



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 45, NÚMERO 129
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2021
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

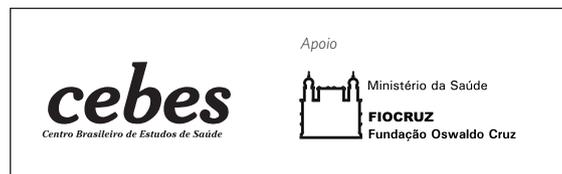
SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Mangueiras
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

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz

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 45, NÚMERO 129
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2021

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

257 **Nossas tarefas permanentes: Saúde, Democracia e Socialismo**

Our permanent tasks: Health, Democracy and Socialism

José Carvalho de Noronha, Lucia Souto

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

263 **Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará**

Regional Intergovernmental Commission as a governance mechanism for health policy in Ceará

Maria Sônia Lima Nogueira, Lucia Conde de Oliveira, Liduína Farias Almeida da Costa

275 **Reflexión del discurso del bienestar y el desarrollo en el neoliberalismo. El caso en el sistema de salud colombiano**

Reflection of well-being discourse and development in neoliberalism ideology. The case in the Colombian health system

César Alberto Pazo Fernández

287 **Os atores da regulação assistencial no SUS: quem regula a rede?**

The actors of the healthcare regulation in the SUS: who regulates the network?

Deise Santana de Jesus Barbosa, Maria do Carmo Lessa Guimarães

300 **Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil**

Performance of SUS health services in a macroregion of the state of Pernambuco, Brazil

Alaine Santos Parente, Arianny Soares Ramos de Santana, Sydia Rosana de Araujo Oliveira

315 **Gestão participativa na Estratégia Saúde da Família: reorientação da demanda à luz do Método Paideia**

Participatory management in the Family Health Strategy: reorientation of demand in the light of the Paideia Method

Mykaelly Pereira Clemente, Antonio Germane Alves Pinto, Alissan Karine Lima Martins

327 **Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes**

Coordination of care in the 'Street Clinic' in Rio de Janeiro: breaking barriers and building networks

Amanda Rodrigues dos Santos, Patty Fidelis de Almeida

340 **Rede Mãe Paranaense: análise da estratificação do risco gestacional em três regionais de saúde em 2017-2018**

Rede Mãe Paranaense: analysis of the gestational risk stratification in three regional health care in 2017-2018

Tainá Aparecida Bender, Adriana Zilly, Helder Ferreira, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, Andrea Ferreira Ouchi França, Rosane Meire Munhak da Silva

-
- 354 **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma proposta de avaliação**
National Comprehensive Health Policy for the Black Population: an evaluation proposal
Tarcisio Oliveira Silva, Edna Maria de Araújo, Kátia Santana Freitas, Silvone Santa Bárbara da Silva
- 366 **Elaboração e validação de um instrumento para mensurar Autopercepção de Saúde em adultos**
Development and validation of an instrument to measure Self-Perceived Health in adults
Samuel Mattos, Thereza Moreira, Raquel Florêncio, Virna Cestari
- 378 **Gastos com internações compulsórias por consumo de drogas no estado do Espírito Santo**
Expenditures on compulsory hospitalizations due to drug use in the state of Espírito Santo
Fabiola Xavier Leal, Maria Lúcia Teixeira Garcia, Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai, Lara da Silva Campanharo
- 393 **Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR)**
Access barriers for Men who have Sex with Men for HIV testing and treatment in Curitiba (PR)
Vanda Lúcia Cota, Marly Marques da Cruz
- 406 **Satisfação e acesso à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids no nordeste brasileiro**
Access to and satisfaction with oral health care among persons with HIV/Aids in Northeastern Brazil
Lizaldo Andrade Maia, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer, Maria Vieira de Lima Saintrain, Sharmênia de Araújo Soares Nuto, Ana Patrícia Pereira Morais
- ENSAIO | ESSAY
- 420 **Práticas estéticas e corporais: criação e produção de subjetividade na atenção psicossocial**
Aesthetic and body practices: creation and production of subjectivity in psychosocial care
Elizabeth Araújo Lima, Guilherme Providello, Juliana Araújo Silva, Juliana Maria Padovan Aleixo, Livia Pellegrini, Paula Carpinetti Aversa, Tais Barrenha, Tanya Marques Cardoso
- ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE
- 435 **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho – obrigação legal de base técnica se transforma em imbróglio político-social: reflexões sobre possíveis saídas**
List of Work Related Diseases – legal requirement turns into a social-political embroilment: thoughts about possible resolutions
Elizabeth Costa Dias, João Silvestre Silva-Junior, Karla Freire Baeta, Marcia Bandini

-
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 441 **Pra nem morta ser calada: arte afro-brasileira como fortalecimento identitário entre estudantes de medicina**
Even in death, unsilenced: Afro-Brazilian art as identity fortification instruments among medicine students
Marina Moreira
- REVISÃO | REVIEW
- 451 **Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde**
Needs in health/health needs: concepts, implications and challenges for the Brazilian Unified Health System
Leonardo Carnut, Camila Bianchi Ferraz
- 467 **Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos**
Parliamentary health amendments in the context of the federal budget: between the 'is' and the 'should be' of resource allocation
Leonardo Carnut, Edgard Caires Gazzola Andre, Áquilas Mendes, Ana Lígia Passos Meira
- 481 **Panorama da produção científica sobre Cuidados Intermediários e Hospitais Comunitários: uma revisão integrativa**
Overview of scientific production on Intermediate Care and Community Hospitals: an integrative review
Érika Fernandes Tritany, Túlio Batista Franco, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça
- 501 **Instrumentos mais utilizados na avaliação da exposição a Experiências Adversas na Infância: uma revisão da literatura**
Most frequently used instruments for the assessment of exposure to Adverse Childhood Experiences: a literature review
Flávia Garcia Pereira, Maria Carmen Viana
- 514 **Práticas de Atenção Primária à Saúde na área de drogas: revisão integrativa**
Primary Health Care practices in the drugs area: integrative review
Luíza Carraschi de Oliveira, Luciana Cordeiro, Cassia Baldini Soares, Célia Maria Sivalli Campos
- 533 **Análise da produção científica sobre os serviços farmacêuticos comunitários no enfrentamento da pandemia pelo coronavírus**
Analysis of scientific production on community pharmaceutical services in confronting the coronavirus pandemic
Nília Maria de Brito Lima Prado, Vinícius Nunes Carvalho, Fabiely Gomes Nunes, Naila Neves de Jesus, Hebert Luan Pereira Campos dos Santos, Adriano Maia dos Santos
- RESENHA | CRITICAL REVIEW
- 548 **Portes LH. Política de controle do tabaco no Brasil**
Mariana Pinho, Nilson do Rosário Costa

Nossas tarefas permanentes: Saúde, Democracia e Socialismo

José Carvalho de Noronha^{1,2}, Lucia Souto^{1,3}

DOI: 10.1590/0103-1104202112900

ENQUANTO ESTAS LINHAS ESTÃO SENDO ESCRITAS, o Brasil atingiu 18 milhões de casos de Covid-19 e acabou de romper a barreira das 500 mil mortes por essa doença. O Presidente da República faz blagues, estimula aglomerações, desincentiva a vacinação. O ano de 2020 encerrou com o País de volta ao Mapa da Fome das Nações Unidas: 60% dos domicílios brasileiros em situação de insegurança alimentar, 15% em situação de insegurança alimentar grave – a fome propriamente dita¹. Junho de 2021, quase 15 milhões de desempregados, dos quais cerca de 3,5 milhões há mais de dois anos². O Ministro da Economia declara que a classe média brasileira desperdiça comida e propõe que se lhes recolham os restos para alimentar a população; e quem não tem renda porque a economia parou é vagabundo, que idoso tem quer morrer, entre outras barbaridades. Além disso, mantém com vigor a política de austeridade fiscal celebrada por editoriais da grande imprensa e pelo grande capital administrado na Avenida Faria Lima em São Paulo.

Dia sim, dia também, o Presidente insulta as instituições da República, afronta a imprensa e estimula os conflitos sociais atacando direitos civis; e prossegue na sua sanha belicosa de estimular a distribuição de armas e a indisciplina nas Forças Armadas e nas forças policiais. Organiza ‘motociatas’ à moda de Mussolini e antecipa que não aceitará os resultados das eleições de 2022 se for derrotado.

De outra parte, embora nessa altura ainda não prosperem os pedidos de *impeachment*, já se observa uma crescente resistência de segmentos conservadores aos excessos do governo. Em maio e em junho, a despeito da pandemia, as ruas se encheram de manifestações populares pedindo a deposição do Presidente, vacinas, e o fim da austeridade. Discutem-se amplamente alternativas políticas e partidárias para as eleições gerais de 2022. Essa retomada requer que revisitemos nossa agenda permanente para melhor orientar nossa ação intelectual e militante na conjuntura.

Em suas últimas teses (2017-19)³, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) registrava

[...] crescente tensão entre o capitalismo e a democracia. No momento, há uma radicalização dessa tensão que surge como o maior dos desafios mediante o contexto do déficit democrático expresso pelo processo global de desorganização das democracias sociais do pós-guerra.

Em todo o mundo, os bilionários viram sua riqueza aumentar, em plena pandemia, em espantosos US\$ 3,9 trilhões entre 18 de março e 31 de dezembro de 2020. Sua riqueza total agora é de US\$ 11,95 trilhões, o que é equivalente ao que os governos do G20 gastaram em resposta à

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jose.noronha@fiocruz.br

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

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



pandemia em 2020. Enquanto os maiores bilionários do mundo continuam acumulando riqueza, pessoas que vivem na pobreza ficam mais pobres como resultado da crise causada pela pandemia. Estimativas recentes mostram que o número de pessoas que vivem com menos de US\$ 5,50 por dia poderia aumentar entre 200 milhões e 500 milhões em 2020.

No Brasil, o número de bilionários saltou 44% – de 45, em 2020, para 65, em 2021. Juntos, eles detêm US\$ 219,1 bilhões, aproximadamente R\$ 1,2 trilhão – quase o Produto Interno Bruto (PIB) do País. No período pandêmico, essa riqueza quase dobrou; eram US\$ 127,1 bilhões no ano passado, uma subida de 71%.

Mercadores da morte também viram suas fortunas aumentarem. O lucro líquido das operadoras de planos de saúde cresceu 49,5%, para R\$ 17,5 bilhões, em 2020, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse mercado encerrou o ano com 47,6 milhões de usuários, o que representa uma alta de 650 mil pessoas. A receita do setor atingiu R\$ 217 bilhões, uma alta de 4,7%. Da lista da revista Forbes de 2021, dos 10 maiores bilionários brasileiros, três são comerciantes da saúde.

O que ressalta da crise sanitária, econômica e social no Brasil devastado pelo neoliberalismo comandado por um governo de ultradireita que conduz um Estado suicidário autoritário em movimento em torno do nada é uma realidade perturbadora. O quadro, sem chances de ser ocultado, é que a maioria da população que inspirou e é objeto do discurso e da luta por justiça e direitos humanos não é sujeito deles. A guerra civil não declarada que o País sempre viveu e naturalizou os genocídios e os massacres e a acumulação de capital garantidos pela bala e o medo, acentua Safatle⁴.

Como dizem Noronha et al.⁵

[...] cabe então interrogar sobre o futuro mediante o desconcerto do Brasil explicito nesse momento histórico regido por um delírio de entrega ao sacrifício e incita o aplauso do povo aos seus algozes que não se importam com a morte dos outros. Quais seriam os afetos capazes de mobilizar mudanças nesse contexto em que se convoca por uma solidariedade longínqua e fragilizada e ao mesmo tempo tão requisitada pela dramaticidade desse momento de tamanha desgraça e impotência de todos?

Nenhuma medida econômica, social ou sanitária será suficiente sem a reversão do modo de ser da sociedade capitalista; o crescimento econômico como equação linear não resolve. Contudo, a crise não é apenas econômica ou sanitária, é energética, alimentar e ecológica. São os sintomas mórbidos anunciados por Gramsci do velho que ainda não pereceu na crise de hegemonia⁵.

A humanidade encontra-se na encruzilhada do socialismo ou barbárie, ou “barbárie se tivermos sorte”, como atualizou Mészáros⁵. O padrão de produção, distribuição, acumulação e consumo hoje existente nas nações europeias e norte-americanas não é reproduzível para o conjunto das pessoas do mundo. É preciso atualizar e colocar no nosso horizonte a construção de novas relações econômicas e sociais que reponham as perspectivas de mais saúde, democracia e do socialismo, para que se compreendam os movimentos táticos que devem ser empreendidos na conjuntura brasileira para a derrota do bolsonarismo e suas alianças com a burguesia retrógrada e colonizada.

O Cebes tem que aumentar sua militância nos espaços acadêmicos, políticos e nas ruas. Desde a recomposição da representação da chamada ‘comunidade científica’ no Conselho Nacional de Saúde (CNS), solidificou sua ação coordenada com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Rede Unida, Sociedade Brasileira de Bioética e Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres). Teve um papel destacado, com essas entidades, na elaboração, em 2020, do Plano Nacional de Enfrentamento da Covid entregue às autoridades sanitárias e ao Congresso Nacional,

além de ampla divulgação pública, consolidada na criação da Frente pela Vida. Teve um protagonismo relevante no CNS na luta pelo financiamento da saúde e pela revogação da EC 95.

Com os movimentos populares, participa da Frente Brasil Popular e da Frente Povo Sem Medo. Desde dezembro de 2020, iniciou uma série de debates virtuais com lideranças políticas, sanitárias e populares para apoiar a luta cotidiana para a derrota do governo fascista e neoliberal que assombra o País.

Cebes na luta sempre! Saúde, Democracia e Socialismo!

Colaboradores

Noronha JC (0000-0003-0895-6245)* e Souto L (0000-0003-2270-8424)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito.

Referências

- Galindo E, Teixeira MA, Araújo M, et al. Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil. Working Paper Series. 2021 [acesso em 2021 jun 18]; (4). Disponível em: https://www.lai.fu-berlin.de/en/forschung/food-for-justice/publications/Publikationsliste_Working-Paper-Series/Working-Paper-4/index.html.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Primeiro Trimestre de 2021. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2021 jun 18]. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2021_ltri.pdf.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Cebes na luta: transformar e radicalizar a Democracia para assegurar Direitos Sociais e Saúde. Tese do Cebes 2017-2019. Rio de Janeiro: Cebes; 2018. [acesso em 2021 jun 22]. Disponível em http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/Tese2017-19_Cebes.pdf.
- Safatle V. Bem-vindo ao Estado suicidário. São Paulo: N-1 Edições; 2020. [acesso em 2021 jun 16]. Disponível em <https://www.n-ledicoes.org/textos/23>.
- Noronha JC, Castro L, Noronha GS, et al. A humanidade na encruzilhada: a luta contra a barbárie no pós-covid – reflexões desde o Brasil. In: Tetelboin CH, Iturrieta DH, Schor-Landman C, coordenadoras. América Latina: Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia. Buenos Aires: CLACSO; 2021. p. 45-70. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Our permanent tasks: Health, Democracy and Socialism

José Carvalho de Noronha^{1,2}, Lucia Souto^{1,3}

DOI: 10.1590/0103-11042021129001

WHILE THESE LINES ARE BEING WRITTEN, Brazil has reached 18 million cases of Covid-19 and has just broken the barrier of 500,000 deaths from the disease. The President of the Republic makes jokes, encourages crowds, discourages vaccination. The year 2020 ended with the country back on the United Nations' Hunger Map: 60% of Brazilian households in a situation of food insecurity, 15% in a situation of severe food insecurity – hunger itself¹. June 2021, almost 15 million unemployed, of which about 3.5 million for more than two years². The Minister of Economy declares that the Brazilian middle class wastes food and proposes that the leftovers be collected to feed the population; and those who have no income because the economy has stopped is a bum, the elderly should die, among other atrocities. In addition, vigorously maintains the fiscal austerity policy celebrated by editorials of the big press and by the big capital administered on Avenida Faria Lima, São Paulo's 'Wall Street'.

Day in, day out, the President insults the institutions of the Republic, insults the press and encourages social conflicts by attacking civil rights; and continues on his bellicose attempt to encourage the distribution of weapons and indiscipline in the Armed Forces and police forces. He organizes motorcycle rallies in the fashion of Mussolini and anticipates that he will not accept the results of the 2022 elections if he is defeated.

On the other hand, although the impeachment requests still do not prosper, there is already a growing resistance from conservative segments to the excesses of the government. In May and June, despite the pandemic, the streets were filled with popular demonstrations calling for the President to be ousted, vaccines, and an end to austerity. Political and party alternatives for the 2022 general elections are widely discussed. This resumption requires us to revisit our permanent agenda to better guide our intellectual and militant action in the current situation.

In its latest theses (2017-19)³, the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) recorded

[...] growing tension between capitalism and democracy. At the moment, there is a radicalization of such tension, which appears as the greatest challenge in the context of the democratic deficit expressed by the global process of disorganization of post-war social democracies.

Around the world, billionaires saw their wealth increase, in the middle of the pandemic, by an astonishing \$3.9 trillion between March 18 and December 31, 2020. Their total wealth is now \$11.95 trillion, which is equivalent to what G20 governments spent in response to the pandemic in 2020. As the world's biggest billionaires continue to accumulate wealth, people living in

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jose.noronha@fiocruz.br

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

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

poverty become poorer as a result of the crisis caused by the pandemic. Recent estimates show that the number of people living on less than \$5.50 a day could increase between 200 million and 500 million by 2020.

In Brazil, the number of billionaires leaped 44% – from 45 in 2020 to 65 in 2021. Together, they hold US\$ 219.1 billion, approximately R\$ 1.2 trillion – almost the Gross Domestic Product (GDP) of the Country. During the pandemic period, this wealth almost doubled; \$127.1 billion last year, an increase of 71 percent.

Death merchants also saw their fortunes increase. The net profit of health insurance operators grew 49.5%, to R\$ 17.5 billion in 2020, according to data from the National Agency for Supplementary Health (ANS). This market closed the year with 47.6 million users, representing an increase of 650,000 people. The sector's revenue reached R\$ 217 billion, an increase of 4.7%. From Forbes magazine's 2021 list of the 10 largest Brazilian billionaires, three are health traders.

What emerges from the health, economic and social crisis in Brazil, devastated by neoliberalism led by a far-right government that sets an authoritarian suicidal state in motion around nothing, is a disturbing reality. The picture, with no chance of being hidden, is that the majority of the population that inspired and is the object of the discourse and struggle for justice and human rights is not their subject. The undeclared civil war that the country has always lived through and naturalized, genocides and massacres and the accumulation of capital, guaranteed by bullets and fear, emphasizes Safatle⁴.

As Noronha et al.⁵ put it:

[...] it is then necessary to question the future through the bewilderment of Brazil, explicit in this historical moment, ruled by a delirium of surrender to sacrifice and incites the people's applause to their tormentors, who do not care about the death of others. What affections would be capable of mobilizing changes in this context, in which a distant and weakened solidarity is called for, and at the same time, so requested by the dramality of this moment of such disgrace and impotence on the part of everyone?

No economic, social or health measures will be sufficient without reversing the way capitalist society is; economic growth as a linear equation does not do the trick. However, the crisis is not just economic or sanitary, it is energy, food and ecological. These are the morbid symptoms announced by Gramsci of the old man who has not yet perished in the hegemony crisis⁵.

Humanity is at the crossroads of socialism or barbarism, or "barbarism if we're lucky", as updated by Mészáros⁵. The pattern of production, distribution, accumulation and consumption that exists today in European and North American nations is not reproducible for all the people of the world. It is necessary to update and put on our horizon the construction of new economic and social relations that restore the horizons of better health, democracy and socialism, so that we understand the movements and tactical alliances that must be undertaken in the Brazilian situation for the defeat of *bolsonarism* and its alliances with the retrograde and colonized *bourgeoisie*.

The Cebras has to increase its militancy in academic, political and street spaces. Since the recomposition of the representation of the so-called 'scientific community' in the National Health Council (CNS), it has solidified its coordinated action with the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco), Rede Unida (United Network), the Brazilian Society of Bioethics, and the Brazilian Association of Health Economics (Abres). It had a prominent role, along with those entities, in the elaboration, in 2020, of the National Plan to Combat Covid, delivered to the health authorities and to the National Congress, in addition to wide public dissemination,

consolidated in the creation of the Frente pela Vida (Front for Life). It played a relevant role in the CNS in the fight for health financing and for the repeal of Constitutional Amendment 95.

Together with popular movements, it participates in the Frente Brasil Popular (Popular Brazil Front) and the Frente Povo Sem Medo (People Without Fear Front). Since December 2020, it has started a series of virtual debates with political, health, and popular leaders to support the daily struggle for the defeat of the fascist and neoliberal government that haunts the country.

Cebes is always fighting! Health, Democracy and Socialism!

Collaborators

Noronha JC (0000-0003-0895-6245)* and Souto L (0000-0003-2270-8424)* have contributed equally to the elaboration of the manuscript.

