, entre 2018 e 2019, nas regiões Sul e Sudeste. Seguramente, a ampliação da oferta de capacitação e de trabalhadores capacitados, característica primordial da modalidade EaD, já é um forte impacto desse curso nas instâncias do SUS.

No RJ, a divulgação e a realização do CEGTES também contaram com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) e do Instituto de Medicina

Social (IMS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sobretudo para mobilizar os cursistas e para auxiliar na logística dos encontros presenciais. De acordo com Estrela⁵ e Baltazar⁶, a rede de saúde do RJ é composta por 32 equipamentos estaduais de saúde, de diferentes níveis de atenção e especialidades, distribuídos entre as nove regiões Administrativas (Metropolitana I, Metropolitana II, Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba, Centro Sul, Serrana, Baixada Litorânea, Norte e Noroeste Fluminense).

Para ampliar a cobertura e garantir a integralidade do acesso da população fluminense – estimada em 17,2 milhões de habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2018⁷ – aos serviços de saúde, a rede de saúde também conta com serviços municipais, federais, privados e filantrópicos. Portanto, considerando a magnitude da organização da atenção à saúde no mencionado estado, bem como a importância da qualificação dos profissionais que compõem essa rede de serviços, seja no âmbito da gestão da força de trabalho ou diretamente na assistência à saúde, faz-se necessário formular processos educativos que venham a qualificar esses trabalhadores e divulgar os seus alcances.

O desenvolvimento do curso

Neste tópico, as informações acerca do desenvolvimento do CEGTES serão apresentadas em uma linguagem dialógica com a literatura científica, na tentativa de auxiliar a descrição e compreensão da experiência educativa. Como já foi dito na parte introdutória deste relato, o CEGTES é destinado a trabalhadores e gestores da área da gestão do trabalho e da educação na saúde, nas diferentes instâncias do SUS. Entretanto, considerando que a gestão do trabalho e da educação na saúde não deve se restringir a setores específicos, sobretudo porque as relações humanas são inerentes a qualquer processo de trabalho em saúde, no RJ, o público-alvo foi expandido para profissionais

de outras áreas da gestão de sistemas e serviços de saúde, e para profissionais da assistência.

Dos 31 alunos matriculados, 7 desistiram no decorrer do percurso e 24 conseguiram concluir a especialização. Entre os concluintes, 20 (83%) eram do gênero feminino, com predominância de idade entre 31 e 40 anos (46%). Nos últimos 30 anos, o mundo do trabalho e, por conseguinte, o SUS, passou por diversas transformações. Entre elas, destaca-se o aumento da inserção da mulher nos postos de trabalho em saúde, representando uma significativa expansão e contribuindo para melhor compreender as especificidades do setor saúde⁸.

Machado et al.⁹ revelam que, no Brasil, essa mudança é de forte impacto, principalmente nas profissões mais tradicionais, como a medicina e a odontologia. Na medicina, por exemplo, na década de 1970, as mulheres representavam 11% da categoria; nos anos 1990, já eram 33%; e estima-se que, nos próximos 15 anos, as mulheres possam representar 50% da profissão médica. De acordo com Machado e Ximenes Neto¹⁰, atualmente, 70% da força de trabalho em saúde do País são compostos por mulheres.

Semelhantemente às profissões que estão diretamente ligadas à assistência prestada aos usuários, os cargos administrativos e gerenciais do setor também são predominantemente ocupados por profissionais do gênero feminino. Segundo Moreno et al.¹¹, as mulheres representam cerca de 79%, contra os 21% de representação masculina.

Considerando, ainda, o quantitativo de concluintes do CEGTES, a maioria (42%) ocupa cargos na gestão de sistemas e/ou serviços de saúde (*tabela 1*) e 11 (45%) estão atuando em instituições municipais de saúde (*tabela 2*), sobretudo no interior do estado. Ademais, nenhum concluinte já havia participado de algum curso sobre gestão do trabalho e da educação na saúde. Estes dados ressaltam a importância do desenvolvimento de ações educativas para esta parcela de trabalhadores, que estão inseridos na gestão do SUS – mais

especificamente, na gestão do trabalho e da educação na saúde – sem conhecer a história, a configuração e as estratégias de gestão que vêm sendo desenvolvidas na área de recursos humanos em saúde.