References

- Galindo E, Teixeira MA, Araújo M, et al. Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil. Working Paper Series. 2021 [acesso em 2021 jun 18]; (4). Disponível em: https://www.lai.fu-berlin.de/en/forschung/food-for-justice/publications/Publikationsliste_Working-Paper-Series/Working-Paper-4/index.html.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Primeiro Trimestre de 2021. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2021 jun 18]. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2021_1tri.pdf.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Cebes na luta: transformar e radicalizar a Democracia para assegurar Direitos Sociais e Saúde. Tese do Cebes 2017-2019. Rio de Janeiro: Cebes; 2018. [acesso em 2021 jun 22]. Disponível em http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/Tese2017-19_Cebes.pdf.
- Safatle V. Bem-vindo ao Estado suicidário. São Paulo: N-1 Edições; 2020. [acesso em 2021 jun 16]. Disponível em <https://www.n-1edicoes.org/textos/23>.
- Noronha JC, Castro L, Noronha GS, et al. A humanidade na encruzilhada: a luta contra a barbárie no pós-covid – reflexões desde o Brasil. In: Tetelboin CH, Iturrieta DH, Schor-Landman C, coordenadoras. América Latina: Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia. Buenos Aires: CLACSO; 2021. p. 45-70. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará

Regional Intergovernmental Commission as a governance mechanism for health policy in Ceará

Maria Sônia Lima Nogueira¹, Lucia Conde de Oliveira¹, Liduína Farias Almeida da Costa¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112901

RESUMO Canais de pactuação intergovernamental são instâncias de fortalecimento da descentralização e regionalização no Sistema Único de Saúde. A descentralização apresenta-se como importante dispositivo para a produção do poder regional. O artigo tem por objetivo refletir sobre a importância da Comissão Intergestores Regional na governança da saúde, na Primeira Região de Saúde do Ceará, considerando o processo de descentralização e regionalização. Trata-se de uma pesquisa social qualitativa, um estudo de caso, cujas técnicas de produção de dados foram: a entrevista semiestruturada e a observação simples. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Alguns resultados mostraram que a Comissão Intergestores Regional é uma instância importante para a governança regional da saúde, através da qual os gestores locais expressam as necessidades do município, pactuam e deliberam sobre a política de saúde da região, mostrando que não são passivos quanto às decisões pactuadas para a organização dessa área. Antes, são sujeitos que se movem em uma arena de disputa pelo melhor desenvolvimento das ações de saúde de seus municípios, influenciando a governança desta área no estado do Ceará. Verificou-se que a Comissão Intergestores Regional é, também, um local de disputa de poder e de conflitos de interesses.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Governança. Política. Regionalização.

ABSTRACT *The channels of intergovernmental agreement are instances of the decentralization and regionalization strengthening in the Unified Health System. Decentralization is an important device for the production of regional power. The article aims to reflect on the importance of the Regional Intergovernmental Commission in health governance in the First Health Region of Ceará, considering the process of decentralization and regionalization. It is a qualitative social research, a case study, whose techniques of data production were semi-structured interviews and simple observation. Project approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará. Some results showed that the Regional Intergovernmental Commission is an important instance for regional health governance, where local managers express the needs of the municipality, agree and deliberate on the region's health policy, showing that they are not passive regarding the decisions agreed upon for the organization of this area. Prior to that, they are subjects that move in an arena of dispute for the better development of the health actions of their citizens, influencing the governance of this area in the State of Ceará. It was found that the Regional Intergovernmental Commission is also a place of dispute for power and interests, of conflicts.*

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

KEYWORDS *Health policy. Governance. Politics. Regional health planning.*



Introdução

A discussão sobre governança tem ocupado cada vez mais os debates políticos e acadêmicos, principalmente quando se considera a cadeia global de relações entre mercados, poderes e governos. Ela configura-se como um marco democrático na contemporaneidade, por assegurar maior coesão e interação entre estados e sociedades.

Nos anos 1990, a atenção à governança, em grande parte, foi resultado de uma crise no estado, mais precisamente de uma crise fiscal. Ela surgiu em uma perspectiva de reforma do setor público, associada ao conceito econômico de racionalidade, que abrange o neoliberalismo, a nova administração e a terceirização¹.

No Brasil, essa discussão teve início no mesmo período em que se aprofundavam as reflexões sobre a descentralização política e administrativa do estado, disseminada na América Latina como uma forma específica de governar^{2,3}. A descentralização e a regionalização realizadas no campo da saúde foram uma realidade no País, sendo a descentralização valorizada pela perspectiva de reforma do estado, por não colidir com os interesses da racionalidade econômica.

Fleury et al.⁴ afirmam que, com a descentralização, houve uma valorização dos secretários e dos conselhos municipais de saúde na elaboração do orçamento, o que fez declinar a influência dos políticos locais, rompendo, em parte, com o clientelismo no setor público. Nesse contexto, foram criadas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR), nos três níveis de governo, com a finalidade de subsidiar a gestão local do Sistema Único de Saúde (SUS)^{3,5}.

Desse modo, os canais de controle social e pactuação intergovernamental constituem-se como instâncias de fortalecimento da descentralização e da valorização da regionalização. Desde sua criação, estas instâncias têm apresentado uma aproximação com o processo de descentralização⁶.

A CIR, implantada de forma gradual e heterogênea³, faz parte de um arcabouço de instituições criado para viabilizar a política de saúde no Brasil. Ainda que seja uma instância de participação colegiada, não se configura como um canal de controle social com participação popular.

A implantação de um sistema nacional de saúde em um país com a dimensão territorial do Brasil é um grande desafio, principalmente quando se considera que o SUS tem se construído sem rupturas. Outro desafio é a descentralização, que satisfaz tanto a interesses econômicos quanto a políticas sociais.

Mesmo que ainda não tenham sido efetivadas em toda sua potencialidade, pelo Ministério da Saúde (MS), a descentralização e a organização dos serviços de saúde são ideias que vêm expressas desde a Constituição Federal de 1988, no artigo 198, e têm na regionalização a estratégia para sua concretização.

Sendo assim, o presente estudo justifica-se por sua importância para a gestão em saúde, pois a descentralização e a regionalização são dimensões fundamentais do SUS, enquanto campos abertos a reflexões, desde as normatizações da Norma Operacional Básica (NOB/96-SUS)⁷ e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/01-SUS)⁸, nas quais o financiamento é repassado fundo a fundo, automaticamente, sendo criadas as instâncias gestoras CIT, CIB e CIR. O objetivo deste estudo é refletir sobre a importância da CIR na governança da saúde, na Primeira Região de Saúde do Ceará, considerando os processos de descentralização e regionalização.

Material e métodos

Parte de uma tese de doutorado em saúde coletiva, trata-se de pesquisa social qualitativa, sendo um estudo de caso. Tem suporte na pesquisa 'Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção', do Laboratório de Seguridade Social e Serviço

Social da Universidade Estadual do Ceará (Lassoss/Uece), aprovada sob o parecer número 1.509.948 do Comitê de Ética em Pesquisa da Uece.

Foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a observação simples na produção dos dados. Realizou-se, também, pesquisa documental, a partir do Plano Diretor de Regionalização⁹ (PDR/2006), do Plano Estadual de Saúde do Ceará¹⁰ – 2016-2019, e das Atas de Reuniões da CIR – 2012-2017.

O local da pesquisa foi a Primeira Região de Saúde do Ceará, com seus municípios: Aquiraz, Eusébio, Fortaleza e Itaitinga. As observações se realizaram durante as reuniões da CIR. Os entrevistados foram os seguintes gestores: secretários municipais e coordenadores regionais de saúde, no caso específico de Fortaleza (CE), que é dividida em 6 regionais; e servidores públicos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), que ocupavam lugar estratégico na gestão, denominados aqui de informantes-chave, totalizando 16 participantes.

Todos os sujeitos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo informados a respeito das questões éticas da pesquisa, que seguiu as orientações da Resolução nº 466/2012¹¹ do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quanto a pesquisas com seres humanos. O anonimato foi preservado, pois os entrevistados foram identificados por letras seguidas de um número, o que os diferenciou.

A análise dos dados foi realizada a partir do referencial analítico hermenêutico fundamentado no pensamento de Gadamer¹², segundo o qual a hermenêutica é a verdadeira arte da compreensão, entendendo que as análises consideram primeiro a interpretação dos sujeitos e depois, a reinterpretção das pesquisadoras.

Ressalte-se que a pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), com a concessão de uma bolsa de Doutorado pelo período de 12 meses.

Resultados e discussão

Nos anos 1970, os governos dos países de capitalismo central enfrentaram uma crise econômica após a derrota dos ‘anos dourados’, desencadeando um crescente desequilíbrio fiscal, desordem nas contas públicas e inflação acelerada. Esse cenário levou à revisão do papel do estado nacional forte, protetor e centralizado. Neste contexto, surge um modelo econômico de cariz neoliberal, produzindo agendas governamentais sintonizadas com a perspectiva de maximização do mercado e minimização do Estado de Bem-Estar Social.

A adoção desse modelo pelo governo brasileiro iniciou-se ao final da década de 1980, coincidindo com o processo de redemocratização do País, após 21 anos de gestão governamental dos militares. A expressão mais alta da redemocratização foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que, entretanto, deixou ampla margem para reformas. Ao final da década de 1990, ocorreu uma reforma administrativa no País, que o colocou em harmonia com a perspectiva hegemônica de governança sintonizada com uma perspectiva neoliberal.

Seguindo a perspectiva de reforma gerencial do estado, o processo de descentralização política e administrativa do Brasil passou por ressignificações, observando uma valorização da governança local. Como dizem Scatena e Tanak, “a descentralização emerge como uma estratégia – de ordem gerencial – de reestruturação do estado”¹³⁽⁵⁰⁾.

A descentralização apresenta-se, assim, como importante dispositivo para a produção do poder regional. Em estudo comparado, das políticas locais do Brasil e Angola, sobre governança e desenvolvimento local, Massuanganhe e Corralo dizem que o Brasil

[...] possui uma Constituição que empodera imensamente os municípios, que sintetiza, pela espacialidade estatal, a dimensão do poder local. Por isso, é possível discorrer sobre um verdadeiro poder municipal, desfrutado consoante o plexo de autonomias dos municípios

brasileiros: política, auto-organizatória, administrativa, legislativa e financeira. Isso faz com que cada célula municipal disponha de condições de impulsionar o seu desenvolvimento, de forma autônoma¹⁴⁽²¹⁾.

No caso da saúde, os municípios devem ter uma capacidade financeira e institucional mínima para garantir a prestação de serviços básicos. E, neste quesito, a regionalização apresenta-se como um elemento fundamental, inclusive fortalecendo os consórcios entre municípios.

É necessário considerar a heterogeneidade dos municípios brasileiros, pois, se por um lado, alguns conseguem arcar com todos os níveis de complexidade da saúde de forma mais efetiva, em razão de sua organização econômica e institucional, sendo este o caso das metrópoles ou dos municípios polos, por outro, há os que têm grande dificuldade de executar suas políticas sociais, em razão da baixa arrecadação, encontrando-se nesta última situação um dos municípios pesquisados, conforme se observa no relato de um entrevistado:

[...] porque, assim, nós somos um município pobre. A arrecadação é pequena, não tem muita indústria, não tem muita empresa. A gente tem pouca arrecadação, pouca mesmo. A gente vive mais assim, a contrapartida do município é muito maior. Apesar de ter arrecadação pouca, o município tem uma contrapartida muito maior do que o Ministério da Saúde repassa pr'a gente. [A gente] anda no fio da navalha, fazendo o que pode. (GM-3).

Apesar das dificuldades e dos desafios enfrentados cotidianamente pelos municípios, a descentralização representa certa autonomia do governo regional, se comparada aos períodos de governanças anteriores, de extrema centralização.

Dessa forma, a descentralização da saúde configura-se como um processo relevante na mudança de governança do País, desde fins dos anos 1980. Não obstante as ressignificações em relação ao que foi pensado por segmentos

sociais e políticos, que se empenharam na redemocratização do País, a importância da descentralização e da regionalização pode ser percebida mediante as normativas do MS, sobretudo na NOB/96-SUS⁷ e na Noas/01-SUS⁸, nas décadas de 1990 e 2000.

Vale lembrar que, com a NOB/93-SUS¹⁵, foram definidas as competências de cada esfera de governo, ficando os estados com suas funções enfraquecidas, somente retomando-as com a NOB/96-SUS⁷. A partir da Noas/01-SUS⁸, os estados voltaram a ter um papel importante, o de promotor da regionalização e da articulação regional, de solidariedade e responsabilidades compartilhadas. Desse modo, a Sesa teve destacada importância na condução da descentralização e da regionalização.

No contexto histórico e político-social dos anos 1990, os rearranjos quanto ao Pacto Federativo Brasileiro deram maior visibilidade às esferas federativas subnacionais, aos estados e municípios, no sentido de que estes passaram a ser os executores diretos da saúde, em razão da municipalização das políticas sociais². Isso levou à valorização dos municípios, que contou com um forte movimento de organização dos secretários municipais de saúde, levada a efeito pela reação destes mediante a desigual distribuição de recursos. Esse movimento foi potencializado pela organização e criação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), em maio de 1989, seguida pelo processo de regionalização, como afirma uma entrevistada:

A municipalização de ações de serviços de saúde [...] vem acompanhada da organização dos gestores municipais, [...] foi através desse colegiado – Cosems – desse processo de organização deles, que foi possível viabilizar o processo de planejamento e programação para a organização desse sistema. Quer dizer, esse processo de planejamento e de programação só foi possível em função do apoio dos secretários municipais, do envolvimento dos secretários municipais nesse processo. (IC-1).

Conforme o relato da entrevistada, houve mobilização de gestores para organizar a descentralização da saúde, sua estruturação em espaços locais, nos municípios. Os secretários de saúde estaduais e municipais pressionaram a esfera federal e conseguiram criar uma comissão com representação de gestores de todos os níveis do governo para discutir, negociar e pactuar ações e serviços de saúde nos estados. Assim, foram criadas as comissões intergestores, importantes espaços para negociação e pactuação entre os entes federativos.

A organização dos mecanismos de indução e regulação da regionalização do SUS, concomitantemente à descentralização e à municipalização, se inicia no período de estruturação do novo projeto socioeconômico do capital, inspirado no neoliberalismo, em um ciclo político compreendido entre 1990 e 2002.

Nesse cenário, o processo de descentralização no estado do Ceará dá-se *pari passu* às experiências administrativas, políticas e econômicas do governo estadual da época, sintonizado com o cenário nacional, em uma clara identificação com o projeto neoliberal.

A governança do estado, sob essa perspectiva, explica o sucesso do Ceará no governo Jereissati, quanto à descentralização, já que esta coaduna com os interesses daquela perspectiva. Barbosa esclarece que

[No Ceará] a descentralização, com transferência de serviços para os municípios, tornou-se prioritária a partir de 1987. O Ceará foi o Estado do Brasil que mais rapidamente e amplamente municipalizou a saúde¹⁶⁽¹⁹⁴⁾.

Ressalte-se que o Ceará tem sido pioneiro na organização da saúde em momentos específicos de sua história, a exemplo da valorização do trabalho da comunidade com a experiência exitosa do Programa Agentes de Saúde (PAS), que motivou o MS a criar o Programa Agente Comunitário de Saúde (Pacs), em 1991, considerando como fator importante a supervisão do trabalho dos agentes, pela enfermagem¹⁷. Também na regionalização da saúde, quando

o estado já caminhava rumo à organização desse processo com a experiência de Baturité, em 1998, e somente em 2001, o MS lançou a Noas/01-SUS como o instrumento normativo da regionalização. Outro exemplo são os consórcios verticais de saúde formados entre o estado e os municípios logo após a aprovação da Lei nº 11.107, de 2005, experiência cearense que serviu de base para a implantação de consórcios também na Bahia¹⁸.

O Ceará antecipou-se à Noas/01-SUS no processo de regionalização, organizando o sistema de saúde em microrregiões, em 1998. A Sesa coordenou o projeto-piloto de implantação de sistemas microrregionais e sistemas integrados de serviços de saúde, contando com expressiva participação de gestores municipais, profissionais de saúde e lideranças políticas. Esta experiência do Ceará, então, serviu de base para a Noas/01-SUS¹⁹.

A regionalização do sistema de saúde cearense foi composta, inicialmente, de três macrorregiões (Fortaleza, Sobral, Cariri). Posteriormente, em 2014, houve uma reorganização, resultando em 5 (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe), com 22 microrregiões de saúde, atualmente chamadas de Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS).

A organização dos serviços de saúde, a partir da regionalização, exigiu que fossem criados instrumentos de gestão capazes de viabilizar o desenvolvimento dessa política, destacando-se a CIB e a CIR, responsáveis pela discussão e pactuação entre estado e municípios.

A CIR foi instituída nas regiões de saúde pelo estado, articulada aos municípios, considerando as diretrizes gerais pactuadas na CIT. Realiza estudos para subsidiar as discussões e pactuações no SUS, na ADS²⁰.

A criação desses espaços de negociação entre gestores de âmbitos distintos (União, estados e municípios) dá-se em 1991. Inicialmente, foi criada a CIT, com atuação nacional. Entre os anos 1993 e 1995, vieram as CIB, com representantes do estado e dos municípios, com a função de elaborar propostas para uma gestão

descentralizada do SUS. A criação da CIR se deu com o Decreto nº 7.508/2011²¹, em substituição ao Colegiado de Gestão Regional (CGR), expresso no Pacto pela Saúde de 2006²².

Essas instâncias de negociação, que não têm participação direta da população, reportam às reflexões de Avritzer²³ sobre instituições participativas e desenho institucional, cujas direções de participação seriam antecipadas: a) de baixo para cima; b) com desenho de partilha; e c) com ratificação pública, em que não há participação da sociedade.

Guardadas as devidas proporções, ficam as questões: por que não há participação da sociedade nessas instâncias? É possível compreender que tal participação se faz via conselhos de políticas públicas, antecipadamente? A resposta obtida a partir de um técnico da Sesa foi que o Conselho Estadual de Saúde (Cesau) é o espaço em que a sociedade civil tem acento, sendo as comissões intergestores de saúde espaços de diálogo entre gestores, tendo funções diversas das instâncias de controle social.

Embora as comissões intergestores não sejam do tipo que têm a participação direta da sociedade civil, ainda pode-se dizer que são espaços de participação, mesmo que só tenham a representação dos gestores na medida em que tratam de assuntos de interesse da população e que são, em última instância, discutidas no Cesau. Ainda que não haja uma relação direta entre comissões e Cesau na definição de suas pautas, elas coincidem muitas vezes. Mesmo assim, não se visualizou uma participação do conselho nas reuniões da CIR, situação diferente da encontrada no estudo de Pereira²⁴, no qual os conselhos de saúde de algumas regiões têm participação ativa em tais reuniões.

Se as comissões envolvem apenas a participação da sociedade política, não cabendo em sua estrutura a participação da sociedade civil, elas podem ser inseridas no terceiro desenho institucional de Avritzer²³, o da ‘ratificação pública’, em que não há a participação da sociedade, o que de modo algum diminui sua importância.

A CIR-Ceará é definida em seu regimento interno como

[...] foro permanente de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais para a operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito regional, observando a legislação vigente que rege o sistema de saúde⁵⁽¹⁾.

Trata-se de um espaço potente para governança regional ao constituir-se como canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre municípios e estado, e por estarem mais próximas das necessidades dos usuários da saúde⁵.

Os gestores locais têm papéis relevantes na CIR por conhecerem as condições de saúde dos municípios. Fleury et al.⁴ destacam a importância da gestão local da saúde, como também sua influência na definição das políticas regionais desta área, por meio dos canais de governança fazendo parte do arcabouço do SUS ao pactuarem e negociarem estratégias para tal governança e prioridades entre os três níveis de governo, bem como para fortalecer a gestão regional da saúde.

Um estudo²⁵ apontou que, no Ceará, há uma institucionalidade avançada, no que concerne ao desenvolvimento desses canais, e que, na organização da política de saúde, referente ao processo político e às relações intergovernamentais, o estado se sobressai entre muitos outros do País. Os autores caracterizam a CIB como uma instância de cooperação interativa, com uma capacidade de atuação elevada, o que favorece tal organização política.

Os municípios do estudo têm portes socioeconômicos diferentes, possuem sistemas de governança locais com capacidades financeira, administrativa e operacional de serviços de saúde diversas, que impactam na oferta de serviços. Os de pequeno porte não podem ofertar todos os serviços por questões de economia de escala. Sua baixa arrecadação impossibilita a oferta de serviços de saúde mais complexos. Considerando essas realidades, a regionalização foi organizada em consonância

com a descentralização. Cada município deve ofertar serviços de acordo com sua capacidade resolutive, devendo todos ofertar, no mínimo, atenção primária.

O perfil sociodemográfico dos municípios estudados apresentou grande disparidade, sendo que, nos dois extremos estão os municípios de Itaitinga (CE) – o mais pobre, com menores arrecadação fiscal e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), e com mais dificuldades para responder às demandas de saúde da população – e o de Fortaleza (CE) – município-polo, que agrega em torno de si uma gama de ofertas de serviços de saúde em todos os níveis, mas, insuficientes para atender sua população e as referências dos demais municípios que constituem a ADS.