Outrossim, reforça-se a importância da EaD como ferramenta da educação permanente, possibilitando a qualificação de trabalhadores

de municípios mais longínquos, de forma mais ampla e democrática. Afinal, a gestão do trabalho e da educação na saúde é vista como uma área de problemas crônicos e desafios agudos, considerando a complexidade de atividades laborais e os interesses em jogo para concretizar os anseios oriundos da idealização da Reforma Sanitária Brasileira¹².

Tabela 1. Distribuição dos alunos por área de atuação. Rio de Janeiro, Brasil, 2019

Área de Atuação	Quantitativo (N)	Quantitativo (%)
Gestão de Sistemas e/ou Serviços de Saúde	10	42%
Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	8	33%
Assistência à Saúde	6	25%
Total	24	100%

Fonte: Adaptado de Castro et al.¹³.

Tabela 2. Distribuição dos alunos por instituição de atuação, segundo esfera administrativa. Rio de Janeiro, Brasil, 2019

Esfera Administrativa	Quantitativo (N)	Quantitativo (%)
Instituição Municipal de Saúde	11	45%
Instituição Estadual de Saúde	3	12%
Instituição Federal de Saúde	5	21%
Instituição Filantrópica de Saúde	1	4%
Empresa Pública de Saúde	4	18%
Total	24	100%

Fonte: Adaptado de Castro et al.¹³.

Composto por 380 horas e organizado em quatro unidades didáticas, cada uma com seus respectivos módulos (*quadro 1*), o CEGTES teve início, no RJ, no dia 27 de agosto de 2018. Anteriormente ao primeiro encontro presencial, realizado na SES/RJ, todos os tutores, coordenadores locais e coordenadores

pedagógicos da etapa Sul e Sudeste participaram de uma capacitação pedagógica realizada em Natal (RN), no mês de junho de 2018, para compreender a estrutura curricular do curso, conhecer o material didático e se familiarizar com o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Quadro 1. Estrutura curricular do CEGTES, etapa Sul e Sudeste. Natal, Brasil, 2019

Unidade Didática	Módulos	Período	Carga Horária
Unidade I – Serviços de Saúde, Cidadania e Trabalho	Módulo 1 – O SUS e o Direito à Cidadania	27/08/2018 a 09/09/2018	60 horas
	Módulo 2 – As Mudanças no Mundo do Trabalho e as Repercussões na Saúde	10/09/2018 a 23/09/2018	
	Módulo 3 – O Processo de Trabalho em Saúde	24/09/2018 a 07/10/2018	
Unidade II – Gestão do Trabalho em Saúde	Módulo 1 – Características das Instituições de Saúde	08/10/2018 a 21/10/2018	160 horas
	Módulo 2 – Humanização na Gestão do Trabalho em Saúde	22/10/2018 a 04/11/2018	
	Módulo 3 – Saúde do Trabalhador no Contexto do SUS	05/11/2018 a 18/11/2018	
	Módulo 4 – Negociação como Metodologia de Gestão do Trabalho	19/11/2018 a 16/12/2018	
	Módulo 5 – Mecanismos e Instrumentos de Gestão do Trabalho	17/12/2018 a 27/01/2019	
Unidade III – Gestão da Educação na Saúde	Módulo 1 – Educação para Qualificação do Trabalho em Saúde	28/01/2019 a 24/02/2019	80 horas
	Módulo 2 – O Processo Educativo nos Serviços de Saúde	25/02/2019 a 24/03/2019	
Unidade IV – Metodologia da Pesquisa	Módulo 1 – Metodologia da Pesquisa: Elaborando um Projeto de Intervenção	25/03/2019 a 31/05/2019	80 horas

Fonte: Adaptado de Castro et al.¹⁴.

De acordo com Vilar et al.¹⁵, a EaD vem sendo utilizada como um método inovador na educação permanente em saúde, capaz de contribuir com a qualificação profissional, provocar mudanças nos serviços e propiciar novos modelos de gestão e de atenção à saúde. Para tal, é primordial que as práticas educativas na EaD, assim como as práticas educativas presenciais, não sejam centralizadas nos professores e sim, em concepções pedagógicas críticas, através das quais o aluno seja um sujeito ativo no processo ensino-aprendizagem e o tutor seja um facilitador.

No Brasil, as concepções pedagógicas críticas ganharam maior visibilidade a partir do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, logo após o final do regime militar, quando trabalhadores do sistema educacional, aproveitando-se da abertura política e democrática existente no país, mobilizaram-se para implementar um

modelo educacional que fosse capaz de propiciar transformações sociais, econômicas e políticas¹⁶. Neste sentido, os conteúdos pedagógicos e procedimentos didáticos pautados por esta corrente pedagógica devem estar relacionados ao cotidiano do aluno e às realidades sociais, sendo necessário que o professor esteja pedagogicamente qualificado e domine conhecimentos e práticas para que, de maneira dialógica com o aluno, favoreça o acesso ao conhecimento e o aprendizado deste¹⁶.

Portanto, na modalidade EaD, é fundamental que o tutor conheça profundamente as tecnologias da informação e comunicação de que fará uso, “apoiado por ferramentas que viabilizem o diálogo, a troca de saberes e a construção coletiva de ideias”¹⁵⁽¹⁸⁾. Ademais, cabe ao tutor compreender que a relação com o aluno da modalidade EaD acontece através de um ambiente virtual, todavia, suas práticas

deverão impactar no mundo real, onde os alunos estão inseridos, e também o utilizarão como meio de diagnóstico e transformação.

Desde o início do curso, a participação dos alunos nos fóruns virtuais foi muito significativa, tanto em termos quantitativos como em termos qualitativos. Através da tutoria, foi possível perceber que os fóruns são ferramentas importantes para que os estudantes possam compartilhar entre si as suas experiências cotidianas do trabalho no SUS, bem como para exporem as dificuldades e facilidades para a realização das atividades. Ademais, os alunos também utilizaram os fóruns para avaliar positivamente as estratégias de ensino-aprendizagem criadas pela coordenação e tutoria do curso, conforme os trechos a seguir:

Olá, caros colegas e tutor! Achei o vídeo bem interessante. No processo de trabalho ao qual estou inserido, há muitas diferenças. Tais diferenças surgem em razão de eu atuar em unidade de saúde hospitalar de média e alta complexidade. Mas ao assistir o vídeo, passando pela ideia de integração de equipes multiprofissionais, percebi que o conceito é perfeitamente aplicável ao ambiente hospitalar. Integrar as equipes é uma boa estratégia para efetivação de uma assistência mais humanizada. (Depoimento de um aluno, extraído do Fórum Geral do Módulo 3 - Unidade 1).

Olá a todos! Estou gostando da dinâmica do curso, com textos, vídeos e interação entre os alunos. A atuação do tutor é um diferencial, solicitando nossa participação e atenção aos prazos. Quanto ao tema abordado no Módulo I, acho muito importante a discussão sobre o SUS, visto que é um modelo tão abrangente para a saúde, mas que na prática não é bem aplicado, por diversos motivos. Um deles é justamente a má gestão, não só de governantes, mas também dos colaboradores das unidades de saúde. Sim, a nossa atuação reflete consideravelmente nos serviços prestados à população e a nossa discussão aqui gera crescimento. (Depoimento de um aluno, extraído do Fórum Geral do Módulo 1 - Unidade 1).