A descentralização tem demonstrado potencialidades no SUS: fortalecimento da esfera municipal na condução dos serviços de saúde; pactuação política entre União, estados e municípios, superando a centralização político-administrativa; retomada da regionalização como eixo central da política de saúde, em que atualiza os instrumentos de planejamento expressos na Noas/01-SUS; e criação dos mecanismos de pactuação e decisão inter-governamental, como a CIR, valorizando e fortalecendo a governança regional da saúde.

Embora a CIR seja uma instância de representação de gestores, as demandas da Sesa ou as determinadas a partir do MS, anunciadas e tratadas conforme identificado nas pautas de reuniões, possuem relevância para os municípios em questão, pois se sintonizam com suas necessidades.

As observações realizadas nas reuniões favoreceram a compreensão da atuação dos sujeitos que ali se encontravam para contribuir com a gestão da política de saúde do estado, a partir de demandas e condições concretas do município.

Em uma das reuniões, foram apresentados, pelos técnicos da Sesa, dois pontos de pauta: o Projeto QualificaAPSUS e a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), sendo esta um “instrumento de fortalecimento

da governança regional, na medida em que se propõe a sistematizar os pactos entre os gestores das três esferas de governo”²⁶⁽³⁾.

Foram observadas as inquietações dos participantes quanto à nova demanda do MS dada aos municípios. Apesar de uma maior autonomia adquirida por estes, com a descentralização, percebe-se, ainda, uma forte determinação do nível central na orientação da política de saúde, isto porque a função do poder central na saúde é a de formulação de políticas, enquanto a do município é, sobretudo, a execução de serviços.

As reuniões da CIR configuram-se como importantes espaços de discussões e deliberações de temas relevantes para o SUS, com destacada significação para os gestores municipais de saúde, quanto à descentralização e à regionalização, pois discutem temas e situações específicas das realidades locais. Todas as discussões acerca do processo de organização da rede de saúde, de protocolos de fluxo e de pactuação de serviços entre os municípios da região se dão na CIR, que tem um papel muito importante, segundo um entrevistado:

A rigor, essas instâncias do SUS [CIB e CIR], todas elas são muito importantes porque elas são, de certa forma, como uma arena onde os atores participam, discutindo sobre os problemas daquela região, né? [...] Elas aproximam os municípios, fazem dialogar com esses atores, no sentido de solucionar os problemas da saúde naquele âmbito territorial. (GM-2).

Para Fleury et al.⁴, os gestores municipais têm grande influência na definição das políticas regionais de saúde, através dos canais de governança, ao pactuarem e negociarem estratégias e prioridades entre estado e municípios, além de fortalecerem a gestão regional da saúde. Refletem que a CIR é fundamental para a governança regional porque cria um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, valorizando a governança regional.

A governança pressupõe organização. O conceito de organização abrange, segundo Mário Testa, dois aspectos:

o institucional e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais primários. É nas organizações nesse duplo sentido que está situado o poder da sociedade²⁷⁽¹¹⁷⁾.

O corpo institucional da política pública de saúde é formado por unidades de saúde e órgão colegiado, além de pela Sesa e entidade a ela vinculada. As comissões intergestores e os conselhos constituem espaços com forte presença institucional e declarada disputa de poder em torno das deliberações. A CIR pesquisada tem os dois aspectos: o institucional e de um agrupamento de pessoas com interesses comuns.

Na CIR estão presentes relações de poder que definem os rumos da saúde da região. Há uma íntima relação entre poder e governança da saúde no SUS, sendo esta configurada mediante um conjunto de ações do estado, o qual é formado, segundo Bourdieu, por:

[...] um conjunto de recursos específicos que autorizam seus detentores a dizer o que é certo para o mundo social em conjunto, a enunciar o oficial e a pronunciar palavras que são, na verdade, ordens, porque têm atrás de si a força do oficial²⁸⁽⁸⁵⁾.

Na CIR são debatidas e deliberadas questões referentes à prestação de serviços, às responsabilidades dos municípios, bem como aos indicadores de saúde. No estado, o poder é exercido pelos seus agentes. No caso da CIR da Primeira Região de Saúde, o poder circula entre os secretários municipais e a presidente da comissão, aos quais compete deliberar sobre as demandas e legitimá-las.

Sendo a CIR um espaço de governança importante, o exercício do poder é atravessado por disputas, embates e conflitos, e não por harmonia. Nela, os gestores locais expressam seu poder de decisão, ainda que relativo, pois

são guiados pelo comando único do MS, como se observa em um relato:

Com relação à participação da Comissão, o que tem hoje que a gente [decide] é o município que inicia e tenta se resolver. Nunca vai na CIR, pra CIR aprovar, pra depois a gente começar. Não tem esse apoio de começar, de estruturar [por parte da Sesa], não. A gente já faz e vai só pra eles oficializarem uma coisa que já decidiu ser feita [...] Nós decidimos como fazer da melhor forma. O importante pra eles é a gente fazer, responder aos indicadores. (GM-4).

Quando um gestor diz que decide fazer algo sem que o nível central determine, antes mesmo de receber um comando da Sesa, é porque esses sujeitos (gestores) executam os serviços baseados em uma competência e uma necessidade que são próprias do gestor local. Sua função é cumprir as determinações da política nacional de saúde, mas considerando as especificidades locais. Tomam decisões a partir do conhecimento da realidade local, das necessidades dos municípios, tornando sua atuação mais que procedimental.

A governança da saúde envolve relações de poder, sendo tensionada, o tempo todo, pela interação entre os sujeitos envolvidos na organização da política do estado, expressa nas reuniões da CIR, como referido. Estas reuniões configuram-se como locais onde há dissensos e consensos²⁹, são tanto *locus* de negociação como de conflitos, que surgem em razão dos diversos assuntos ali discutidos. Os tensionamentos se dão em razão dos interesses ali representados. Situação semelhante foi apresentada no estudo de Pereira²⁴, ao citar o exemplo da pactuação de recursos e de cirurgias eletivas como uma das causas de conflito.

O poder é disseminado em toda a sociedade, é relacional³⁰, está presente na relação entre os sujeitos representados na CIR, independentemente do nível de gestão. Assim, ele está na relação do estado com os municípios, que entendem que não têm suas necessidades atendidas plenamente, sendo necessárias as pactuações, sobretudo em razão do financiamento, visto que há municípios com arrecadação muito

baixa e que se sentem cobrados, pelo poder central, a cumprirem procedimentos.

Mesmo que haja um comando do nível central, os gestores regionais possuem o poder de decisão em relação à forma de implementação dos serviços. São eles que organizam a demanda de saúde de seus municípios, não estando submetidos a determinações do nível central, na perspectiva do cumpra-se sem nenhuma consideração da situação local, respeitando as determinações contidas nos Pactos pela Saúde de 2006²². Essa foi uma das questões mais tensas observadas e constatadas no estudo.

Fleury et al.⁴ referem-se à importância da gestão local na organização da saúde e à influência dos gestores regionais na definição das políticas regionais de saúde, via mecanismos de governança como a CIR. As normas e portarias do SUS explicitam a importância e o papel de cada esfera de gestão da saúde. Sua regulamentação, através da Lei nº 8.080/90³¹, capítulo IV, apresenta as competências e as atribuições de cada esfera de gestão, indicando a autonomia e o protagonismo do nível municipal na organização do SUS.

Em relação ao resultado do processo de descentralização, quanto às esferas federal e municipal, cabem ações diferentes em termos de política de saúde. Assim, a instância nacional é a detentora do poder regulatório com comando único, mas cada esfera de governo tem sua autonomia instituída, a partir da descentralização, ainda que sejam interdependentes no comando da saúde. Neste sentido, ao âmbito federal cabe normatizar (criar leis e normas), formular a política de saúde, criar a agenda nacional de saúde para todo o território, com as grandes bases para garantir a unidade do sistema, e induzir políticas, por meio de incentivos financeiros. Algumas atribuições são concorrentes, outras, compartilhadas com os três níveis de governo. Aos estados e municípios é enfatizada a execução dos serviços³⁰.

Às instâncias federativas subnacionais cabe muito mais que uma governança, que poderia chamar-se apenas de operacional ou procedimental, uma vez que a gestão municipal

participa tanto do planejamento quanto da programação e da organização da rede regionalizada de saúde, bem como da execução. Os gestores não apenas fazem acordos sobre procedimentos que já vêm determinados desde o nível central, para operacionalizá-los no âmbito regional, sem nenhuma consideração da realidade local. O que se observa é que há uma excessiva normatização e incentivos financeiros insuficientes, estreitando a autonomia dos municípios para inovarem no planejamento.

Observou-se, com as determinações do MS e da Sesa (pautas PGASS e QualificaAPSUS), que os gestores se organizavam e discutiam como cada município faria sua adequação a essas demandas do nível central, e que, antes de tudo, essas seriam demandas da sociedade, carecendo necessariamente de discussão e deliberação nos conselhos de saúde.

Tendo em vista a perspectiva relacional do poder³⁰, observa-se que os gestores locais não são passivos, quanto às decisões pactuadas para a organização da saúde. Ao pactuar e estabelecer relações com outros municípios, e diálogos com outros gestores, os secretários municipais de saúde estão exercendo seu poder de organização local dessa área. Situação esta também observada nas reuniões da CIR, especialmente nos diálogos entre secretários, para além das pactuações oficiais.

Essas relações de poder estabelecidas no âmbito do estado destacam os gestores locais como sujeitos que se movem em uma arena de disputa pelo melhor desenvolvimento das ações de saúde para seus municípios, influenciando a governança da saúde no estado do Ceará, pois é no município que são executados os serviços que, efetivamente, têm resultado na vida das pessoas, o que não nega a importância do âmbito estadual na condução da política.

Considerações finais

O estudo mostrou a CIR como um importante canal de comunicação entre gestores, para discutir e pactuar questões relativas à organização

do SUS, chegando a decisões que se dão por consenso através de votações.

Tanto os documentos (Atas de Reuniões) consultados quanto as entrevistas indicaram a CIR como um mecanismo potente de governança regional da saúde no Ceará, ainda que eivada de relações de poder, justamente porque ali estão representados diversos interesses, sendo o poder das esferas regionais limitado em razão de suas atribuições definidas em leis e portarias, fazendo parecer que detém apenas a função de cumprir o que vem determinado desde o nível central.

As relações de poder estabelecidas entre os sujeitos que discutem os rumos da saúde na Primeira Região definem a governança da saúde no Ceará e demonstram a autonomia relativa dos gestores regionais, que, ainda assim, são capazes de imprimir transformações no SUS, no contexto local, que ultrapassam ou se antecipam às determinações do nível central, como foi o caso da criação do PAS, da organização do processo de regionalização no Ceará, iniciado antes das normativas ministeriais, e da implantação de consórcios entre municípios cearenses.

Mesmo que a CIR não tenha uma relação direta com os canais de controle social representantes da população, como conselhos de saúde, ela é a condutora do processo de organização da saúde nos municípios, envolvendo

a descentralização e a regionalização, bases sobre as quais se organiza a política de saúde no estado.

Sem a pretensão de esgotar o assunto, o presente estudo apenas chama à reflexão sobre a discussão em torno da importância da CIR na governança da saúde, a partir dos processos de descentralização e regionalização. Os principais achados, como a importância da CIR para a governança da saúde, a relação de poder que se estabelece entre os sujeitos nas reuniões da CIR e os conflitos ali presentes não significam que este assunto tenha sido encerrado pela presente pesquisa. Ao contrário, há lacunas neste estudo que outros olhares possivelmente identificarão e poderão sanar, futuramente, contribuindo no processo de produção do conhecimento.

Colaboradoras

Nogueira MSL (0000-0002-1699-907X)* e Costa LFA (0000-0003-3674-8195)* contribuíram para a elaboração do texto como um todo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira LC (0000-0001-8265-7476)* contribuiu para a orientação da pesquisa, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bevir M. Governança democrática: uma genealogia. *Revista de Sociologia e Política* [internet]. 2011 [acesso em 2017 abr 2]; 19(39):103-114. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v19n39/a08v19n39.pdf>.
2. Pereira AMM, Lima LD, Machado CV. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(7):2239-2251.
3. Albuquerque MV, Lima LD, Oliveira RAD, et al. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2020 nov 21]; 23(10):3151-3161. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3151.pdf.
4. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010 [acesso em 2020 maio 24]; 8(6):446-455. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010001200006.
5. Ceará. Resolução nº 122, 9, maio 2014. Regimento Interno da Comissão Intergestores Regional. *Diário Oficial do Estado do Ceará.* 11 Fev 2015.
6. Carvalho G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6(2):435-444.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Estabelece a Norma Operacional Básica da Saúde. *Diário Oficial da União.* 6 Nov 1996.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Estabelece a Norma Operacional de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União.* 29 Jan 2001.
9. Ceará. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Plano Diretor de Regionalização. 2001.
10. Ceará. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. [acesso em 2020 maio 18]. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/plano_estadual_de_saude_2016_2019.pdf.
11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dez 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 13 Jun 2013.
12. Gadamer HG. Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
13. Scatena JHG, Tanak YO. Os instrumentos normalizadores no processo de descentralização da saúde. *Rev. Saúde Soc.* 10(2):47-74.
14. Massuanganhe IJ, Corralo GS. Governança democrática e desenvolvimento local: uma perspectiva comparada das políticas locais do Brasil e Angola. *Justiça do Direito.* 2014; 28(1).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/93. *Diário Oficial da União.* 20 Maio 1993.
16. Barbosa JPA. Saúde e poder: uma história das instituições de saúde pública do Estado de Ceará. Fortaleza: RDS; 2017.
17. Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Colet.* 2005; 15(supl):225-264.
18. Julião KS, Olivieri C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(3):01-12.

19. Barbosa JPA. Sistemas integrados de serviços de saúde: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde no Brasil. Belo Horizonte: Mimeo; 1999.
20. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho JÁ, et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis Rev. de Saúde Coletiva*. 2016 [acesso em 2020 nov 22]; 26(3):853-878. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2016.v26n3/853-878/pt>.
21. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 Jun 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 339 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*. 22 Fev 2008.
23. Avritzer L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opin. Pública*. 2008; 14(1):43-64.
24. Pereira VOM, Shimizu HE, Ramos MC, et al. Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. *Physis: Rev. Saúde Colet*. 2020; 30(1):1-23.
25. Machado CV, Lima LD, Viana ALD, et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2014 [acesso em 2015 set 1]; 48(4):642-650. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0642.pdf.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 01 outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 2 Out 2015.
27. Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
28. Bourdieu P. *Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-92)*. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
29. Bobbio N. *O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
30. Foucault M. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2012.
31. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. *Diário Oficial da União*. 20 Set 1990.

Recebido em 10/08/2020

Aprovado em 07/12/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) sob o Código de Financiamento 001

Reflexión del discurso del bienestar y el desarrollo en el neoliberalismo. El caso en el sistema de salud colombiano

Reflection of well-being discourse and development in neoliberalism ideology. The case in the Colombian health system

César Alberto Pazo Fernández¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112902

RESUMEN El objetivo de este artículo es analizar de manera crítica los procesos históricos que ha tenido la idea de bienestar en el campo de la salud, principalmente en Colombia. Desde la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud a mediados del siglo XX, surgieron compromisos estatales que vincularon los modelos económicos en Latinoamérica, orientados a la garantía de mejores condiciones de bienestar social. Sin embargo, al examinar el proceso histórico de la idea de bienestar, es posible identificar los giros discursivos que han permitido el surgimiento, aplicación y reproducción de prácticas de poder institucional, justificadas en la búsqueda de mejores condiciones para el bienestar social. Ejemplo de ello son las reformas neoliberales a los servicios de salud, lo cual ha contribuido a la reconfiguración de los Estados y las relaciones sociales y a la naturalización de las desigualdades, como un asunto vinculado con la poca gestión de las personas para competir económicamente dentro de las reglas de juego del mercado. Para esto, se analizarán fuentes secundarias de índole política y normativa, así como algunos referentes teóricos que han contribuido a la discusión en torno a temas como el neoliberalismo, el bienestar y los sistemas de salud.

PALABRAS-CLAVE Bienestar. Colombia. Desarrollo. Discurso. Neoliberalismo. Salud.

ABSTRACT *The objective of this article is to critically analyze the historical processes that social well-being has had in the field of health, mainly in Colombia. Since the definition of health proposed by the World Health Organization in the mid-twentieth century, State commitments have emerged that link economic models in Latin America to policies aimed at guaranteeing better social welfare conditions. However, when examining the historical process of well-being, it is possible to identify the discursive turns that have allowed the emergence, application, and reproduction of justified practices of institutional power in the search for better social welfare conditions. An example of this are neoliberal reforms to healthcare, which have contributed to the reconfiguration of States, social relations, and naturalization of inequalities as a matter of poor management of people to compete economically within the rules of the market. As it relates to welfare policies in Colombia, a secondary source of political and normative nature will be analyzed, as well as theoretical references that have contributed to the discussion around issues such as neoliberalism, well-being, and health systems.*

KEYWORDS *Well-being. Colombia. Development. Discourse. Neoliberalism. Health.*

¹Universidad Nacional
Abierta y a Distancia
(Unad) - Bogotá,
Colombia.
cesaralberto.pazo@gmail.
com



Introducción

El presente artículo reflexivo deriva de la tesis de maestría de la autor, titulada ‘Neoliberalismo y sistema de salud en Colombia. Discurso de bienestar de las Empresas Promotoras de Salud en Medellín, 2012-2018’. En las siguientes páginas, se analizaron elementos con contexto histórico que dan cuenta de los procesos y cambios que ha tenido la idea de bienestar como discurso en el campo de la salud. Además, partiendo de la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, el tema ha presentado ciertas transformaciones que han despertado el interés social tanto como una necesidad de intervención como una oportunidad para el ejercicio de estrategias de poder por parte de actores económicos privados, que mediante las lógicas del mercado controlan el acceso al derecho a la salud. Así, el enfoque institucional por la mejora de las condiciones de vida ha contribuido a la adopción de modelos de desarrollo económico y humano que al día de hoy no solo han permeado la estructura de los sistemas de salud, sino que también han configurado las dinámicas sociales mediante la adopción de prácticas colectivas que legitiman el actuar de ciertas instituciones.

La principal línea metodológica de este artículo fue el análisis documental, mediante el cual se analizaron textos como la carta fundante de la OMS, el lineamiento del Fondo Monetario Internacional (FMI) para la reforma a los sistemas de salud de América Latina, la Constitución Política de Colombia de 1991 y la Ley 100 de 1993. Asimismo, el análisis se complementó con perspectivas críticas de diversos autores, quienes, a partir de temas como el neoliberalismo, las relaciones de poder y el desarrollo, han permitido develar las principales problemáticas de los sistemas sanitarios en Latinoamérica y, en especial, en Colombia.

De este modo, inicialmente, se exponen las implicaciones políticas que tuvo la salud como un asunto de bienestar, así como las connotaciones positivas y negativas en el ámbito social

del nuevo papel de los Estados en la gestión sanitaria. Finalmente, se presentan las tensiones derivadas de los modelos de desarrollo y las reformas al sistema de salud colombiano, lo que ha conducido a ampliar las condiciones de desigualdad e inequidad social.

La salud, un asunto de bienestar

La actual comprensión de la salud desde una mirada institucional se gestó y posicionó en el contexto de la posguerra de la segunda guerra mundial. En este sentido, con el propósito de darle un enfoque más integral al concepto, en su acta de constitución, la OMS la definió como “un perfecto estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”¹. Con esta definición, la OMS marcó un punto de partida en la despersonalización de la salud. Del mismo modo, esta nueva acepción no solo tendría como resultado acciones de autocuidado individual, sino que también estaría articulada con una serie de determinantes sociales y elementos institucionales derivados del Estado, que, de manera conjunta, procurarían mejores condiciones de bienestar social.

A pesar de esto, la homogeneización de la definición de salud por parte de la OMS ha suscitado distintas opiniones a favor y en contra. Para autores como Navarro, uno de los problemas del concepto es de carácter epistemológico, puesto que

Asume que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, a saber, «salud», «bienestar» y «población». Esta universalidad, sin embargo, es apolítica y ahistórica. En otras palabras: la definición de la OMS evita el tema de quién define lo que es bienestar, salud y población, y presupone que «salud» es un concepto apolítico, conceptualizado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual. Evita, pues, el problema epistemológico del poder².

Por otro lado, el mismo autor resalta que hay algunos avances en el giro conceptual, al afirmar que es un paso progresista que no solo va más allá de entender la salud como un asunto estrictamente biológico y psicológico, sino que además es un tema de índole social. De este modo, las intervenciones sanitarias no deben ser exclusivas de los servicios asistenciales, sino también orientadas a aspectos relacionados con las condiciones de vida de las personas, tales como la vivienda, el empleo, el ambiente, la distribución de la renta, etc. Esto marcó así un punto de inicio para un movimiento internacional que, luego de la segunda guerra mundial, orientó acciones para mejorar las condiciones de vida de la población y estableció las bases para el surgimiento del estado de bienestar en Occidente.