Para que a turma cumprisse o calendário de atividades corretamente, mensagens via plataforma eram enviadas para os alunos no dia da abertura de cada módulo, após uma semana da data de abertura e dois dias antes da data de encerramento. Além disso, o acesso dos alunos à plataforma era acompanhado diariamente, visando esclarecer possíveis dúvidas e orientar a realização das atividades. Apesar dessas estratégias, a assiduidade dos alunos começou a declinar no período entre o encerramento da Unidade Didática II e o início da Unidade Didática III.

Além do período de recesso de fim de ano, quando muitos trabalhadores gozam seus dias de férias, o processo de ensino-aprendizagem no CEGTES também era um ato vivo e atravessado pelos acontecimentos do cotidiano dos alunos, fossem eles pessoais ou profissionais. Na turma, o processo formativo foi permeado por angústias e desânimos, agudizados pelos contextos social, político e econômico do Brasil e do RJ, nos quais as mudanças vivenciadas no mundo do trabalho em geral, com altas taxas de desemprego, ameaçavam com mais intensidade os cursistas com vínculos precários de emprego.

Percebendo a mudança de comportamento dos alunos na plataforma, visto que muitos não acessavam o AVA havia mais de 20 dias e acumulavam uma significativa quantidade de tarefas, outros meios de informação e comunicação foram agregados, visando motivar a turma e aperfeiçoar a interatividade entre tutor e alunos, tornando-os mais próximos, apesar da distância. Segundo Tori¹⁷, nos espaços presenciais ou virtuais de aprendizagem, a interatividade pode ser definida como a capacidade de compartilhamento entre os sujeitos, podendo ser facilitada por um sistema ou equipamento de comunicação.

Acreditando nisso, foi estimulado o uso do aplicativo WhatsApp[®] como mais um recurso de comunicação e troca de experiências, com a composição de um grupo contendo tutor, alunos, coordenação local e coordenação pedagógica, para torná-los mais interativos e superar as barreiras existentes no processo

educacional. Paulino et al.¹⁸ destacam que o aplicativo WhatsApp® tem um forte potencial didático, quando utilizado de maneira correta, configurando-se como um espaço de interações rápidas e dinâmicas, possibilitando a construção de um saber crítico e reflexivo entre os envolvidos. Ademais, é um aplicativo de baixo custo e pouco explorado pelas universidades brasileiras no auxílio à formação de recursos humanos em saúde.

O uso do aplicativo de mensagens aumentou a participação dos alunos na plataforma virtual, no entanto, a equipe pedagógica do CEGTES avaliou como necessária a realização de um segundo encontro presencial, não previsto no planejamento inicial do curso. Realizado no dia 16 de março de 2019, nas dependências do IMS/Uerj, o segundo encontro presencial contou com a participação de 18 alunos, constituindo-se em um momento de repactuação para a realização das atividades atrasadas, havendo uma forte adesão dos alunos que ainda estavam ativos na plataforma, independentemente de terem comparecido ao encontro presencial ou não, para a realização das mencionadas atividades.

Ademais, esse encontro presencial foi uma ação estratégica para estimulá-los na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). No encontro, além das orientações gerais sobre os aspectos normativos e metodológicos, foram debatidos os possíveis temas que iriam compor os TCC dos referidos alunos.

No CEGTES, a proposta do TCC a ser desenvolvido pelos alunos é um projeto de intervenção, sendo preciso identificar um problema dentro do seu lócus de trabalho e, a partir deste, escolher as maneiras de solucioná-lo, respeitando a concepção pedagógica problematizadora do curso, “uma vez que busca a

construção do saber vinculado ao contexto do trabalho no qual o aluno está inserido”¹⁴⁽⁹⁾. Na concepção pedagógica problematizadora, pertencente à corrente das pedagogias críticas, o processo de ensino-aprendizagem se dá pelo diálogo entre professores e alunos. A partir deste diálogo, mediado pela realidade em que ambos vivem, o aluno é estimulado a extrair os conteúdos de aprendizagem para analisar criticamente a realidade e intervir, possibilitando a transformação social¹⁶.