A pesar de las posturas a favor y en contra de la universalización del concepto de salud, algo que se ha tornado un común denominador entre las formas de definirla en la actualidad es que la salud va más allá de lo biológico y se articula con las dinámicas sociales y los recursos físicos, económicos y humanos que, por medio de un nuevo acuerdo social, marcan los compromisos entre el Estado y la sociedad para el alcance de mejores condiciones de bienestar y vida digna³. En ese sentido, la participación del Estado tiene un papel fundamental en el alcance de los compromisos trazados en materia de salud pública, no solo por lineamientos políticos que puedan ser promulgados, sino también por el manejo de las condiciones y modelos económicos propios de cada contexto, que se convierten en determinantes de las brechas para el acceso a oportunidades de la población.

Sumado a lo anterior, la salud y la enfermedad, más allá de ser categorías científicas, son categorías de poder, debido a que tanto la práctica médica como las instituciones sanitarias están altamente influenciadas por el contexto social y político del que forman parte². Así, los procesos de participación y resistencia social como práctica política son capaces de ir más allá de la objetividad científica para establecer

nuevas visiones de asuntos que puedan enmarcarse entre lo sano y lo enfermo en el ámbito institucional. En ese sentido, la redefinición e institucionalización del concepto de salud a partir de la constitución de la OMS expresa las ideas de base para el surgimiento de los estados de bienestar, al transitar del derecho a la asistencia al de la salud y el bienestar social. Esto amplía el panorama de intervención estatal, al pasar de un enfoque preventivo a uno de promoción de la salud, de manera que los nuevos estados de bienestar asumen un nuevo reto en materia de políticas públicas y planificación⁴.

Este nuevo giro en el discurso institucional no solo marcó un antes y un después en las políticas sociales de los Estados, sino que también, como todo discurso institucional, generó efectos en su abordaje, al articular la salud como resultado del bienestar en las distintas dimensiones del ser. Esto desencadenó una serie de discusiones académicas en torno a la acción biopolítica de los Estados y sus modelos económicos, debido a que, a partir de la nueva forma de ver y abordar la salud, eran más las condiciones de la vida cotidiana que determinaban las enfermedades y en las cuales los gobiernos tenían la responsabilidad de intervenir y controlar, de modo que la salud dejaba de ser exclusiva de la medicina y la salud pública para entrar en un escenario de acción política.

El bienestar y la biopolítica

La vida biológica ha marcado siempre el horizonte de la vida política, así como esta última ha sido necesaria para el desarrollo de las relaciones humanas y la vida. Sin embargo, ha sido hasta finales del siglo XVII y XVIII que el conocimiento de distintos procesos sociales ha marcado más la relación entre los aspectos políticos de la sociedad con la vida. Esto era contrario a la antigua visión griega, en la que la vida política no formaba parte de la vida biológica y viceversa, y fue solo hasta la modernidad en que la relación entre ambas

esferas se tornó más estrecha. Asimismo, y como lo explica Esposito⁵, esta cercanía es progresiva y pasa por dos momentos cruciales. Por un lado, la transición del paradigma de la soberanía al de gobierno y, por otro lado, el surgimiento de la biología como disciplina a finales del siglo XVIII.

El surgimiento de la biología como disciplina y como ciencia contribuyó al desligue del pensamiento religioso y antropocéntrico, para reconocer al hombre como una especie más, que habita en contacto con otras especies, y transversalizado por fuerzas que escapan a la razón y responden al instinto. Por lo tanto, se cuestionó la supremacía y autonomía del hombre en la creación y manejo de instituciones como la democracia, y se tomó como punto de referencia al bios, como fuerza que está más allá de toda connotación jurídica y política⁵. Sin embargo, la posterior relación de interacción entre la vida y lo político no siempre involucró un compromiso estatal para el mejoramiento de las condiciones de vida.

Durante mucho tiempo, el interés hacia la salud estaba limitado por el cuerpo físico y su importancia en los procesos de industrialización y producción de bienes. De esta forma, la salud era valiosa desde el punto de vista social, en función de las dinámicas económicas en las que el cuerpo era visto solo como parte de la fuerza de trabajo. Foucault⁶ describió tres formas en que la consolidación entre política y vida toma lugar antes de convertirse en lo que es hoy día: en un primer momento, la *medicina de Estado*, que surgió en Alemania en el siglo XVII mediante el impulso de la policía médica como práctica ‘medicalizada’ para el mejoramiento de la salud de la población. A través de esto, el Estado inició su control en la enseñanza de la medicina y concesión de títulos para normalizar el ejercicio de la profesión, con el cual surgen también ministerios y organismos estatales para el control y la promoción de la medicina. Un fundamento filosófico característico de esta forma de medicina estatal es que iba más allá de ver a los individuos como fuerza laboral, para reconocerlos como fuerza de

Estado que podía hacer frente a los conflictos económicos y políticos frente a sus aliados.

La segunda forma de medicina descrita por Foucault, es la *medicina urbana*, desarrollada en Francia en el siglo XVIII y que, contrario a Alemania, no era impulsada por el Estado, sino por los mismos procesos de urbanización, que despertaban la preocupación del Estado por la higiene pública de las urbes. Allí empezaron a identificarse los espacios amenazantes para la sanidad, a aplicarse acciones de aislamiento y cuarentena y a reorganizar las fuentes de agua o corredores de aire, que, de paso, moldearon la forma de planificar las ciudades.

Finalmente, la medicina de la fuerza laboral fue la última forma en que se expresó la salud pública en el Estado desde sus orígenes. Esta fue promovida por el Estado inglés para la intervención de la clase obrera y de los pobres. A partir de allí, surgió una nueva forma de control, intervención y sesgo del Estado en lo social, puesto que se consideraba que la interacción entre ricos y pobres representaba un problema para la sanidad, de modo que el poder político intervino en el derecho a la propiedad y a la vivienda privada y dividió los sectores urbanos en zonas de ricos y de pobres.

La salud, como resultado de las condiciones de vida y el desenvolvimiento de los individuos con el trabajo, la vivienda, el empleo y el medio ambiente, va más allá del enfoque preventivo que la medicina tenía hasta inicios de la segunda mitad del siglo XX. Con el giro discursivo y la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), no solo el acceso a los servicios sino también el bienestar en sí mismo pasaron a ser un derecho fundamental y exigible de las poblaciones a sus gobernantes. Por ende, se constituyeron en una nueva responsabilidad del Estado de orientar las acciones necesarias para garantizar, medir y controlar este derecho y establecer indicadores tanto en lo macrosocial como en lo individual.

Así que el nuevo papel del Estado en las condiciones determinantes del bienestar adquirió connotaciones tanto positivas como negativas con su participación en los asuntos

de salud pública. Por un lado, asumió un papel facilitador en las condiciones sociales en las que nace y vive la gente, y, por otro lado, ese mismo papel generó un criterio controlador de las mismas condiciones. En otras palabras, la despersonalización en el nuevo discurso de la salud y el bienestar le permitió al Estado decidir y aplicar mecanismos para entenderlos, medirlos y controlarlos, así como las formas en que deben ser intervenidos los problemas derivados de la enfermedad. Esta ambigüedad, entonces, se convirtió en un nuevo escenario biopolítico, en el que es cada vez más importante la incidencia en la vida del poder del Estado y de las instituciones.

Según Tejeda⁷, uno de los asuntos cruciales de la biopolítica es la autoridad que ejercen las estructuras de poder sobre los individuos. Si bien esto no es un asunto nuevo, sí puede ser vista como contemporánea la forma en que las instituciones tanto del Estado como del mercado ejercen control y participación en la salud de las poblaciones.

Así, los objetivos y las estrategias surgidos a partir de la posguerra de la segunda guerra mundial – orientados al bienestar y la mejora de las condiciones de vida, como es el caso de la reducción de la morbilidad, la mortalidad, el aumento de la expectativa de vida y el acceso a servicios asistenciales – son producto del involucramiento del poder estatal en las poblaciones. Sin embargo, este involucramiento en los asuntos sociales no partió únicamente del giro discursivo de la redefinición de la salud y su despersonalización a partir de la constitución de la OMS, sino también del compromiso adquirido en la DUDH, lo cual posibilitó la transición de lo particular a lo general. Esto significa que ya no se limitaba solamente a aquellos grupos sociales más cercanos a las instituciones o con mayor poder económico, sino que la universalización de los derechos ampliaba el alcance a todos los grupos sociales.

En este orden de ideas, y como lo describe Tejeda⁷, a través del discurso del bienestar la biopolítica muestra un lado que en apariencia puede verse amable o positivo, al mostrar por

parte de las instituciones de poder un interés y preocupación por los asuntos en materia de bienestar y salud, derechos humanos y respeto al individuo y a las comunidades. Por otro lado, el nuevo giro discursivo abre la acción biopolítica desde una mirada homogénea, en la cual la salud se entiende en todas las sociedades por igual, con lo cual las estrategias institucionales para controlar e intervenir los determinantes sociales de la salud parten del desconocimiento de las miradas particulares y multiculturales de los distintos grupos sociales.

Del discurso del bienestar al discurso del desarrollo en el sistema de salud colombiano

Entre las décadas de los cincuenta y los ochenta, Latinoamérica adoptó un modelo de desarrollo basado en la sustitución de importaciones, más conocido como modelo cepalino, en el marco de las ideas de desarrollo basadas en el crecimiento económico. Su característica principal eran el cierre de los mercados nacionales a los productos de origen externo y el incremento de las industrias locales que exportaban materia prima y manufacturas hacia los países industrializados. Si bien en un principio se evidenciaron crecimientos en la región de hasta un 7%, las crisis derivadas del aumento en los precios del petróleo y las relaciones comerciales con los países del norte pusieron en jaque la vulnerabilidad de la región en la aplicación de la estrategia centro-periferia⁸.

En medio de las crisis de desempleo e inflación de la década de los setenta y los ochenta, servicios sociales como la salud, administrados por el Estado colombiano, representaban grandes cargas económicas y administrativas⁹. Asimismo, la inversión del Producto Interno Bruto (PIB) entre 1980 y 1990 era de casi el 6%, del cual el 50% protegía a menos del 20% de la población que era perteneciente a las

entidades de seguridad social. A su vez, el 50% restante debía distribuirse en el 80% de población restante no asegurada¹⁰. En este contexto, es posible evidenciar que la salud y, en general, la seguridad social en Colombia ha dado pasos lentos desde sus inicios en la segunda mitad del siglo XX.

Ante este panorama del modelo cepalino y las presiones internacionales, empezaron a manifestarse nuevas propuestas en el escenario internacional para reformar el sistema económico de América Latina. En los fundamentos de pensadores como Friedrich Hayek y Milton Friedman, comenzó a gestarse y posicionarse en la década de los ochenta el conocido modelo económico neoliberal que, con la justificación de resolver los problemas económicos de la región y promover el desarrollo, terminó por desarticular a mayor escala la relación de intervención entre el Estado y los programas sociales.

De esta manera, el neoliberalismo se fue estableciendo como nuevo modelo económico internacional con base en principios como el Estado de derecho como tarea del gobierno, libertad de precios en el mercado, privatización de servicios brindados por el Estado, reducción del gasto social, entre otros¹¹. Sumado a esto, Montoya describe tres aspectos en los que, a partir de los noventa, las ideas neoliberales se materializaron en la forma de gestar el Estado colombiano:

En lo político con la apertura y adecuación de los canales institucionales de expresión y participación ciudadana; en lo administrativo, con el ordenamiento y racionalización de las instituciones territoriales de gestión de asuntos públicos; y en lo económico, con la redefinición del papel del Estado en la economía¹².

Por tanto, la nueva ideología orientó la desarticulación de las intervenciones estatales en sectores sociales como la salud y la educación para que, con poco o nulo control, estos escenarios tuvieran vía libre para convertirse en nuevos instrumentos de acumulación de capital.

Esta capacidad del neoliberalismo de penetrar y moldear las esferas de lo político, económico y social es lo que Laval y Dardot¹³ denominan como una nueva racionalidad del mundo. Esto debido a que, como ideología, discurso o práctica, no solo ha reestructurado el modelo económico y los lineamientos políticos de los gobernantes, sino que, además, ha redefinido el pensamiento y la conducta de los mismos gobernados. Por ende, esta nueva expresión del capitalismo ha llevado a las sociedades a materializar, legitimar y perpetuar a sí misma los problemas de desigualdad e inequidad que genera. De igual forma, esta nueva lógica de competencia va más allá de la apropiación del capital y de la reducción del Estado: lo conquista, lo domina y este deja a disposición de los grandes poderes económicos las bases políticas y normativas para facilitar que los campos de intervención social, que previamente eran responsabilidad del Estado, se conviertan en un elemento mercantil en el que priman la competencia y rentabilidad económica sobre el interés de bienestar social que este pueda generar.

Ahora bien, en el caso colombiano, el discurso neoliberal comenzó a manifestarse a principios de los años noventa, producto de las presiones internacionales surgidas a finales de la década anterior. Sin embargo, los nuevos ajustes políticos acarrearón contradicciones normativas que pusieron en choque los fines del Estado con los medios de los que se iba a valer para su alcance. Por un lado, las reformas constitucionales ratificaban el compromiso social y la garantía de los derechos fundamentales como la razón de ser del Estado. Por otro lado, la adopción de las reformas dictadas por el Banco Mundial y el FMI establecieron un determinante económico para el acceso a los programas de bienestar social, que ahora estaban mediados por la privatización del mercado. Las paradojas de la idea del bienestar empezaron a emerger en este nuevo proyecto económico, que en su origen culpabilizó al Estado por su ineficiencia para el alcance de mejores condiciones de bienestar

y justicia social, y que se vendió a sí mismo como una mejor alternativa para el alcance del desarrollo.

Neoliberalismo y sistema sanitario en Colombia

Probablemente, el primer documento en que se materializó el discurso neoliberal para la reforma de los sistemas sociales fue el editado por el Banco Mundial, con el título: ‘El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma’, publicado en 1987. El texto se convirtió en un diagnóstico de los problemas de solvencia económica que enfrentaban los sistemas sanitarios, y ofreció una serie de elementos para una reforma política que garantizara la eficiencia de los servicios sociales¹⁴. El primer argumento al que recurre el artículo es que el Estado de los países Latinoamericanos era incapaz de cumplir con los objetivos de bienestar social, debido a que el gasto público era demasiado elevado y poco eficiente. Por lo tanto, sugirió que estas responsabilidades se delegaran en el sector privado (denominado en el artículo como el ‘sector no gubernamental’), el cual podía ofrecer una mejor gestión de los recursos y un mayor alcance de las metas en materia de salud y bienestar para la reducción de inequidades.

La estrategia inicial de los analistas que redactaron ese artículo era la contrastación, y aludieron a que el éxito que han tenido los países desarrollados en materia de salud es proporcional a la gran inversión pública que se realizaba para los servicios sanitarios. Contrario a eso, los países en vías de desarrollo pretendían replicar las estrategias de los más fuertes económicamente, pero bajo una inversión menor, la cual, a su vez, era producto de las crisis económicas que experimentaban en las décadas de los setenta y los ochenta.

El segundo argumento que se evidencia es la visión economicista que inicialmente determinaba que las diferencias en indicadores

de salud entre países ricos y pobres está exclusivamente determinada por el monto de inversión, el cual deja de considerar aspectos administrativos, gestión social y condiciones de contexto que influyen como elementos diferenciadores y que, de ser intervenidos de manera adecuada, podrían significar una diferencia sustancial en los indicadores analizados.

Así las cosas, el análisis termina de hacer su problematización, al sustentar que, para que los Estados subdesarrollados pudieran responder a los problemas económicos y a las deudas externas en las que estaban involucrados, era necesario liberar parte del gasto social en salud, el cual más tarde podría ser invertido en asuntos más relevantes para la economía. De esta manera, el hilo discursivo en el cual se tejió la problematización de los sistemas de salud en los países no desarrollados denotó una responsabilidad gubernamental por los problemas expuestos. Ante esto, se ancló en lo público la culpa por las desigualdades e inequidades en materia sanitaria, que se apoyó una vez más en la contrastación con los países ricos, en los que no solo ha habido mayor inversión, sino que, además, los mejores indicadores médicos se obtienen en las clases sociales altas dispuestas a pagar por servicios privados para la atención particular.

En el esquema mencionado, las estrategias propuestas por el Banco Mundial en 1987 para las reformas políticas evidencian la génesis de las estructuras actuales de los sistemas sanitarios en América Latina y, en particular, en Colombia. La primera estrategia estaba orientada al cobro de aranceles a los usuarios. Así, el acceso a medicamentos y servicios debía estar respaldado mediante sistemas de recaudos tributarios que devolvieran recursos económicos al sistema y redujeran el uso de tratamientos de alto costo. Un ejemplo de ello en el actual sistema de salud colombiano se evidencia en el mecanismo de cobro de los copagos, las cuotas moderadoras e incluso las mismas cotizaciones al sistema.

Igualmente, en el cobro de aranceles está incluida la necesidad de expedir certificados

de pobreza a las personas, con el fin de identificar a aquellos grupos sociales que merecen reducción en el pago arancelario o subsidios de parte de las clases altas. Esto ocurre aun cuando el sesgo en la prestación de los servicios solo beneficiaría a aquellos con mejor capacidad de pago de los servicios de salud privados para retornar el acceso a los servicios médicos, como un asunto de caridad más que como un derecho al que se pueda acceder por el compromiso de los Estados de brindar mejores condiciones de bienestar social. La aplicación directa de este tipo de certificado de pobreza es comparable en el contexto nacional con el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) que, de acuerdo con el nivel socioeconómico de las personas, determina la capacidad de acceder a los beneficios sociales públicos.

La segunda estrategia fue orientada al uso de seguros de protección frente a riesgos. Ante la imposibilidad de las personas de pagar la totalidad de los costos de los servicios médicos o de los gobiernos de asumir esa carga, el artículo en mención del Banco Mundial sugiere estimular un mercado privado que ofrezca protección a las familias de las pérdidas financieras que se puedan generar por una enfermedad. La justificación detrás de esta propuesta era que, al ser las personas las encargadas de responder por el pago de los seguros y parte del costo de los servicios, se generaría de manera automática una cultura de autocontrol en la demanda de atención médica, que estimularía el ahorro en los gastos del sistema.

La anterior es una afirmación muy poco fundamentada en un contexto como el colombiano, en el que resulta absurdo suponer que las personas están en capacidad de pagar por aquello que necesitan, sobre todo cuando en el momento de las propuestas, el país atravesaba por una crisis financiera en la que el pago individual de los servicios implicaría en sí mismo, más que una oportunidad de mejora, una barrera para el acceso a los servicios. Sumado a esto, sugiere que, entre más amplio fuera el mercado de seguros, mayor control habría

de los precios al promoverse la competencia por el mercado. Dicha propuesta figuró como lineamiento inicial para el surgimiento de las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Una vez más, la propuesta trazaba el camino para que la salud como un elemento fundamental para el bienestar fuera parte de un asunto mercantil, en el que la competencia por el acceso y oferta a la atención médica establecía reglas de juego económicas que favorecerían principalmente a las élites sociales.

Más tarde, lo que inició como un diagnóstico y una propuesta por parte del Banco Mundial en 1987 terminó por convertirse en política económica por medio de los lineamientos del llamado Consenso de Washington. A partir de las nuevas reglamentaciones establecidas por parte de organismos económicos internacionales, este consenso pretendía generar un ambiente de unificación en los mercados internacionales mediante reformas caracterizadas por la reducción en el tamaño del Estado, el fortalecimiento y la expansión del sector privado, la apertura a la inversión extranjera y más garantías para los derechos de propiedad privada¹⁵.

Por otra parte, distintas críticas suscitaron en torno al nuevo escenario. Por un lado, las nuevas estrategias de privatización y reducción del Estado no dejaban claro de qué manera estas reformas reducirían los problemas de deuda y brecha económica que se pretendían resolver, y, por otro lado, era prácticamente invisible el tema de la equidad, sobre todo ante un nuevo escenario de privatización que demandaba mejores condiciones económicas del mercado, y que buscaba expandirse en un contexto social y económico de crisis presupuestaria.

Esto último, a su vez, se vio reflejado en los cambios de privatización y descentralización de los sistemas de salud de América Latina, que, a través de su nueva estructura de competencia regulada, marcó un inicio para un cambio sustancial en la forma de concebir la salud en la sociedad. Esto se dio inicialmente con la deslegitimación colectiva hacia lo público y luego con la naturalización de

la fragmentación social, que en el campo de la salud puede reflejarse en la aceptación de barreras económicas de acceso, en las cuales el bienestar prima como un derecho de las élites en capacidad de costear los servicios médicos, mientras que para las clases pobres sin capacidad de pago la salud queda relegada como un favor¹⁶.

Las reformas en Colombia

Las mismas reformas constitucionales y normativas de principios de los noventa en Colombia dan cuenta de los cambios políticos que empezaron a emerger en el país, y de cómo el discurso de corte neoliberal penetró en la esfera estatal y en la conciencia colectiva a través de un manto de bienestar que lo define como institucionalmente necesario y socialmente aceptable dentro de los distintos actores que lo reproducen y progresivamente lo legitiman. Poco a poco, el desvanecimiento de la confianza hacia lo Estatal y el fortalecimiento del interés por lo privado establecieron un nuevo orden de cosas que ratificaba la competencia de los sujetos como un asunto de derechos. Esto dejó sobre la base social la aceptación de la desigualdad y la inequidad, dado que solo los más capaces podían acceder a los beneficios del sistema de salud y las ventajas del desarrollo.

En la Constitución de 1991 la salud no figura propiamente como parte de los derechos fundamentales, sino como un servicio público, cuya acepción de ‘fundamental’ está ligada con los casos en los que se violen aquellos derechos de primera categoría, como el derecho a la vida. Aunque la seguridad social es reconocida como un derecho irrenunciable de todos los ciudadanos, en especial aquello con mayor vulnerabilidad económica, física o mental, también está claro que la cobertura y prestación del servicio no será exclusiva del Estado y que el sector privado puede ser partícipe del sistema de sanitario con el objetivo de mejorar la cobertura. Asimismo, la reforma era enfática

en que los cambios estaban orientados a aumentar el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida y la solución de necesidades insatisfechas de salud como finalidades sociales del Estado.

Sin embargo, con la nueva Constitución comienzan a surgir dicotomías que ponen en entredicho la capacidad gubernamental de garantizar la igualdad e irrenunciabilidad social de la salud como derecho. Por un lado, la transición del Estado de Derecho a la definición de Estado Social de Derecho, en cuya concepción político-social fue elevado a deber constitucional el suministro de la prestación de servicios asistenciales a la comunidad, que, más allá de ser un favor institucional, fue un logro jurídico de los ciudadanos por su propio beneficio¹¹.

Por otro lado, está el cuestionamiento con respecto a las garantías para el cumplimiento de este compromiso, sobre todo cuando en el marco de la misma reforma se dio paso a la libertad de mercado en torno a los servicios asistenciales, lo que dejó a las instituciones públicas al margen de la regulación y supervisión, y redujo así su participación como prestador directo. En ese orden de ideas, ¿cuál puede ser el resultado de la búsqueda de igualdad, bienestar y vida digna, cuando el escenario institucionalmente construido pone como parte del juego intereses sociales versus intereses económicos en un contexto de inequidad? La situación se torna más compleja con la reforma al sistema de salud mediante la Ley 100 de 1993, que ratifica el papel dominante del sector privado como un controlador y determinante de las condiciones de vida de la sociedad desde principios de los años noventa hasta la actualidad.

Ley 100 de 1993. ¿Neoliberalismo y bienestar?

Por medio de la Ley 100 de 1993 se organizó el actual sistema de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI),

que reglamentó el régimen pensional, el de la salud y el de riesgos profesionales¹⁶. El nuevo modelo puso a disposición de la población un plan de beneficios que, esencialmente, describía aquellos servicios y procedimientos a los que se podía acceder mediante cobertura pública a través de las distintas instituciones que pertenecieran al sistema. Sin embargo, estas instituciones eran principalmente de carácter privado, personas jurídicas constituidas por agentes particulares, con el fin de garantizar el aseguramiento de la población, la cobertura y la atención a los demás prestadores de servicios, tales como clínicas y hospitales.

Aunque las EPS son en principio de tipo privado, su subsistencia financiera depende de recursos públicos girados por la nación para el aseguramiento de cada uno de sus afiliados. Por lo tanto, el dinero recibido debe distribuirse entre el pago de los servicios médicos prestados, el gasto administrativo de su operación y las utilidades netas que espera percibir como agente privado. En esta nueva estructura es posible identificar la materialización de las propuestas realizadas por el Banco Mundial en 1987, así como los fundamentos del pensamiento neoliberal. Y es que hay reducción del tamaño del Estado, al delegar un bien común a actores no gubernamentales, ofrecer facilidad para el desarrollo de la empresa privada y disponer de un bien común como parte de la oferta del mercado.

Asimismo, la ley mencionada se articula en función de principios como la eficiencia y la universalidad, los cuales definen el carácter ético y el compromiso social que justifica su razón de ser. A pesar de esto, ¿qué puede develarse en tales principios? En primer lugar, al hablar de eficiencia, la misma ley hace referencia al manejo adecuado de los recursos financieros, administrativos y técnicos, los cuales, de entrada, no son orientados en totalidad para el cumplimiento de sus fines, porque parte de estos deben dirigirse hacia la garantía de las aspiraciones de rentabilidad financiera que los administran. Además, los recursos restantes, que son girados a los prestadores

directos del servicio (clínicas y hospitales), no son suficientes para solventar la totalidad de la atención médica suministrada, lo cual deviene en retrasos de la atención, poca oferta hospitalaria, negación de servicios y cierre de las instituciones protagonistas de la atención médica asistencial.

En segundo lugar, el principio de universalidad es un poco más problemático que el anterior. Se define como la atención a toda la población sin ningún tipo de discriminación en todas las etapas de la vida. Para que esto sea aplicable y alcanzable, de entrada, se necesitaría una estructura alterna del sistema, debido a que el modelo actual de aseguramiento realiza una fragmentación entre usuarios con capacidad de pago y población pobre. No obstante, trazar una diferencia entre unos y otros determinada por las condiciones económicas de sus afiliados es, en sí mismo, una barrera de fragmentación social que perpetúa la estructura de clases en la población.

De igual forma, la universalidad es defendida actualmente en términos de aseguramiento. La defensa que hace el sistema de su importancia actual es que, con respecto al sistema anterior, este sí ha alcanzado un porcentaje de aseguramiento cercano al 100 % de la población. Sin embargo, esta afirmación es cuestionable, en la medida en que la condición de afiliado no está directamente relacionada con el acceso a los servicios ni mucho menos con que estos sean de calidad. Problemas con la negación de servicios, retrasos en la atención y complicaciones por enfermedades prevenibles han puesto en entredicho la capacidad de gestión del sistema actual.

Por tanto, no solo la estructura del sistema de salud es un reflejo de la materialización del pensamiento neoliberal en el caso colombiano. Los distintos grupos sociales naturalizan el discurso y lo convierten en práctica a través de la construcción de hábitos que perpetúan el funcionamiento de estas instituciones de poder y establecen relaciones de competencia entre los mismos individuos.

Conclusiones

El análisis del contexto histórico del sistema de salud ha permitido identificar que el giro discursivo que facilitó a la institucionalidad apropiarse de la idea de bienestar ha sido la definición del concepto mismo de salud por parte de la OMS. A partir de este momento, la determinación con respecto a lo que las sociedades necesitaban para estar bien y el modo de gestionar su alcance era desde la toma de decisiones de actores externos a las personas y a las comunidades. Si bien pudo representar en sus inicios una estrategia positiva que favoreció la comprensión de un mismo lenguaje para la administración de lo público y la búsqueda de condiciones equitativas de acceso a la salud y a los derechos humanos, también significó una oportunidad para el ejercicio del poder a través de mecanismos que veían en el proceso de salud y enfermedad —e incluso en la misma vida— la posibilidad para el ejercicio del control social. De este modo, el deseo por mejores condiciones de vida y el acceso a aquello que define el ‘estar bien’ estrechó la relación entre el horizonte biológico y el político mediante nuevas formas de interdependencia.

En ese sentido, la idea de bienestar, anclada a aquello que la institucionalidad estuviera en

capacidad de aportar, abrió el camino para que la emergente idea de desarrollo, principalmente desde un enfoque económico, erigiera nuevas formas de apropiación de los servicios sociales como parte de los productos de competencia del mercado en el sector privado. Así, el acceso a la salud como elemento fundamental para el bienestar se enmarcó en estrategias de mercantilización que favorecen las condiciones para el acceso privilegiado de aquellos que estaban en capacidad de costearla, de acuerdo con su nivel socioeconómico. De esta manera, el poder relegado al sector privado, sometido a los lineamientos del modelo económico neoliberal, estableció unas reglas de juego que no solo definen que debía ser entendido como bienestar, sino que también configuró una nueva racionalidad social que legitimaba la necesidad de los actores privados para la provisión y satisfacción de las necesidades sociales.

Colaborador

Fernández CAP (0000-0003-2634-9246)* es el encargado de preparar el manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. 2014. [acceso en 2020 abr 25]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/s/>.
2. Navarro V. Salud Pública. Concepto actual de salud pública. 1997. [acceso en 2020 abr 25]. Disponible en: <https://ifdcsanluis-slu.infed.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>.
3. Vélez A. Nuevas dimensiones del concepto de salud: El derecho a la salud en el Estado social de derecho. *Rev Hacia la Promoción de la Salud*. 2007. [acceso en 2020 abr 25]; 12(1):63-78. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>.
4. Castillo CHM, Garrafa V, Cunha T, et al. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acceso en 2020 abr 25]; 22(7):2151-60. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702151&lng=es&tlng=es.
5. Esposito R. Vida biológica y vida política. *Rev. pleyade*. 2013 [acceso en 2021 jun 10]; 12(1):15-533. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703311>.
6. Foucault M. Historia de la Medicalización. *Educ. Med. Salud*. 1977 [acceso en 2020 abr 25]; 11(1):4-25. Disponible en: <https://terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>.
7. Tejada L. Biopolítica, control y dominación. La biopolítica y las nuevas áreas de indagación. *Espiral Estud. sobre Estado y Soc*. 2011; 18(52):77-107.
8. De Currea-Lugo V. Salud y Neoliberalismo. Bogotá, D. C., Colombia: Universidad del Bosque; 2010.
9. Rocha A. Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. *Rev CES Odontol*. 2010; 23(2):77-84.
10. Esguerra R. Aún no es hora de reformar la Ley 100. *Colomb. Med*. 1996; 27(2):77-85.
11. Guillén H. Los orígenes del neoliberalismo: del Coloquio Lippmann a la Sociedad del Mont-Pèlerin. *Economíaunam*. 2018 [acceso en 2020 abr 25]; 15(43). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v15n43/1665-952X-eunam-15-43-7.pdf>.
12. Montoya A. Modelos y políticas de desarrollo en Colombia. Un análisis crítico del desempeño de la política económica. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana; 2004.
13. Laval C, Dardot P. La nueva razón del mundo. Barcelona: Gedisa; 2010.
14. Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Washington: BM; 1987.
15. María Serrano JF. El "Consenso de Washington" ¿Paradigma económico del capitalismo triunfante? *Rev. Fom. Soc.* [internet]. 2000 [acceso en 2020 abr 25]; (217):28-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7604>.
16. Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Colombia: Congreso de la República de Colombia; 1993.

Recibido en 16/06/2020
 Aprobado en 19/11/2020
 Conflicto de intereses: inexistente
 Apoyo financiero: no hubo

Os atores da regulação assistencial no SUS: quem regula a rede?

The actors of the healthcare regulation in the SUS: who regulates the network?

Deise Santana de Jesus Barbosa¹, Maria do Carmo Lessa Guimarães¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112903

RESUMO Este artigo tem como objetivo identificar os atores sociais envolvidos na ação regulatória para acesso aos serviços assistenciais na rede de pré-natal e parto do Sistema Único de Saúde (SUS), em um município brasileiro. Busca-se analisar as características dos pontos de atenção que integram essa rede temática e suas influências na integração sistêmica entre os atores envolvidos no processo regulatório. Esta análise fundamenta-se na teoria da estruturação, segundo a qual a ação humana molda a estrutura social, que, ao mesmo tempo, orienta a conduta do agente humano, estabelecendo a reprodução/transformação de práticas sociais ao longo do tempo. Os elementos são observáveis nas práticas sociais produzidas na interação entre os atores na ação regulatória para o acesso aos serviços de saúde no SUS. Trata-se de um estudo de caso, cuja pesquisa empírica explorou 32 documentos institucionais, 64 entrevistas semiestruturadas com gestores/profissionais e usuárias da rede e dados secundários, coletados entre setembro de 2018 e janeiro de 2019. Os resultados confirmam a existência de diferentes atores sociais envolvidos na regulação do acesso aos serviços de saúde, caracterizando a regulação assistencial no SUS como uma prática social, revelando a complexidade produzida pela interação entre um conjunto de atores sociais envolvidos nesta ação.

PALAVRAS-CHAVE Regulação governamental. Assistência à saúde. Teoria social.

ABSTRACT *This article aims to identify the social actors involved in the regulatory action for access to healthcare services in the prenatal and childbirth network of the Unified Health System (SUS), in a Brazilian municipality. It seeks to analyze the characteristics of the points of attention that integrate this thematic network and their influences on the systemic integration between the actors involved in the regulatory process. This analysis is based on the theory of structuring, according to which human action shapes the social structure, which at the same time guides the conduct of the human agent, establishing the reproduction/transformation of social practices over time. The elements are observable in the social practices produced in the interaction between the actors in the regulatory action for access to health services in SUS. This is a case study, whose empirical research explored 32 institutional documents, 64 semi-structured interviews with managers/professionals and users of the network and secondary data, collected from September 2018 to January 2019. The results confirm the existence of different actors social actors involved in the regulation of access to health services, characterizing the healthcare regulation in the SUS as a social practice, revealing the complexity produced by the interaction between a set of social actors involved in this action.*

KEYWORDS *Government regulation. Delivery of health care. Social theory.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Administração (EA) – Salvador (BA), Brasil. deisesjb@gmail.com



Introdução

No cenário de desigualdades sociais e econômicas em que o Sistema Único de Saúde (SUS) está inserido, seus principais desafios se referem ao desequilíbrio entre a demanda e a oferta assistencial da rede e à fragmentação da assistência à saúde prestada¹, motivo que justificou a adoção da regulação assistencial como função estratégica na organização da rede assistencial de saúde.

A polissemia conceitual do termo regulação reflete-se no processo de implementação do SUS, no qual a regulação foi incorporada como estratégia para a consecução dos princípios de integralidade e equidade que orientam a organização do SUS. Ao privilegiar tanto a execução de atividades normativas de regulamentação do mercado quanto a mediação política e gerencial do acesso aos serviços de saúde, a concepção de regulação incorpora as dimensões teóricas fundamentadas pela teoria econômica e pelas ciências sociais^{2,3}.

A regulação no SUS pode ser entendida como uma prática social, na medida em que é definida como um “conjunto de ações mediadas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia”⁴⁽³⁴⁾, abrangendo o ato de regulamentar e o conjunto de ações implementadas para assegurar o cumprimento dessas regulamentações⁴. No entanto, contrariamente a essa concepção expressa da regulação como uma prática social, o processo regulatório da saúde no SUS vem se desenvolvendo sob o predomínio da normatividade discricionária.

Essa contradição tem sido objeto de discussão na literatura sobre a regulação no SUS. Para Gawryszewski et al.⁵, o cenário onde se estabelecem os processos de regulação assistencial no SUS é caracterizado por conflitos e tensões. A ação regulatória é uma função de gestão, mas sua atuação se desenvolve na rede assistencial, interligando dimensões do sistema de saúde permeadas por interesses conflitantes. Para Lobato e Giovanella⁶, embora o Estado seja o

principal agente da atividade regulatória no SUS, outros atores, como o mercado, os prestadores de serviços e os profissionais de saúde, também possuem seus próprios mecanismos de regulação, e, muitas vezes, com propósitos divergentes dos estabelecidos pelos gestores públicos. Já Cecílio et al.⁷ complementam essa afirmativa, incluindo a atuação dos usuários na produção de outras lógicas regulatórias, para além da regulação governamental, como estratégia de ampliação do acesso aos serviços dos quais necessitam. Segundo Cecílio¹⁰, essa característica faz com que a regulação assistencial seja um processo em permanente construção, e, por isso, permanentemente instituinte.

Essas contradições observadas no processo regulatório do acesso à saúde, no âmbito do SUS, podem ser analisadas à luz dos postulados da teoria da estruturação, propostos por Anthony Giddens, ao explicar sobre a dualidade da estrutura observada nos sistemas sociais. De acordo com Giddens, a ação humana molda a estrutura social, que, ao mesmo tempo, orienta a conduta desse agente que executa a ação. Para o autor,

ser um agente é ser capaz de exibir (cronicamente, no fluxo da vida cotidiana) uma gama de poderes causais, incluindo o de influenciar os manifestados por outros⁸⁽¹⁷⁾.

Um ator social é, portanto, um agente da ação, com capacidade de exercer algum tipo de poder para ‘fazer uma diferença’ com relação a uma dada situação, por meio dos recursos de que dispõe para realizar a ação. Pela sua condição humana, o ator é capaz de refletir sobre o que faz enquanto o faz, de modo contínuo, no contexto da atividade social que realiza, o que Giddens⁸ chama de cognoscitividade, sejam os resultados alcançados esperados ou não.

A agência é a ação humana orientada, e representa a capacidade que o ator social possui para fazer coisas, indo além das suas intenções. Giddens⁹⁽⁶⁵⁾ descreve a ação humana como um “fluxo contínuo de condutas” que são

influenciadas por circunstâncias estruturais produzidas pelo contexto histórico. O autor refere-se ao contexto em que ação acontece com relação ao espaço e ao tempo que a envolvem, enfatizando que toda forma de ação social sofre a influência de dimensões sociais, culturais, econômicas, que não podem ser negligenciadas numa análise explicativa.

A teoria da estruturação, através dessas concepções, ressalta a complexidade do *modus operandi* do sistema de saúde brasileiro, destacando a existência dos elementos estruturais e contextuais que evidenciam a sua dinamicidade enquanto prática social. Por isso, autores como Cecílio¹⁰ defendem que o conceito de sistema de saúde precisa ser relativizado e que a ação regulatória deve ser entendida como resultado da interação entre múltiplos atores (individuais, coletivos, institucionais ou não), que vão produzindo diversificados regimes de regulação do acesso e do consumo dos serviços de saúde ao longo do tempo e sob determinado contexto.

A ação regulatória se caracteriza por procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executadas conscientemente por atores sociais utilizando-se das regras vigentes para disponibilizar os recursos assistenciais disponíveis no sistema de saúde. As regras se apresentam nos aspectos normativo e semântico⁸. O aspecto normativo se refere aos modos pelos quais as práticas podem ser executadas e se expressam, no âmbito do SUS, por meio das portarias, dos decretos e contratos estabelecidos numa rede assistencial temática. O aspecto semântico das regras refere-se ao significado qualitativo e processual das práticas sociais, sendo construídas coletivamente pelos atores em interação reconhecida como saber técnico.

Na perspectiva da teoria da estruturação, as regras não são estáticas, e, por si só, não determinam a ação dos agentes sociais. Elas são interpretadas e alteradas durante a interação entre os atores envolvidos, que agem com base em subjetivações produzidas sob determinado contexto, de acordo com seus conhecimentos e objetivos na rede, e isso

contribui para a mudança na sua aplicação¹¹. As regras geralmente são envolvidas por um processo de contestação, de modo que, embora sejam adotadas para trazer ordem e minimizar as incertezas, a institucionalização de regras revela-se um processo repleto de contradições e ambiguidades¹². Essa fundamentação ajuda a compreender os estudos de Cecílio¹⁰, nos quais o autor observa a existência de diferentes 'regimes de regulação' como agenciamentos que operam no cotidiano do sistema de saúde, para além da regulação governamental, e que vão desenhando outros fluxos, novos pontos de conexão e articulação entre os serviços de saúde, dando ênfase à existência de relações sociais sincrônicas passíveis de serem descritas e estudadas.

Este artigo tem como objetivo identificar os atores sociais envolvidos na ação regulatória para acesso aos serviços assistenciais na rede de pré-natal e parto do SUS, em um município brasileiro. Busca-se analisar as características dos pontos de atenção que integram essa rede temática e suas influências na integração sistêmica entre os atores envolvidos no processo regulatório.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, ilustrado a partir da ação regulatória produzida na rede assistencial de pré-natal e parto, no âmbito do SUS, em um município brasileiro, orientado pelos pressupostos da pesquisa qualitativa. Utilizou-se como critério para a seleção do município a existência de uma rede complexa e estruturada de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade assistencial, oferecendo serviços de atenção básica, serviços de urgência e emergência e maternidades.

A regulação assistencial no SUS, de acordo com sua normativa, desenvolve-se no Complexo Regulador (CR) e em suas unidades operacionais. Por meio da regulação médica, garante-se o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e critérios de priorização

de acesso à saúde. O ato de regular é uma atribuição legalmente designada ao médico regulador, autoridade sanitária que representa o Estado nesse processo¹³. Este estudo parte do pressuposto de que os mecanismos normativos que vêm sendo adotados pelo SUS não condizem com um processo regulatório que envolve a interação constante de diversos atores, configurando-se uma ação não completamente controlável, podendo produzir possibilidades e constrangimentos à integração sistêmica da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os estabelecimentos que compõem o escopo da pesquisa para coleta dos dados foram selecionados seguindo a distribuição territorial dos Distritos Sanitários do município estudado, incluindo seu CR, composto pelas centrais (i) de Regulação de Consultas e Exames, (ii) de Regulação de Urgência/Emergência e (iii) de Regulação de Leitos. Entre as unidades assistenciais de saúde, foram incluídos serviços da atenção básica, serviços ambulatoriais que ofertam consultas e exames, serviços de urgência/emergência e as maternidades, contemplando 44 pontos de atenção da rede assistencial de pré-natal e parto.