Para Freire¹⁹, principal educador responsável pela difusão do método da problematização, é por meio do diálogo que ocorre a verdadeira comunicação, sendo uma relação social, igualitária e que produz conhecimento. Desse modo, no CEGTES a aprendizagem ocorreu através de uma ação motivada e de uma real situação problema, na qual a construção do conhecimento se deu a partir das experiências dos alunos, da descoberta de novos conhecimentos e do desenvolvimento de atitudes críticas e criativas¹⁴.

Para que a proposta interventiva fosse efetivada, o aluno do curso precisava compreender, inicialmente, a importância do conhecimento científico para a eficácia das práticas do trabalho em saúde, e desenvolver olhares e reflexões que garantissem um raciocínio científico, possibilitando construir sistematicamente o seu projeto de intervenção. Ao todo, foram apresentados e aprovados 24 TCC, versando sobre a gestão do trabalho em saúde ou sobre a gestão da educação na saúde.

O terceiro encontro presencial do curso, considerado também como o encerramento e o momento de defesa dos TCC, ocorreu no dia 29 de junho de 2019, também nas dependências do IMS/Uerj. A *tabela 3* a seguir contém informações acerca das principais temáticas dos TCC.

Tabela 3. Distribuição dos TCC por subárea e temática. Rio de Janeiro, Brasil, 2019

Subáreas	Temáticas	Quantitativo (N)
Gestão da Educação na Saúde	Educação Permanente em Saúde	13
	Integração Ensino e Serviço	1
Gestão do Trabalho em Saúde	Saúde do Trabalhador	4
	Negociação do Trabalho em Saúde	2
	Organização do Processo de Trabalho em Saúde	2
	Cogestão do Trabalho em Saúde	1
	Dimensionamento de Pessoal	1
Total		24

Fonte: Adaptado de Castro et al.¹³.

Conforme pode ser observado na *tabela 3* acima, a principal temática dos TCC defendidos versa sobre a educação permanente em saúde. De modo geral, a educação permanente em saúde objetiva orientar o desenvolvimento profissional para transformar as práticas de saúde e o modo de organização do trabalho, através do reconhecimento das necessidades locais e da educação no trabalho e para o trabalho, envolvendo instituições de ensino, gestores, trabalhadores e usuários.

Para instituir a educação permanente no âmbito dos estabelecimentos de saúde, em 2004, o MS lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por intermédio da Portaria nº 198. Três anos depois, em 2007, a Portaria nº 1.996, também do MS, definiu diretrizes para a implementação da PNEPS nos estados e municípios brasileiros²⁰.

Segundo a PNEPS, as três esferas de gestão do SUS devem: 1) planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies); 2) estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde, em seu âmbito de gestão, para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação

na saúde; e 3) articular, junto às instituições de ensino técnico e universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária²¹.

Entretanto, em todo o território nacional ainda existem muitos entraves à implementação da PNEPS nos diferentes níveis de gestão e de atenção do SUS. Entre estes principais entraves, destacam-se: o descaso, por parte dos gestores do SUS; a falta de compreensão dos princípios pedagógicos da educação permanente, por parte dos trabalhadores da saúde; a falta de estruturação de um setor específico para a educação permanente nas secretarias de saúde; e a descontinuidade das atividades das CIES^{20,22,23}.

Portanto, considerando esses limites apresentados e o caráter interventivo do TCC para a gestão do trabalho e da educação na saúde, talvez as dificuldades acima justifiquem a existência de tantos trabalhos sobre a educação permanente em saúde. Outrossim, mostram como a gestão do trabalho e da educação na saúde, vista por muito tempo como uma área 'dura', pode se articular muito bem com outras áreas de atuação e de estudo para qualificar cada vez mais o trabalho em saúde e, consequentemente, o cuidado em saúde.