Os atores sociais envolvidos na ação regulatória, e que conformam a rede assistencial, são os profissionais de saúde – os que solicitam os recursos e os que realizam os atendimentos; os representantes das organizações que proveem os serviços de saúde – públicos e privados; e os usuários ou seus representantes – que demandam os serviços de saúde.

Foi utilizado um conjunto de instrumentos e técnicas de coleta de dados, envolvendo pesquisa documental, análise exploratória de dados secundários e entrevista semiestruturada com gestores/profissionais de saúde da rede assistencial e com usuárias dos serviços de pré-natal e parto do SUS.

As entrevistas foram orientadas por três roteiros semiestruturados, com especificidades para cada categoria de informantes, a saber: reguladores, gestores/profissionais de saúde e usuárias. Em cada ponto de atenção, foi entrevistado o gestor responsável pela

unidade ou um profissional envolvido com a assistência de pré-natal, designado pelo gestor, num total de 44 profissionais. Foram entrevistadas gestantes e puérperas encontradas nas unidades no momento das visitas e que se dispuseram a participar da pesquisa, totalizando 20 mulheres usuárias dos serviços de saúde. Com o objetivo de proteger a identidade dos entrevistados, a identificação das entrevistas dos gestores e trabalhadores de saúde foi realizada pela sigla da unidade assistencial onde se realizou a coleta de dados, seguida de uma numeração sequencial. A identificação das usuárias foi realizada utilizando-se a letra G, seguida de uma numeração sequencial. Todas as 64 entrevistas realizadas foram gravadas, com autorização dos entrevistados, transcritas e analisadas juntamente com os documentos e dados secundários levantados na pesquisa.

A pesquisa documental explorou documentos normativos e institucionais que subsidiaram a Política de Regulação em Saúde e da Rede Cegonha, de âmbito municipal e estadual, envolvendo normas do SUS, registros do Fórum da Rede Cegonha e documentos técnicos produzidos sobre o tema, sendo identificados 32 documentos relevantes para o estudo.

Como dados secundários, foi utilizada a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para consulta da ficha detalhada dos estabelecimentos de saúde que integraram a pesquisa, observando informações referentes ao tipo de estabelecimento, nível de gestão e natureza jurídica.

A análise dos dados empíricos buscou estabelecer relações dialéticas, por meio da triangulação, entre o material empírico de diferentes fontes de informação e o referencial teórico, considerando o contexto que envolve o fenômeno pesquisado em sua realidade histórica e social¹⁴.

A pesquisa foi realizada observando os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, considerando que envolve pesquisa com seres

humanos através da análise de práticas sociais. O projeto foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), tendo aprovação expedida por meio do parecer de número 2.556.780, em 22 de março de 2018.

Resultados e discussão

Giddens⁹ defende que um ator social é um agente intencional, dotado de conhecimentos e habilidades para a ação a que se propõe, e a ação humana ocorre em um fluxo contínuo da sua conduta, que o agente monitora reflexivamente, de forma constante. Portanto, ser um agente é ser capaz de fazer a diferença com relação a uma situação, de modo que a ação desse agente envolve poder, enquanto capacidade de transformar. Contudo, considerando o princípio da dualidade da estrutura, os agentes e a estrutura não constituem corpos independentes na ação. Esses elementos se articulam na produção e reprodução das práticas sociais^{8,9}.

Compreender sobre quem são os agentes da ação regulatória e suas características permite

a compreensão das relações de interdependência que eles produzem em interação, que se configuram nas formas de integração predominantes na implementação cotidiana da rede assistencial, e influenciam a garantia do acesso aos serviços de saúde no SUS.

Os atores da regulação assistencial

Para identificar os atores e compreender sua atuação no processo regulatório no SUS, a rede assistencial de pré-natal e parto foi estudada sob duas perspectivas distintas de observação. A primeira foi produzida pelos gestores/profissionais das unidades de saúde dos diferentes níveis de complexidade assistencial entrevistados – nessa perspectiva, as usuárias são apresentadas de forma generalizada. Já a segunda perspectiva privilegia as informações fornecidas pelas usuárias encontradas nas unidades visitadas, cuja interação com outros atores busca viabilizar o acesso aos serviços de que necessitam no cotidiano da rede assistencial. Uma síntese dos atores envolvidos na ação regulatória, descritos por esses dois grupos de atores, encontra-se apresentada no *quadro 1*.

Quadro 1. Atores da ação regulatória segundo perspectivas de observação da rede assistencial

Gestores/profissionais da rede assistencial	Usuárias da rede assistencial
Um conjunto diversificado de profissionais são reconhecidos como atores da rede, em especial, os profissionais da atenção básica, das unidades hospitalares e os reguladores.	Um conjunto diversificado de profissionais são reconhecidos como atores da rede, em especial, os enfermeiros da atenção básica e as unidades hospitalares.
Os profissionais médicos se destacam no tocante à percepção sobre a capacidade de garantir o acesso à vaga, considerando a sua prerrogativa técnica de realizar ou coordenar o recurso assistencial na saúde.	As usuárias se revelam como atores ativos no acesso aos serviços de que necessitam.
As usuárias não são reconhecidas explicitamente como atores que viabilizam o acesso por parte dos profissionais e gestores.	

Fonte: Elaboração própria.

Nas duas perspectivas de observação, verifica-se que a regulação assistencial sofre constrangimentos na medida em que normas

e regras não são suficientes para que o acesso aos serviços de saúde seja operado com base nas recomendações do CR.

Os relatos dos profissionais entrevistados indicam a participação ativa de dois atores sociais, cuja atuação mostrou-se relevante para a definição de estratégias coletivas, que não haviam sido identificados no desenho preliminar da pesquisa. Um deles refere-se aos Distritos Sanitários existentes no município, pensados como mediadores no fluxo das ações da Rede Cegonha. Os distritos foram considerados como agentes reguladores por profissionais entrevistados, a exemplo do que foi narrado pela enfermeira da unidade mista UMI:

A regulação pra mim é o distrito. Hoje em dia o meu vínculo de regulação é o distrito. Porque, se é alto risco, eu tenho que pedir pra eles marcarem. Se é uma paciente que tem algum problema, tipo ela é usuária de drogas, então, além da UBS, ela precisa de um Caps, o distrito é quem marca. Ela tem HTLV, o distrito marca também. É tudo o distrito que faz, através da rede cegonha. O fluxo nosso sempre foi esse, e funciona bem.

O outro ator que se mostrou atuante no acompanhamento das ações da Rede Cegonha, em especial, no estímulo às ações de prestação de contas por meio do monitoramento e da avaliação das ações e dos serviços desenvolvidos na assistência à gestante no município estudado, é o Ministério Público Estadual, exercendo sua função de controle externo da administração pública e configurando uma ação baseada na legitimação, segundo a teoria da estruturação. Essa atuação foi descrita pela supervisora de enfermagem da maternidade M5:

A reunião do observatório de maternidades, que é com o Ministério Público também é uma coisa importante, porque ela traz uma certa cobrança de posicionamento dos outros órgãos envolvidos. Da própria Sesab, do município, dos serviços de uma maneira geral. Então, isso fortalece.

Apesar de as usuárias não assumirem um protagonismo claro na regulação do acesso aos serviços, segundo a perspectiva dos gestores/profissionais de saúde, na sua fala, esses

atores relatam explicitamente a designação de atribuições às gestantes, na busca dos recursos necessários ao cuidado em saúde. Como exemplificado nos relatos abaixo:

aí a gente só orienta ela procurar alguma maternidade com a sacola do menino pra sair com o menino no colo. 'Hoje é o dia, você não pode passar de hoje. Vá, você entra na maternidade e só vai sair com seu filho no colo'. (Gerente da unidade básica USF7).

aí elas ou fazem particular, ou de repente conseguem através de mutirão, que tem uma escola de imagem que faz o mutirão. (Enfermeira da unidade básica UBS4).

Essa situação foi observada, predominantemente, nas Unidades Básicas de Saúde, que, em tese, deveriam se responsabilizar pela continuidade do cuidado às usuárias na rede assistencial. Entretanto, o que se observa é uma desresponsabilização, por parte dos profissionais assistentes, justificada por eles pela limitação dos recursos assistenciais disponíveis no território do município, conforme narrativa da gerente da unidade básica USF4:

ela que marca, mas não é de responsabilidade nossa. A gente encaminha, dá aquela ficha de referência e lá acolhe, ou outra maternidade que foi encaminhada.

Nessa direção da transferência de responsabilidades para outros pontos da rede, registram-se, inclusive, relatos de orientação para que a gestante denunciasse a falta de acesso à ouvidoria do SUS do município, como afirmado por um profissional da USF5 quando questionado sobre as estratégias da unidade para diminuir as dificuldades de encaminhamento: “[...] orientar as pacientes a ligar pra ouvidoria. A gente ‘olhe, ligue pra ouvidoria, viu? Dizendo que não conseguiram vagas’, essas coisas”.

Na perspectiva das usuárias da rede assistencial, os relatos das entrevistadas revelam

um protagonismo ativo para viabilizar os serviços que não estão tão acessíveis na rede assistencial de pré-natal e parto do município estudado. As trajetórias contadas pelas usuárias mostram sua peregrinação entre os pontos de atenção e a desintegração da rede assistencial, que não tem conseguido capturar as gestantes e viabilizar seu acesso de forma integrada. Os relatos feitos por essas mulheres autorizam afirmar que há uma falência da ação regulatória, no âmbito da RAS, considerando sua prerrogativa de integrar os pontos de atenção à saúde.

Eu fui lá na M9.1, e me encaminharam pra aqui [M9.2]. Aí eu fui na UM9, e eles também me encaminharam pra aqui. (Gestante G9).

Eu fiz tudo pago. Só uma [ultrassonografia obstétrica] que eu fiz agora na M9.2, porque eu tava sentindo dor, aí eu fiz lá. (Gestante G6.1).

Eu dormi lá pra marcar [ultrassonografia obstétrica]. (Gestante G12.2).

Só foi um pouco difícil porque eu tive que madrugar. Só dão 15 fichas por dia [exames laboratoriais]. (Gestante G6.1).

Não foi encaminhamento. Ela me deu a requisição [a médica da UBS], eu fiquei sabendo que lá faz, e aí eu fui pra lá. [...] A ultrassom eu fiz paga porque eu não sabia que na M2 fazia de graça. Aí a próxima eu vou fazer na M2. (Gestante G5.4).

Essas diferentes situações vivenciadas pelas usuárias do SUS confirmam a existência de uma variedade de nuances possíveis entre a aceitação de uma regra normativa e os modos de adaptação de um ator frente às obrigações impostas e suas consequentes sanções na vida social.

A teoria da estruturação auxilia na explicação dessa situação a partir do “caráter negociado das sanções”, atribuído por Giddens⁹⁽⁹⁵⁾, o qual revela uma característica inerente das interações sociais que

valoriza os elementos de significação com relação à ordem normativa, por meio das quais os agentes, dada a sua capacidade de fazer diferente, no contexto da sua ação, podem transgredir, ou não, as prescrições normativas.

O protagonismo das usuárias no sistema de saúde, para garantir o seu acesso aos serviços dos quais necessita, é reconhecido por alguns autores^{15,16}. Constata-se que a condição para um acesso regulado é a interação, via comunicação com as usuárias, assim como a importância de se observar as contradições entre as reivindicações das usuárias e o saber técnico dos profissionais na rede.

As interações estabelecidas entre os atores influenciam as possibilidades de ação na dinâmica dos sistemas sociais, de modo que as multiplicidades de agentes envolvidos na ação regulatória complexifica o contexto em que se desenvolve o acesso à saúde. Depreende-se que essa diversidade de atores, envolvendo gestores, prestadores, trabalhadores e usuários, tanto pode representar possibilidades para a pactuação de ações estratégicas coletivas de articulação como pode se configurar em constrangimento, quando são usadas as relações pessoais para benefício próprio na priorização do acesso, sem observância dos critérios de necessidade e risco.

Desse modo, ainda que a regulação assistencial seja implementada por meio de normativas (leis, portarias, protocolos e fluxos), no cotidiano da rede assistencial, tais esquemas vão sendo relidos e reformulados, considerando principalmente a restrição de recursos assistenciais na rede. Tais configurações também podem resultar tanto em barreiras de acesso, constrangendo a atuação da rede assistencial, como em possibilidades produzidas por modos de organização do acesso mais integrados e flexíveis, adequados às características específicas locais e às necessidades próprias da população naquele território.

Perfil dos pontos de atenção da rede assistencial de pré-natal e parto: natureza jurídica e tipo de gestão das unidades de saúde

A coleta de dados desta pesquisa mostrou a diversidade de características jurídico-administrativas entre os prestadores de serviços de saúde de pré-natal e parto no município estudado. Os atores sociais envolvidos na ação regulatória, portanto, representam ou são representados por organizações que possuem características jurídicas e administrativas diferentes. Santos e Merhy¹⁷⁽³¹⁾ explicam que o “ator social busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, ou seja, procura direcionar a produção da saúde para os seus macro-objetivos”, considerando os contextos histórico e político em que a rede se desenvolve. Desse modo, conhecer as características referentes à natureza jurídica e ao tipo de gestão dos prestadores de serviço integrantes da rede assistencial contribui para a compreensão da forma como estes interagem entre si na ação regulatória para acesso à saúde no SUS.

A natureza jurídica dos prestadores de serviços da rede indica a constituição jurídico-institucional dos estabelecimentos de saúde. O tipo de gestão dos prestadores da rede indica qual ente federado é o gestor do SUS responsável pela programação, pelo processamento e pelo pagamento de determinada unidade de saúde¹⁸. Entre os estabelecimentos de saúde pesquisados neste artigo, no que concerne à sua natureza jurídica, não existe nenhuma unidade da classe de empresa privada, mas encontram-se representantes de todas as demais classificações. Contudo, a rede estudada possui a participação do setor privado, através das empresas que terceirizam serviços em algumas unidades de saúde do estado e do município. Com relação ao tipo de gestão, a pesquisa contou com representantes em todas as categorias descritas.

A rede assistencial estudada apresenta o seguinte perfil de unidades de saúde: (i) as

unidades básicas de saúde são municipais e estão sob gestão pública direta da SMS; (ii) as unidades ambulatoriais e de urgência e emergência são municipais e, em sua maioria, possuem todos ou parte dos serviços terceirizados; e (iii) as maternidades são de gestão Estadual, possuindo unidades públicas de gestão própria do Estado, unidade terceirizada e unidades sem fins lucrativos.

O exemplo mais peculiar da diversidade de representação está na conformação do próprio CR do município, formado por três centrais de regulação. No município estudado, essa composição integra a Central Estadual de Regulação de Leitos – que pertence à gestão estadual –, a Central de Regulação de Urgência/Emergência e a Central Municipal de Regulação Ambulatorial – que funcionam sob gestão municipal.

A divisão de comando no CR contribui para a fragmentação das ações de regulação no território, contribuindo para uma atuação das centrais de forma atomizada e não articulada. Gawryszewski et al.⁵ explicam que, numa federação como o Brasil, onde os entes federativos possuem autonomia administrativa, a descentralização de políticas prescinde da ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo. Contudo, essa prática não vem sendo observada na operacionalização do CR em Salvador, contrariando, inclusive, o princípio normativo do comando único estabelecido no Pacto de Gestão do SUS¹⁹.

Essa caracterização ajuda a delinear o contexto de complexidade da rede assistencial e, por conseguinte, da ação regulatória que se propõe a integrar esse conjunto de atores, envolvendo a existência de atores que apresentam propriedades jurídicas distintas – pública e privada –, e condução por entes federados diferentes – federal, estadual e municipal. Em determinadas situações, existe diversidade de representação dentro de um mesmo estabelecimento de saúde. A exemplo de uma unidade pública de propriedade do governo federal, cuja gestão é estadual. Ou de uma unidade de

gestão municipal, em que parte dos serviços é terceirizada ao setor privado e parte é executada diretamente pelo município.

A importância destes achados justifica-se na afirmação de Fleury e Ouverney²⁰, segundo os quais uma rede de política pública pressupõe a interação de atores múltiplos que interagem constantemente. Contudo, esses atores sociais agem em função dos seus interesses, expectativas e motivações com relação aos demais atores, com base em elementos do contexto que os envolve.

A garantia do acesso aos serviços de pré-natal e parto: quem se responsabiliza?

Para além dos documentos normativos estabelecidos na política de saúde, o acesso aos serviços assistenciais, analisado a partir dos dados empíricos deste estudo, vem sendo garantido predominantemente pelos atores envolvidos diretamente na prestação do serviço de saúde ofertado. Os próprios gestores das Centrais de Regulação atribuem a garantia do acesso à disponibilidade de vaga pelo profissional executante do serviço. Para a Central Estadual de Regulação, os atores responsáveis pela garantia do acesso ao serviço de saúde necessário à usuária são as unidades de destino, uma vez que a central regula apenas a oferta da vaga, que é informada pela unidade assistencial por meio do profissional de referência. Para a Central de Regulação de Urgência, os atores responsáveis pela garantia do acesso são os médicos plantonistas das unidades.

Os entrevistados nas maternidades da rede e as unidades de pronto atendimento corroboram a afirmação de que a unidade executante do serviço é a responsável pela garantia da vaga. Algumas unidades atribuem essa prerrogativa ao profissional assistente, diretamente, uma vez que caberia a ele definir sobre a liberação da vaga, a exemplo do relato do gestor de unidade de pronto atendimento PA8, ao afirmar que

A central de regulação é uma intermediária, né, que só é uma organizadora do fluxo. [...] Quando a gente faz o contato, a gente faz de médico para médico. O médico daqui fala com médico plantonista de lá.

Outras unidades atribuem essa decisão ao núcleo interno de regulação, a exemplo da Maternidade M2: “o núcleo interno de regulação, eles são os responsáveis e eles têm que estar empoderados pra isso. Tanto o hospitalar quanto o ambulatorial”.

No nível da atenção básica, o acesso aos serviços de saúde é organizado pelo gerente ou pelo enfermeiro da unidade, e o agendamento realizado na recepção. As entrevistas mostraram que, na atenção básica, o enfermeiro assistente assume um papel importante no acesso ao serviço de saúde, como observado na fala da gerente da UBS10: “A recepção marca. Ela [a enfermeira] monta a agenda, e a recepção faz conforme o agendamento que ela efetuou”. Contudo, a atuação dessa categoria profissional revelou muita diversidade na execução das práticas nas diferentes unidades visitadas, inclusive na perspectiva da integração com os demais níveis da rede assistencial, ressaltando a capacidade de agência desempenhada por cada ator na rede assistencial. Exemplos podem ser observados na fala da coordenadora de enfermagem da UBS7, que relata uma organização aparentemente improvisada: “dificilmente fica sem vaga. A gente sempre dá um jeitinho de arrumar”, diferindo do relato da enfermeira da UBS5, que descreve um acesso ao pré-natal mais sistematizado e acolhedor:

A primeira consulta se marca pra o serviço social. Tem o histórico social que ela colhe, apresenta a caderneta da gestante, faz tipo uma reunião de até 10 gestantes. Depois ela marca o retorno pra mim.

Na percepção das usuárias do serviço, entrevistadas na pesquisa, confirma-se que a atenção básica tem papel relevante no acesso à rede de assistência ao pré-natal e parto, principalmente em referência ao profissional enfermeiro como um apoio para viabilizar o

pré-natal e orientar sobre o acesso aos serviços necessários. Registrando-se a fala da usuária G12.2, por quem ela procurava quando tinha alguma necessidade, “eu procurava a enfermeira de onde eu tava fazendo o pré-natal. Ela me dava os exames, eu marcava”. Contudo, a maternidade, em especial, o serviço de pronto atendimento, também foi considerada como estratégica para o acesso mais rápido à unidade básica. Conforme afirma a gestante G9, “lá é mais difícil, porque a demora da entrega é grande, aí eu prefiro fazer aqui [na maternidade], que entrega mais rápido”.

Nas entrevistas dos profissionais/gestores da rede, não foi possível captar o reconhecimento das usuárias como atores envolvidos no processo regulatório. No que pese, em várias situações, os profissionais colocam sob responsabilidade da usuária a busca do recurso solicitado, conforme observado nos relatos da coordenadora de enfermagem da UBS7

Existem os laboratórios que ofertam os exames pelo SUS, e aí as enfermeiras referenciam, orientam 'vá pra tal laboratório, é mais tranquilo, o resultado é mais rápido', [confirmados pela gerente da USF4] - ela que marca, não é de responsabilidade nossa. A gente encaminha, dá aquela ficha de referência e lá M4 acolhe, ou outra maternidade que foi encaminhada.