Considerações finais

O presente relato buscou descrever as experiências desenvolvidas durante um processo educativo sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde, para gestores e trabalhadores do SUS no estado do RJ. Deste modo, espera-se que possa contribuir com a reflexão crítica e a discussão acerca da importância da educação permanente para os trabalhadores da saúde.

Além disso, dentro de suas limitações, pretendeu destacar a contribuição da EaD na democratização do acesso às oportunidades de qualificação profissional, bem como a importância da integração ensino-serviço para o fortalecimento da cooperação técnica, para o desenvolvimento profissional em saúde e para a sustentação do SUS.

Espera-se que outros estudos possam ser realizados e divulgados, principalmente na perspectiva dos alunos, para avaliar a importância desse curso em sua percepção e o real impacto de tal proposta educativa no cotidiano dos sistemas e serviços de saúde contemplados.

Agradecimentos

Ao Observatório de Recursos Humanos da UFRN e ao DEGTS/MS.

Colaborador

Lima RRT (0000-0003-0647-5093)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. 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*. 2017; 41(112):110-121.
2. Mendes TMC, Oliveira RFS, Mendonça JMN, et al. Planos de cargos, carreiras e salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(119):849-861.
3. Magnago C, Pierantoni CR, França T, et al. Política de gestão do trabalho e educação em saúde: a experiência do ProgeSUS. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(5):1521-1530.
4. Castro JL, Vilar RLA, Costa TPT. La tecnología de la educación a distancia: ampliando el acceso en los procesos de capacitación en los servicios de salud. *Rev internacional de tecnología, ciencia y sociedad*. 2017; 6(1):49-53.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Estrela CR. Brincando com coisa séria: a saúde da população negra e a qualificação dos trabalhadores da saúde do estado do Rio de Janeiro [monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019. 24 p.
6. Baltazar DVS. ConversaSUS com a formação: proposta de estruturação de uma plataforma digital de formação para o Sistema Único de Saúde [monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019. 27 p.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Brasil). Estimativas da população [internet]. [Brasília, DF]: IBGE; [data desconhecida] [acesso em 2019 ago 3]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e/>.
8. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, et al. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Divulg. saúde debate*. 2010; (45):54-70.
9. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; 2011. p. 103-116.
10. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1971-1980.
11. Moreno AB, Almeida A, Costa L, et al. Trabalhadores da saúde: diferenças de escolaridade entre o setor público e o privado. Um estudo a partir da PNAD – 2005. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; 2011. p. 117-132.
12. Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: USP; 1994.
13. Castro JL, Vilar RLA, Mendes TMC, et al. Especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde: em foco, a caracterização dos alunos (relatório de pesquisa) [internet]. [Natal]: Observatório de Recursos Humanos – UFRN; [2020] [acesso em 2020 set 1]. Disponível em: <http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/7a6a6faa3b4ba2158069992bfd32a612.pdf>.
14. Castro JL, Vilar RLA, Liberalino FN. *Gestão do trabalho e da educação na saúde*. Natal: SEDIS-UFRN; 2018.
15. Vilar RLA, Castro JL, Dias MA, et al. A importância do professor tutor na mediação pedagógica em ambientes virtuais de aprendizagem. In: Castro JL, Dias MA, Oliveira RFS, organizadoras. *A integração entre o ensino e o serviço de saúde: relato de atores, olhar de investigadores*. Natal: Una; 2017. p. 18-35.
16. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. saúde pública*. 2003; 19(5):1527-1534.
17. Tori R. *Educação sem distância: as tecnologias interativas na redução de distâncias em ensino e aprendizagem*. 2. ed. São Paulo: Artesanato Educacional; 2017.
18. Paulino DB, Martins CCA, Raimondi GA, et al. WhatsApp® como recurso para a educação em saúde: contextualizando teoria e prática em um novo cenário de ensino-aprendizagem. *Rev bras educ méd*. 2018; 42(1):169-178.
19. Freire P. *Educação e mudança*. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.
20. França T, Medeiros KR, Belisário 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(6):1817-1828.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. 21

Ago 2007. [acesso em 2020 ago 17]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

22. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(5):1489-1500.