Quando questionados diretamente sobre quem é o responsável por viabilizar o acesso aos serviços de saúde, nenhum profissional ou gestor atribuiu essa função às usuárias. Possivelmente, o reconhecimento tácito de que a atribuição do acesso é de responsabilidade da rede assistencial, representada pelos profissionais e gestores, seja o motivo de não explicitar essa atribuição à usuária. A omissão dessa informação não significa que elas não estejam agindo ativamente, rotineiramente e sob a orientação dos profissionais que as assistem ou de outros contatos obtidos em suas próprias redes de relacionamentos, cujos exemplos foram observados, também, nas falas das gestantes, a exemplo de G5.4, que descreve sua experiência da seguinte forma:

Não foi encaminhamento. Ela me deu a requisição, eu fiquei sabendo que lá faz e aí eu fui pra lá. [...] A ultrassom eu fiz paga porque eu não sabia que a M2 fazia de graça. Aí a próxima eu vou fazer na M2.

As falas dos entrevistados destacam a capacidade de decisão atribuída ao profissional da assistência, com destaque para o médico no nível hospitalar, o que indica o poder desses agentes sociais na mobilização dos recursos na rede assistencial. Dessa forma, depreende-se que a ação regulatória não pode ser atribuída apenas da ação governamental. Ao contrário, é exercida em conjunto com diversos atores, individuais e organizacionais, presentes no território de abrangência da rede assistencial. Nesse cenário, atuam em interação profissionais da saúde – que solicitam os serviços de saúde às usuárias ou que realizam o serviço solicitado, representantes dos estabelecimentos que proveem os serviços de saúde –, que podem ser públicos ou privados, e as usuárias que demandam os serviços de saúde – ou seus representantes.

Estudos empíricos publicados na literatura nacional revelam que existe uma contradição entre a política de regulação – que preconiza uma rede normatizada, hierarquizada e racionalizadora –, e a operacionalização cotidiana da rede de atenção à saúde – que prevê um desenho horizontal, integrado e poliárquico dos serviços. Um elemento essencial para a prática regulatória, na perspectiva da rede, é a existência de mecanismos de negociação e pactuação entre os atores envolvidos no processo, uma vez que a interação entre estes é matéria prima da ação regulatória. Farias²¹, Fleury e Ouverney²² defendem que para a regulação assistencial atuar como sistema logístico da RAS, as equipes gestoras devem ter como premissa a necessidade de criação de espaços permanentes de diálogo entre os profissionais das centrais de regulação e os profissionais que atuam nos diferentes níveis assistenciais da rede de saúde local. Esse diálogo poderá favorecer a construção conjunta de estratégias de integração sistêmica que apoiem a produção do acesso aos serviços da rede de forma viva e em ato.

Considerações finais

A análise dos dados empíricos possibilitou compreender a conduta dos atores na ação regulatória como resultado de situações de oportunidades e de constrangimentos conferidas pela interação produzida com os demais atores envolvidos no contexto da rede assistencial de saúde.

Os resultados apontaram para a multiplicidade de atores envolvidos nessa prática social, individuais e organizacionais, profissionais que solicitam serviços de saúde e profissionais de saúde que produzem o serviço solicitado, gestores representantes dos entes estadual e municipal, representantes de unidades de saúde públicos e privados e as usuárias dos serviços, além dos reguladores, que, normativamente, seriam os responsáveis pela ação regulatória. Esse diverso coletivo de agentes, com intenções e motivações diferentes, produz cotidianamente a ação regulatória através de relações de interdependência, orientado pelas regras e pelos recursos disponíveis, que organizam a rede assistencial de pré-natal e parto no âmbito do SUS.

Essa característica ultrapassa a definição normativa de que a ação regulatória possui como agente principal o médico regulador, que possui atribuição legal de ordenar o acesso aos serviços de saúde na rede. Uma vez que existem diferentes atores envolvidos na oferta de serviços de saúde no SUS, a ação regulatória para viabilizar o acesso à saúde deve conseguir integrar em rede essa multiplicidade de atores para oferecer o recurso mais adequado

às necessidades do usuário. Assim, é lícito concluir que a ação dos atores envolvidos nesse processo, em interação constante com outros atores, não é completamente controlável por meio de normas e regras formais. Essa configuração múltipla, dinâmica e complexa de agentes, com poderes para mobilizar recursos ou dificultar o acesso aos serviços de saúde, dificulta a comunicação integrada e pode produzir, de um lado, uma condição favorável às possibilidades particularistas de intermediação entre pontos de atenção, e, de outro, gerar constrangimentos à integração sistêmica da rede assistencial.

Conclui-se, ainda, que, adotando-se a concepção da regulação assistencial como uma prática social, ratifica-se a utilização de teorias sociais para sua compreensão e análise. Entre as possíveis ofertas teóricas, a teoria da estruturação pode contribuir enquanto ferramenta analítica para a explicação dos fenômenos sociais no âmbito do SUS, uma vez que possibilita o reconhecimento dos atores enquanto sujeitos reflexivos e dotados de capacidade de transformação, cuja prática está contextualizada pelo ambiente onde se desenvolve a ação.

Colaboradoras

Barbosa DSJ (0000-0001-9295-5880)* contribuiu para concepção, planejamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, e redação. Guimarães MCL (0000-0002-1311-8337)* contribuiu para concepção, planejamento da pesquisa e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(6):2753-2762.
2. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate.* 2012; 36(95):640-647.
3. Oliveira RR, Elias PEM. Regulação em Saúde. In: *Política e Gestão Pública em Saúde.* São Paulo: Hucitec; 2011.
4. Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC. A política de regulação do Brasil. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
5. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis.* 2012; 22(1):119-140.
6. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
7. Cecilio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Giddens A. *A constituição da sociedade.* São Paulo: Martins Fontes; 1989.
9. Giddens A. *Central Problems in Social Theory—Action, Structure and Contradiction in Social Analysis.* Londres: Macmillan; 1979.
10. Cecilio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. *Saúde Soc.* 2012; 21(2):280-289.
11. Klijn EH, Koppenjan J, Termeer K. *Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks.* Public administration. 1995; 2(2):437-454.
12. Dimaggio PJ, Powell WW. *Introduction. The new institutionalism in organizational analysis.* Chicago: University of Chicago Press; 1991.
13. Brasil. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Política Nacional Regulação do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 1 Ago 2008.
14. Santana JSS, Nascimento MAA. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.* Feira de Santana: Editora UEFS; 2010.
15. Silva JMB. *A gestão do fluxo assistencial regulado no sistema único de saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
16. Oliveira LA, Cecilio LCO, Andreazza R, et al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *Saúde debate.* 2016; 40(109):8-21.
17. Santos FP, Merhy EE. *A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão.* Interface—Comunicação, Saúde, Educação. 2006; 10(19):25-41.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *homepage. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.* [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
19. 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.
20. Fleury S, Ouverney AM. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.* Rio de Janeiro: FGV Editora; 2007.

21. Farias SF. Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS. Recife. [tese]. Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2009.

22. Fleury S, Ouverney AM. O sistema único de saúde bra-

sileiro: desafios da gestão em rede. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*. 2012; 11(2-3):74-83.

Recebido em 07/10/2020

Aprovado em 23/03/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil

Performance of SUS health services in a macroregion of the state of Pernambuco, Brazil

Alaine Santos Parente¹, Arianny Soares Ramos de Santana¹, Sydia Rosana de Araujo Oliveira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112904

RESUMO O objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho dos serviços de saúde de uma macrorregião do estado de Pernambuco. A pesquisa foi realizada utilizando dados do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde nas dimensões efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade. O período de análise foi de 2008 a 2017. O julgamento foi realizado a partir da tendência esperada dos indicadores. Classificou-se o desempenho em: excelente ($\geq 75\%$), satisfatório (50%-74,9%), insatisfatório (49%-25%) e crítico ($< 25\%$). O desempenho foi insatisfatório nas dimensões efetividade (41,7%) e acesso (46%), e excelente nas dimensões adequação (76,2%) e aceitabilidade (100%). Entre os indicadores que contribuíram para o baixo desempenho nas primeiras dimensões, destacam-se: internações por pneumonia, incidência da síndrome da imunodeficiência adquirida, sífilis congênita, vacinação em crianças menores de um ano com tetravalente/pentavalente e procedimentos de alta complexidade. A classificação final revelou resultado satisfatório (52,4%) na Macrorregião de Saúde. Diante dos resultados, torna-se necessária a observação individual dos indicadores, visando ao planejamento de ações que promovam uma melhora nesse panorama. Esta pesquisa contribuiu para uma ampliação da avaliação de desempenho, divulgando a potencialidade do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde para o monitoramento e a análise do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Indicadores de serviços. Regionalização. Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT *The aim of this study was to evaluate the performance of health services in a macro-region in the state of Pernambuco. The research was carried out using data from the Health Services Performance Assessment Methodology Project in the dimensions of effectiveness, access, adequacy and acceptability. The analysis period was from 2008 to 2017. The judgment was made based on the expected trend of the indicators. Performance was classified as: excellent ($\geq 75\%$), satisfactory (50%-74.9%), unsatisfactory (49%-25%) and critical ($< 25\%$). The performance was unsatisfactory in the dimensions effectiveness (41.7%) and access (46%), and excellent in the dimensions adequacy (76.2%) and acceptability (100%). Among the indicators that contributed to poor performance in the first dimensions, the following stand out: hospitalizations for pneumonia, incidence of acquired immunodeficiency syndrome, congenital syphilis, vaccination in children under one year of age with tetravalent/pentavalent and highly complex procedures. The final classification revealed a satisfactory result (52.4%) in the Health Macroregion. In view of the results, it is necessary to observe the indicators individually, aiming at planning actions that promote better results. This research contributed to the expansion of performance evaluation, disclosing the potential of the Health Services Performance Assessment Methodology Project for monitoring and analyzing the health system.*

KEYWORDS *Indicators of health services. Regional health planning. Health services research.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.
alaine_15@hotmail.com



Introdução

A definição de desempenho na saúde não é consensual entre os diversos autores. Consiste em um processo que avalia os resultados alcançados com a implementação de políticas e programas, e em uma atividade imprescindível para a prestação de contas e para a colaboração na tomada de decisão por todos os atores envolvidos. Ou seja, busca promover melhores resultados no sistema de saúde¹⁻⁵. O desempenho é averiguado por meio do alcance de metas e objetivos estabelecidos⁶, sendo utilizado como sinônimo de efetividade, eficiência, cumprimento de objetivos, resultados e qualidade⁷.

Vários quadros teóricos são observados na literatura, a exemplo do modelo canadense, do modelo australiano e do modelo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que avaliam o desempenho por meio de múltiplas dimensões, apresentando, em comum, a avaliação do estado de saúde da população, os determinantes da saúde e o desempenho do sistema de saúde, que compreende a análise da efetividade, segurança, eficiência e do acesso, entre outras dimensões⁸⁻¹⁰. Observam-se, ainda, diversos estudos de comparações internacionais do desempenho dos sistemas de saúde, por meio de múltiplos domínios de desempenho, entre eles: estado de saúde da população, determinantes não médicos de saúde, efetividade, eficiência, acesso, adequação, segurança do paciente, continuidade, qualidade, equidade, sustentabilidade e custo¹¹⁻¹⁶.

No Brasil, o Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess) foi elaborado tendo como referência o modelo canadense. O objetivo é contribuir para o monitoramento e a avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro, por meio de um conjunto de indicadores que refletem quatro dimensões desse desempenho: determinantes sociais, condições de saúde da população, estrutura do sistema e desempenho dos serviços de saúde, sendo este último o principal objeto de avaliação^{17,18}.

Apesar da iniciativa, poucos estudos dedicaram-se ao uso do Proadess. Viacava et al.¹⁹ analisaram os principais indicadores de desempenho dos serviços nas subdimensões de efetividade, acesso, eficiência e adequação, no período de 1998 a 2010, no Brasil. Esses autores observaram comportamentos diferenciados entre os indicadores de desempenho, com melhores resultados nas subdimensões de efetividade e acesso. No estudo de Ugá et al.²⁰, que avaliou a efetividade do sistema de saúde brasileiro, a partir de indicadores referentes a condições evitáveis, verificou-se declínio nos cinco indicadores avaliados, sugerindo melhora nessa efetividade. Laguardia et al.²¹ analisaram indicadores de adequação do cuidado no Brasil, observando mudanças pouco significativas. Se, por um lado, houve melhoria na atenção à gestante, com crescimento no percentual de mulheres com mais de seis consultas de pré-natal, por outro, visualizou-se piora na adequação ao parto, com crescimento nos partos cesáreos. Mais recentemente, Machado et al.²² avaliaram o desempenho dos serviços de saúde de um município paulista de médio porte, no período de 2008 a 2015, observando melhor desempenho nos indicadores de acesso dos serviços hospitalares, e desempenho desfavorável em indicadores de adequação e efetividade.

Além desses estudos, os autores do Proadess têm publicado alguns relatórios e boletins informativos dos indicadores de desempenho dos serviços de saúde no Brasil²³, contudo, persistem lacunas em relação ao contexto regional. Sabe-se que a orientação regional direciona o sistema de saúde brasileiro, sendo fundamentais estudos que possam subsidiar o planejamento, a tomada de decisão e a organização dos serviços nas regiões de saúde. Nesse sentido, este estudo apresentou o objetivo de avaliar o desempenho dos serviços em uma Macrorregião de Saúde do estado de Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, realizada com base no modelo de avaliação de desempenho do Proadess¹⁹. Escolheu-se esse modelo por ser uma proposta multidimensional, composta por um conjunto de indicadores estabelecidos a partir da disponibilidade de dados pelos sistemas de informação em saúde do Brasil.

O cenário de investigação foi a III Macrorregião de Saúde, situada no sertão do estado de Pernambuco, composta por três regiões de saúde: Arcoverde (VI), Afogados da Ingazeira (X) e Serra Talhada (XI). Formada por 35 municípios, esta macrorregião teve sua população estimada, em 2019, em 855.144 habitantes²⁴.

A coleta dos dados foi realizada no site do Proadess (<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matrs>). Coletaram-se 75 indicadores, contudo, foram incluídos na análise apenas os que possuíam dados em um período de 10 anos, totalizando 42 indicadores. O período de análise foi de 2008 a 2017. Verificaram-se os indicadores da dimensão de desempenho dos serviços da matriz do Proadess nas seguintes subdimensões: efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade. As

demais foram excluídas pela indisponibilidade de dados no período estudado.

A análise dos dados foi realizada em três etapas. Primeiramente, realizou-se a análise de tendência dos indicadores, por meio de regressão linear simples, no software estatístico R, adotando-se um nível de significância de 5%, e também foram calculadas as variações percentuais dos indicadores entre o primeiro e o último ano da série histórica.

Posteriormente, foi elaborada uma matriz de julgamento (*quadro 1*), estabelecendo pontuações a partir das tendências esperadas de cada indicador, tendo recebido, cada um deles, uma Pontuação Máxima Esperada (PME) de 1 (tendência crescente ou decrescente). Logo, as PME de cada dimensão foram: efetividade (12), acesso (21), adequação (7) e aceitabilidade (2), com valor total de 42. Para os indicadores que não apresentaram tendências lineares significativas ($p > 0,05$), consideraram-se as variações percentuais (V%), utilizando como ponto de corte para julgamento de acréscimo ou decréscimo os valores maiores ou iguais a 10%. Consideraram-se as metas estabelecidas pelo estado/Ministério da Saúde (MS) quando elas estavam disponíveis para o indicador, sendo incluídas na matriz de julgamento.

Quadro 1. Matriz de julgamento dos indicadores de desempenho dos serviços de saúde nas dimensões efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade

Efetividade			
INDICADOR	DESCRIÇÃO DOS VALORES	PME	
1- Percentual de usuários internados com diabetes mellitus, que realizaram amputação não traumática de membros inferiores	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1	
2- Taxa de internação por asma, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes de 15 anos ou mais	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1	
3- Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1	
4- Taxa de internação por gastroenterite, padronizada por idade e sexo, por 100 mil habitantes de 1 a 4 anos	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1	
5- Taxa de internação por insuficiência cardíaca, padronizada por sexo, por 100 mil habitantes de 40 anos ou mais	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1	
6- Taxa de internação por pneumonia bacteriana, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes de 18 anos ou mais	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1	

Quadro 1. (cont.)

Efetividade		
7- Incidência de aids por 100 mil habitantes	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
8- Incidência de tuberculose por 100 mil habitantes	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
9- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
10- Taxa de mortalidade por diabetes mellitus, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes de 20 a 79 anos	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
11- Taxa de mortalidade por hipertensão, padronizada por idade e sexo, por 100 mil habitantes de 50 a 64 anos	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
12- Taxa de mortalidade por infecção respiratória aguda, por 100 mil habitantes menores de 5 anos	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
PME		12
ACESSO		
1- Percentual da população coberta pela ESF	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
2- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Tendência crescente ou com alcance de meta, em 2017 (80%) = 1 Tendência decrescente = 0	1
3- Percentual da população de 60 anos ou mais vacinada contra influenza	Tendência crescente ou com alcance de meta, em 2017 (90%) = 1 Tendência decrescente = 0	1
4- Percentual de crianças menores de 1 ano vacinadas com tetravalente/pentavalente	Tendência crescente ou com alcance de meta, em 2017 (95%) = 1 Tendência decrescente = 0	1
5- Razão entre o número de procedimentos de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a metade da população de mulheres na mesma faixa etária	Tendência crescente ou com alcance de meta, em 2017 (0,35) = 1 Tendência decrescente = 0	1
6- Razão entre o número de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos e 1/3 da população de mulheres na mesma faixa etária	Tendência crescente ou com alcance de meta, em 2017 (0,44) = 1 Tendência decrescente = 0	1
7- Taxa de angioplastia, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
8- Taxa bruta de cirurgias de catarata por 100 mil habitantes com 40 anos ou mais	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
9- Taxa de internação por artroplastia de quadril, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes com 60 anos ou mais	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
10- Taxa de cirurgia para revascularização do miocárdio, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
11- Percentual de partos hospitalares	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
12- Percentual de internações cirúrgicas realizadas fora da região de saúde	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
13- Percentual de internações cirúrgicas realizadas na região de saúde	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
14- Percentual de mamografias realizadas fora da região de saúde de residência	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1

Quadro 1. (cont.)

Efetividade		
15- Percentual de mamografias realizadas na região de saúde de residência	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
16- Percentual de partos hospitalares realizados fora da região de saúde de residência	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
17- Percentual de partos hospitalares realizados na região de saúde de residência	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
18- Percentual de angioplastias realizadas fora da região de saúde de residência	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
19- Percentual de quimioterapias realizadas fora da região de saúde de residência	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
20- Percentual de quimioterapias realizadas na região de saúde de residência	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
21- Percentual de radioterapias realizadas fora da região de saúde de residência	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
PME		21
ADEQUAÇÃO		
1- Percentual de pacientes com acidente vascular cerebral internados por até sete dias, que realizaram tomografia computadorizada	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
2- Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
3- Razão entre diálise e transplante renal	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
4- Taxa de histerectomias, padronizada por idade, por 100 mil mulheres de 20 anos ou mais	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
5- Percentual de meningites bacterianas que tiveram confirmação diagnóstica laboratorial	Tendência crescente = 1 Tendência decrescente = 0	1
6- Percentual de partos cesáreos	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
7- Tempo médio de permanência hospitalar de pacientes de 60 anos ou mais, por fratura no quadril	Tendência decrescente = 1 Tendência crescente = 0	1
PME		7
ACEITABILIDADE		
1- Taxa de abandono do tratamento de tuberculose	Tendência decrescente ou com alcance de meta, em 2016 (<5%) = 1 Tendência crescente = 0	1
2- Percentual de idosos não vacinados contra influenza	Tendência decrescente ou com percentual <10%, em 2017 = 1 Tendência crescente = 0	1
PME		2

Fonte: Elaboração própria, a partir dos conceitos estabelecidos pelo Proadess²³.

A terceira etapa consistiu no cálculo do desempenho de cada dimensão e do desempenho global, utilizando uma regra de três simples: Σ pontuação obtida / Σ pontuação máxima $\times 100$. Para a avaliação de desempenho global das regiões de saúde, foram somadas as pontuações obtidas das quatro dimensões: Σ efetividade + Σ acesso + Σ adequação + Σ aceitabilidade. Classificou-se o desempenho em: excelente ($\geq 75\%$), satisfatório (50%-74,9%), insatisfatório (49%-25%) e crítico ($< 25\%$). Essa classificação de desempenho foi elaborada pelos autores, tendo em vista que o Proadess não possui uma matriz de julgamento para os indicadores.

Resultados

Os indicadores de desempenho das regiões pertencentes à III Macrorregião de Saúde estão apresentados pelas seguintes dimensões: efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade (*tabela 1*).

O desempenho na dimensão efetividade foi satisfatório na X região (50%) e insatisfatório na VI e na XI região (33,3% e 41,7%, respectivamente). Na análise individual, observou-se desempenho satisfatório nos seguintes indicadores: internação por asma, por gastroenterite, por insuficiência cardíaca (VI, X e XI regiões) e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (X e XI regiões), que apresentaram tendências decrescentes. Entretanto, foi observado resultado insatisfatório nas internações por pneumonia e na incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (VI, X e XI regiões), na incidência de tuberculose (VI região) e no número de casos novos de sífilis congênita (VI, X e XI regiões), que foram crescentes entre os anos 2008 e 2017 (*tabela 1*).