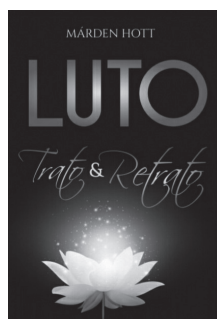
23. França T, Belisário SA, Medeiros KR, et al. Limites e possibilidades das comissões permanentes de integração ensino-serviço. *Saúde debate.* 2017; 41(esp3):144-154.

Recebido em 28/08/2019

Aprovado em 06/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



Hott M. Luto: Trato & Retrato

Mården Hott¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012626

A **'PERTURBAÇÃO DE LUTO COMPLEXO PERSISTENTE'**, sugerida no apêndice do 'Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais' (DSM5), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, em 2014, e referência mundial para as questões relacionadas à saúde mental, indica a necessidade de estudos consistentes sobre o estado de enlutamento complicado e tem causado polêmicas conceituais, dividindo opiniões. Mas há o consenso de que esse infortúnio pode atingir qualquer pessoa, em diversos momentos, pois todos já passaram, estão passando ou irão passar pelo luto, complexo ou não.

Há defensores do enlutamento como quadro patológico quando a tônica sintomatológica dos sentimentos de perda e a temporalidade largamente estendida dificultam o balizamento da dor, podendo levar a sérias consequências na saúde física e emocional da pessoa nessa condição, inclusive induzindo o portador ao último passo (o suicídio), requerendo, assim, diagnóstico e intervenções precoces. Por outro lado, há profissionais e pesquisadores da psique que considerem o luto como um sentimento normal, de determinação exclusivamente individual e que cada qual manifesta em seu tempo, sem necessidade de intervenções. Simples assim.

No entanto, 'Luto: Trato & Retrato'¹, obra lançada em abril de 2020, contempla, para além do percurso individual da escritora no contexto do processo de morte e morrer, diversas e adversas situações de enlutados e estratégias para o enfrentamento da dor, com foco na saúde mental alicerçada pela espiritualidade. O discurso é realista, emocionalmente contundente, desprovido de máscaras que encobrem, inibem e/ou censuram aqueles que por vezes se sentem acuados e sem direcionamento congruente para a resolutividade da questão. Portanto, para muitos afetados pelo enlutamento, não é tão simples assim.

O que chama a atenção na produção literária é o discurso da autora, que, mesmo se envolvendo com pesquisas acadêmicas sobre o luto, viu-se profundamente atingida por ele, reforçando a hipótese do despreparo, ainda que se acredite estar instrumentalizado para o enfrentamento do fato. Para além, o transtorno proveniente do enlutamento complicado é abordado não somente como problema pessoal, mas, também, como uma questão familiar e social, ao deparar com a incompreensão da atribulação, tanto para quem se encontra enlutado quanto diante da inabilidade da comunidade para lidar com quem se enluta.

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
estagioeff@yahoo.com.br

O capítulo inicial do livro vai diretamente ao ponto, trazendo a conclusão nas primeiras páginas, que reforçam a teoria de históricos pesquisadores do luto: os seres humanos, apesar de terem como única certeza a inevitabilidade da morte, não estão preparados para compreender a naturalidade do único fenômeno que sabidamente é universal e, na maioria das vezes, de instante imprevisível. O medo da finitude está arraigado às questões culturais ocidentais e especialmente à brasileira, visto que ignorar, permear de hesitação ou negar o porvir faz parte do senso comum desta população. Não obstante, o instinto de preservação e sobrevivência é natural em todo ser vivo.

Contudo, os capítulos seguintes abordam e retomam os pensamentos de negatividade que afligem o enlutado, os intermináveis inquéritos sobre a morte e revela uma questão fundamental para que se tente entender o turbilhão de emoções que envolve as mais íntimas carências de solução: o desvencilhar da culpa, mesmo que ela não seja evidenciada pelo evento em si, ou conscientemente cogitada. O pensar em ter feito mais e melhor pelo ente querido que atingiu sua finitude biológica talvez seja uma das principais chaves para abrir as portas que aprisionam as pessoas no problema.

Outra questão relevante é a interrupção do ciclo vital, quando o ideário do processo de nascer, crescer, reproduzir, envelhecer e morrer é interrompido por óbitos de infantes ou adolescentes. Mas não se atém somente a isso, pois tanto quanto nas fases da adultez ou senescência, por meio de patologias potencialmente fatais, acidentes, homicídios e autoexterminio, o enlutamento patológico também se constrói. Ao afirmar que ‘dor é dor’, os fatores que conduziram ao desfecho final, apesar de darem significado ao enredo, perdem potencialidade ao considerar o tipo de vínculo (ou a falta dele) como o principal marcador do desarranjo do luto. A questão sempre será inusitada, ainda que seja recorrente, pois a qualidade

do laço (des)construído é o verdadeiro fator de risco, traduzindo a particularidade das relações humanas.

Em contrapartida, a alegação dá veemência na positividade para a busca do triunfo sobre a dor por meio da espiritualidade e a tentativa, embora às vezes frustrada, de desvendar os mistérios que envolvem a morte, não obstante a imperativa necessidade – em muitos casos – do auxílio médico e/ou psicológico para se desvencilhar do transtorno. A Organização Mundial da Saúde, ao definir ‘saúde’, prevê a inserção da espiritualidade nos cuidados às pessoas em sofrimento, não apenas físico, mas também psíquico, ao afirmar que estar saudável não é apenas se eximir da doença, mas, sim, deter o bem-estar físico, social e emocional (espiritual).

Nesses termos, o encontro com a crença e a fé, independentemente da religiosidade – embora a ênfase seja dada ao espiritismo e aos seus pilares: ciência, filosofia e religião, bem como às suas vertentes: imortalidade da alma e comunicabilidade dos espíritos, registrada através da mediunidade –, demonstra o potencial consolador da adesão ou da descoberta da possibilidade de conexão com o divino, entretanto, livre de proselitismo. Assim, a espiritualidade se torna elemento essencial para vencer as fragilidades emocionais. O desenhar do inicial panorama obscuro do luto complicado e, no decorrer, a sinalização gradativa das medidas de elucidação do óbice, ademais, agregam no compartilhamento de experiências com os pares, outro potente recurso de alívio. O ‘compreender e o ser compreendido’ notabiliza o valor e a magnitude da empatia, que, mesmo não sendo curativa, funciona eficazmente como medida paliativa.

Claramente, a argumentação chama a atenção dos enlutados e daqueles que lidam com o luto, para o entendimento de que estes não estão e não precisam estar sozinhos nessa trajetória árdua. Com o auxílio adequado, mediante o suporte de profissionais da saúde (competentes e humanizados), o

fortalecimento das relações interpessoais e o estreitamento de afinidade com a espiritualidade que melhor aprover, é possível retomar a vida, possivelmente com a mesma qualidade de antes ou similar, combatendo e superando os obstáculos que antes eram vistos como intransponíveis.

Colaboradora

Hott M (0000-0002-2791-8677)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referência

1. Hott M. Luto: Trato & Retrato. Santa Luzia: Chico Xavier; 2020.

Recebido em 29/04/2020
Aprovado em 29/06/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the 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 seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document 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 MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA 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, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos 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/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Annabella Blyth (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Carla de Paula (português/*portuguese*)

Cristina Antunes, Maria Betânia Ferreira e Marta Pipponzi -

B&C Revisão de Textos LTDA (inglês/*english*)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/*portuguese and english*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Martim Cordeiro Pereira Cardoso (inglês/*english*)

Peter John Lenny (inglês/*english*)

Simone Basilio (português/*portuguese*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2020.

v. 44. n. 126; 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