Nos indicadores de acesso aos serviços de saúde, o desempenho foi satisfatório na VI

(52,4%) e insatisfatório na X e na XI região (47,6% e 38,1%, respectivamente). Observou-se que o desempenho foi satisfatório nas três regiões de saúde, nos seguintes indicadores: percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), cobertura populacional estimada de equipes de atenção básica, vacinação em idosos contra gripe/influenza, razão de mamografias e citopatológicas, taxas de angioplastias e cirurgias de catarata (*tabela 1*).

Embora os percentuais de alguns procedimentos realizados fora da região de saúde tenham crescido ou se mantido estacionários, ou seja, tenham apresentado desempenho insatisfatório, conforme a matriz de julgamento, ressalta-se que são inferiores aos percentuais de procedimentos do interior da região de saúde, tais como: internações cirúrgicas, mamografias e partos hospitalares. Contudo, destacam-se os percentuais de radioterapias e angioplastias, os quais são 100% realizados fora da região de saúde de residência dos usuários, nas três regiões, e o percentual de quimioterapias, na X e na XI região. Apesar da região de Arcoverde ter iniciado a oferta de quimioterapias a partir do ano de 2016, o que gerou decréscimo no indicador, ainda prevalece a sua realização fora da região de saúde (*tabela 1*).

A estratificação do desempenho na dimensão adequação evidenciou resultado excelente na VI região (85,7%) e satisfatório na X e na XI região de saúde (ambas com 71,4%). Entretanto, destaca-se o crescimento do percentual de partos cesáreos nas três regiões de saúde, entre os anos 2008 e 2017. Na dimensão aceitabilidade, observaram-se resultados excelentes (100%) nas três regiões de saúde, apontando declínio na taxa de abandono de tratamento da tuberculose e no percentual de idosos não vacinados contra influenza (*tabela 1*).

Tabela 1. Desempenho, segundo os indicadores de efetividade dos serviços de saúde da VI, X e XI regiões, da III Macrorregião de Saúde do estado de Pernambuco, 2008-2017

Indicador	PME	PO-VI	PO-X	PO-XI
EFETIVIDADE				
1- Percentual de usuários internados com diabetes mellitus que realizaram amputação não traumática de membros inferiores	1	0	0	0
2- Taxa de internação por asma, por 100 mil habitantes de 15 anos ou mais	1	1	1	1
3- Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	1	0	1	1
4- Taxa de internação por gastroenterite, por 100 mil habitantes de 1 a 4 anos	1	1	1	1
5- Taxa de internação por insuficiência cardíaca, por 100 mil habitantes de 40 anos ou mais	1	1	1	1
6- Taxa de internação por pneumonia bacteriana, por 100 mil habitantes de 18 anos ou mais	1	0	0	0
7- Incidência de aids por 100 mil habitantes	1	0	0	0
8- Incidência de tuberculose por 100 mil habitantes	1	0	1	1
9- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano	1	0	0	0
10- Mortalidade por diabetes mellitus	1	0	0	0
11- Mortalidade por hipertensão	1	1	0	0
12- Mortalidade por infecção respiratória aguda	1	0	1	0
PO	12	4	6	5
Desempenho (%)		33,3	50	41,7
ACESSO				
1- Percentual da população coberta pela ESF	1	1	1	1
2- Cobertura populacional estimada de equipes de atenção básica	1	1	1	1
3- Percentual da população de 60 anos ou mais vacinada contra gripe/influenza	1	1	1	1
4- Percentual de crianças menores de 1 ano vacinadas com tetravalente/pentavalente	1	0	0	0
5- Razão entre o número de procedimentos de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a metade da população de mulheres na mesma faixa etária	1	1	1	1
6- Razão entre o número de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos e 1/3 da população de mulheres na mesma faixa etária	1	1	1	1
7- Taxa de angioplastia por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais	1	1	1	1
8- Taxa de cirurgias de catarata por 100 mil habitantes com 40 anos ou mais	1	1	1	1
9- Taxa de internação por artroplastia de quadril por 100 mil habitantes com 60 anos ou mais	1	1	0	1
10- Taxa de cirurgia para revascularização do miocárdio por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais	1	0	1	0
11- Percentual de partos hospitalares	1	1	0	0
12- Percentual de internações cirúrgicas realizadas fora da região de saúde	1	0	0	0
13- Percentual de internações cirúrgicas realizadas na região de saúde	1	0	0	0
14- Percentual de mamografias realizadas fora da região de saúde de residência	1	0	1	0
15- Percentual de mamografias realizadas na região de saúde de residência	1	0	1	0
16- Percentual de partos hospitalares realizados fora da região de saúde de residência	1	0	0	0
17- Percentual de partos hospitalares realizados na região de saúde de residência	1	0	0	0

Tabela 1. (cont.)

Indicador	PME	PO-VI	PO-X	PO-XI
18- Percentual de angioplastias realizadas fora da região de saúde de residência	1	0	0	0
19- Percentual de quimioterapias realizadas fora da região de saúde de residência	1	1	0	0
20- Percentual de quimioterapias realizadas na região de saúde de residência	1	1	0	0
21- Percentual de radioterapias realizadas fora da região de saúde de residência	1	0	0	0
PO	21	11	10	8
Desempenho (%)		52,4	47,6	38,1
ADEQUAÇÃO				
1- Percentual de pacientes com acidente vascular cerebral internados por até sete dias, que realizaram tomografia computadorizada	1	1	1	1
2- Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal	1	1	1	1
3- Razão entre diálise e transplante renal	1	1	1	1
4- Taxa de histerectomias por 100 mil mulheres de 20 anos ou mais	1	1	1	1
5- Percentual de meningites bacterianas que tiveram confirmação diagnóstica laboratorial	1	1	0	0
6- Percentual de partos cesáreos	1	0	0	0
7- Tempo médio de permanência hospitalar de pacientes de 60 anos ou mais, por fratura no quadril	1	1	1	1
PO	7	6	5	5
Desempenho (%)		85,7	71,4	71,4
ACEITABILIDADE				
1- Taxa de abandono do tratamento de tuberculose	1	1	1	1
2- Percentual de idosos não vacinados contra influenza	1	1	1	1
PO	2	2	2	2
Desempenho (%)	100	100	100	

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados no Proadess²³.

PME - Pontuação Máxima Esperada; PO - Pontuação Obtida; Satisfatório = 1, Estável e Insatisfatório = 0.

Desempenho geral: Excelente ≥75%; Satisfatório 50%-74,9%; Insatisfatório 49%-25%; Crítico <25%.

As dimensões que apresentaram melhores desempenhos foram adequação e aceitabilidade. O desempenho foi categorizado como: excelente, nas dimensões adequação (VI região) e aceitabilidade (VI, X e XI regiões); satisfatório,

nas dimensões efetividade (X região), acesso (VI região) e adequação (X e XI regiões); e insatisfatório, nas dimensões efetividade (VI e XI regiões) e acesso (X e XI regiões) (tabela 2).

Tabela 2. Desempenho global dos serviços da III Macrorregião de Saúde do estado de Pernambuco, 2008-2017

DIMENSÃO	PME	VI		X		XI		III MACRO
		PO	%	PO	%	PO	%	%
Efetividade	12	4	33,3	6	50	5	41,7	41,7
Acesso	21	11	52,4	10	47,6	8	38,1	46
Adequação	7	6	85,7	5	71,4	5	71,4	76,2
Aceitabilidade	2	2	100	2	100	2	100	100
PO	42	23	54,8	23	54,8	20	47,6	52,4

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados no Proadess²³.

PME - Pontuação máxima esperada; PO - Pontuação obtida.

DG - Desempenho Geral: Excelente $\geq 75\%$; Satisfatório 50%-74,9%; Insatisfatório 49%-25%; Crítico $< 25\%$.

Discussão

Os resultados demonstraram desempenho geral satisfatório na III Macrorregião de Saúde do estado de Pernambuco (52,4%), embora este valor encontre-se no limite inferior (entre satisfatório e insatisfatório). O desempenho excelente nas dimensões adequação e aceitabilidade contribuiu para o alcance desse percentual, visto que as dimensões efetividade e acesso apresentaram desempenho insatisfatório em duas regiões de saúde. Estudo anterior¹⁹, que avaliou o desempenho dos serviços de saúde no Brasil, no período de 1998 a 2010, observou melhores resultados nas subdimensões efetividade e acesso, decorrentes dos avanços nos indicadores referentes à atuação da atenção primária.

Na dimensão efetividade, a VI e a XI regiões apresentaram desempenho insatisfatório, e a X região se aproximou do limite inferior, com um resultado de 50%. Se, por um lado, houve declínio em internações por condições evitáveis (percentual geral de ICSAP, internação por asma, por gastroenterite e por insuficiência cardíaca), por outro, observou-se crescimento nas internações por pneumonia, na incidência de aids nas três regiões de saúde, na incidência de tuberculose na VI região e nos casos novos de sífilis congênita nas três regiões de saúde, que contribuíram para o baixo desempenho.

Os resultados nos indicadores de internações por condições evitáveis também têm sido

observados em diversos estudos, que demonstraram declínio nessas internações, podendo estar associado ao fortalecimento e à expansão da atenção primária^{19,20,25-28}. A redução nas internações pode colaborar com a disponibilização de leitos para outras morbidades e com a redução dos custos hospitalares²⁹.

Para a manutenção desses resultados e a redução de custos para o sistema de saúde, torna-se crucial discutir os fatores que influenciam tais resultados e o desenvolvimento de ações que visem à qualificação dos profissionais. Avançar no aperfeiçoamento do modelo assistencial da atenção primária no Brasil, a ESF, proporcionará melhores resultados e acesso mais oportuno para a população²⁸.

O monitoramento permanente desses indicadores é indispensável, principalmente diante das mudanças no financiamento da atenção primária, instituídas por meio da Portaria nº 2.979/2019^{30,31}. A substituição do piso de atenção básica fixo e variável por um pagamento por capitação ponderada, que utiliza em seu cálculo o número de pessoas cadastradas, pode ocasionar efeitos negativos no modelo da ESF. Além da possibilidade de perda de recursos financeiros, a utilização da população cadastrada para efeitos de financiamento significa o rompimento com a universalidade e equidade do SUS³².

Em sequência, destaca-se o crescimento da incidência de aids nas três regiões de saúde do presente estudo. Diferentemente desses

resultados, dados do MS demonstraram uma queda nos casos de aids, desde 2013, passando de 42.934 casos para 37.161, em 2018³³. O enfrentamento à epidemia de aids requer a realização de ações preventivas, de diagnóstico em tempo oportuno e tratamento adequado³⁴.

A tendência crescente da tuberculose na VI região de saúde do estado de Pernambuco também é preocupante. No Brasil, ocorreu uma queda de 1,6%, no período 2008 a 2017. Porém, Pernambuco está entre os estados que apresentaram, em 2017, os maiores coeficientes de incidência (46/100 mil habitantes). Apesar do decréscimo, os resultados são diversos entre as unidades federativas, demonstrando a necessidade de maior empenho dos gestores, visando eliminar a tuberculose como problema de saúde no País³⁵.

Em outro estudo, por meio de dados globais, observou-se declínio de 1,8%, em 2017, comparando-se com o ano anterior. Contudo, os autores apontam que são necessárias ações para melhorar o diagnóstico, tratamento e a prevenção da doença, para que sejam alcançadas as metas globais para 2020-2035³⁶.

O crescimento dos casos novos de sífilis congênita nas três regiões de saúde de Pernambuco corrobora com dados de outros estudos, demonstrando ser imprescindível o estabelecimento de ações que visem à prevenção e ao tratamento oportuno da doença^{37,38}. As taxas crescentes de sífilis podem ter ocorrido devido a uma melhor detecção, diante da oferta de testes rápidos na gestação, a partir da instituição da Rede Cegonha^{22,38}. Contudo, ressalta-se que este indicador é apontado como um preditor da qualidade do pré-natal, sendo necessário priorizar investimentos que promovam a melhoria da assistência pré-natal, com diagnóstico precoce da sífilis materna e fortalecimento do tratamento para a prevenção da sífilis congênita³⁸.

Na dimensão acesso, a VI região de saúde apresentou desempenho satisfatório, e a X e a XI regiões, desempenho insatisfatório. Entre os indicadores, destacam-se os resultados positivos na cobertura da ESF e da atenção

primária, a vacinação contra influenza em idosos, a razão de mamografias e citopatológicas, a taxa de cirurgias de catarata e de angioplastias.

A tendência crescente na cobertura da ESF também foi apontada em outra pesquisa. As macrorregiões e unidades federativas do Brasil apresentaram crescimento nesse indicador, com aumentos mais significativos no Norte, Sudeste e Sul, os quais apresentaram, em 2016, cobertura igual ou superior a 75%³⁹. Pesquisas revelaram crescimento nos demais indicadores, demonstrando ampliação em alguns procedimentos de média e alta complexidades^{19,22,40}.

No entanto, destacam-se os procedimentos de alta complexidade (angioplastias, radioterapias e quimioterapias), que são realizados predominantemente fora das três regiões de saúde estudadas. Este resultado corrobora com o estudo de Lima et al.⁴¹, confirmando vazios assistenciais no SUS, na produção de serviços de alta complexidade no Brasil. Os serviços encontram-se concentrados nas regiões que possuem a capital como município-polo, sobretudo no Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Santos⁴² havia descrito que, apesar da existência de 438 regiões de saúde no País, estas não atendem as necessidades da população que está em seu território, referenciando parte dela para outras regiões.

Na dimensão adequação, constatou-se desempenho excelente na VI e satisfatório na X e na XI região de saúde. Esses resultados decorreram dos achados positivos em seis dos sete indicadores avaliados, observando desempenho insatisfatório nas três regiões apenas no indicador percentual de partos cesáreos, que apresentou crescimento entre os anos 2008 e 2017.

Estudos anteriores haviam apontado crescimento no percentual de partos cesáreos^{19,21,22}. Somente em 2015, estimou-se que 29,7 milhões (21,1%) dos nascimentos em todo o mundo ocorreram por cesáreas⁴³. O Brasil está entre os países que apresentam as mais altas taxas⁴⁴. A Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou para a necessidade da realização de partos

cesáreos somente nos casos indicados, visto que, como qualquer procedimento cirúrgico, pode ocasionar riscos às saúdes materna e infantil, principalmente em mulheres com dificuldades de acesso a assistência obstétrica adequada⁴⁵.

Por fim, a dimensão aceitabilidade apresentou desempenho excelente nas três regiões de saúde. Este resultado deve-se ao declínio nos dois indicadores avaliados: taxa de abandono de tratamento da tuberculose e percentual de idosos não vacinados contra influenza. Mesmo diante dos resultados positivos, aponta-se a necessidade do contínuo monitoramento desses dados e da realização de ações que visem à manutenção de tais resultados. Também é importante destacar que, apesar desse resultado positivo, observou-se crescimento da incidência de tuberculose na VI região de saúde.

Como limitações deste estudo, destacam-se o uso de dados secundários, que podem apresentar erros no processamento e subnotificações, e a inexistência de padrões de desempenho para os indicadores, o que dificultou o seu julgamento. A inexistência de padrões de referência para o julgamento do desempenho também foi exposta no estudo de Reis et al.⁶.

Apesar das limitações, o modelo do Proadess apresenta grande relevância por disponibilizar aos gestores, pesquisadores e à população um conjunto de indicadores para o monitoramento e a avaliação do sistema de saúde brasileiro, que podem contribuir para a tomada de decisão baseada em evidências e, conseqüentemente, para o fortalecimento dos serviços e das ações do SUS.

Considerações finais

Os achados deste trabalho apontam a necessidade de observação individual dos indicadores, visando ao planejamento de ações que promovam melhor desempenho. Também é

crucial o monitoramento desses dados, visto que as políticas de austeridade que vêm sendo adotadas no País podem alterar substancialmente esses resultados.

A realização desta pesquisa contribuiu para a ampliação da avaliação de desempenho dos serviços de saúde, utilizando um conjunto de indicadores que refletem, principalmente, o acesso e a efetividade do SUS, divulgando a potencialidade do Proadess para o monitoramento e a avaliação do sistema de saúde brasileiro. Os resultados do estudo podem colaborar com o planejamento, a tomada de decisão e a organização dos serviços nas regiões de saúde.

Sugere-se a realização de novos estudos, que aprofundem a compreensão sobre o desempenho dos serviços, investigando os fatores que podem ter contribuído para melhorar ou piorar o desempenho dessas regiões de saúde. E que avaliem outras dimensões de desempenho propostas pelo Proadess, tais como a análise das condições de saúde e os determinantes sociais, bem como a correlação entre a estrutura do sistema e os resultados do desempenho dos serviços de saúde.

Colaboradoras

Parente AS (0000-0003-3361-2049)* contribuiu para a concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e aprovação da versão final do manuscrito. Santana ASR (0000-0003-2772-647X)* contribuiu para a concepção e planejamento; análise e interpretação dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira SRA (0000-0002-6349-2917)* contribuiu para a concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- McDavid JC, Huse I, Hawthorn LR. Program Evaluation and Performance Measurement: An Introduction to Practice. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2018.
- Papanicolas I, Smith PC. Introduction. In: Papanicolas I, Smith PC, editores. Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. New York: Open University Press; 2013. [acesso em 2020 mar 4]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf.
- Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Geneva: World Health Organization; 2008. [acesso em 2020 mar 4]. Disponível em: <https://www.who.int/management/district/performance/PerformanceMeasurementHealthSystemImprovement2.pdf>.
- Lizarondo L, Grimmer K, Kumar S. Assisting allied health in performance evaluation: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2014 [acesso em 2020 mar 4]; 14:572. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-014-0572-7>.
- Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, et al. Introduction. In: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, et al. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Londres: Cambridge University Press; 2009. [acesso em 2020 mar 4]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135970/E94887_Part_I.pdf.
- Reis AC, Santos EM, Arruda MR, et al. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. Saúde debate. 2017 [acesso em 2020 mar 4]; 41(esp):330-344. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500330&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Vieira SLM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
- Canadian Institute for Health Information. A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System. Ottawa: CIHI; 2013 [acesso em 2019 set 9]. Disponível em: https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_EN.pdf.
- Australian Institute of Health Welfare. The National Health Performance Framework. Sidney: AIHW; 2017. [acesso em 2019 set 9]. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/0473c334-bb4d-4eca-8fd7-29f15a2ac94f/national-health-performance-framework-figure-31Aug17.pdf.aspx>.
- Carinci F, Gool KV, Mainz J, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. Int J Qual Health Care. 2015 [acesso em 2019 set 9]; 27(2):137-46. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/27/2/137/1787909>.
- Hejduková P, Kureková L. National health systems' performance: evaluation WHO indicators. Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2016 [acesso em 2020 mar 4]; (230):240-248. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042816311326>.
- Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, et al. Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care. 2017. [acesso em 2020 abr 25]. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/jul/mirror-mirror-2017-international-comparison-reflects-flaws-and>.
- Barua B, Hasan S, Timmermans I. Comparing Performance of Universal Health Care Countries. 2017. [acesso em 2020 abr 25]. Disponível em: <http://www.fraserinstitute.org>.
- Canadian Institute for Health Information. Interna-

- tional Comparisons at CIHI February 2017. Ottawa: CIHI; 2017. [acesso em 2020 abr 25]. Disponível em: https://secure.cihi.ca/free_products/international-comparisons-en-web.pdf.
15. Conill EM, Xavier DR, Piola SF, et al. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2019 set 9]; 27(3):2171-2185. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000702171&script=sci_abstract&tlng=pt.
 16. Sun D, Ahn H, Lievens T, et al. Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries. *PLoS One.* 2017 [acesso em 2019 set 9]; 12(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173346>.
 17. Viacava F, Almeida C, Caetano R, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.* 2004 [acesso em 2019 set 9]; 9(3):711-724. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300021>.
 18. Viacava F, Laguardia J, Ugá MAD, et al. Proadess: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. 2012. [acesso em 2020 abr 26]. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=relat>.
 19. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012 [acesso em 2019 set 9]; 17(4):921-934. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>.
 20. Ugá MAD, Laguardia J, Porto SM, et al. A efetividade do sistema de saúde brasileiro: uma avaliação através de indicadores referentes a condições evitáveis. *Reciis.* 2013 [acesso em 2019 set 9]; 7(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v7i2.495>.
 21. Laguardia J, Ugá MAD, Porto SM, et al. Análise descritiva da adequação do cuidado no desempenho dos serviços de saúde no Brasil. *Tempus Actas de saúde Colet.* 2014 [acesso em 2019 set 9]; 8(4). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/307659516>.
 22. Machado RC, Forster AC, Campos JJB, et al. Avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde de um município paulista de médio porte, Brasil, 2008 a 2015. 2019. [acesso 2020 fev 17]. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/319>.
 23. Fundação Oswaldo Cruz. Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Projeto de avaliação de desempenho do sistema de saúde. 2020 [acesso em 2020 abr 25]. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=>.
 24. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2020 jan 14]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
 25. Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das interações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014 [acesso em 2019 set 9]; 23(3):463-474. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300009>.
 26. Ceccon RF, Meneghel SN, Viécili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev. bras. epidemiol.* 2014 [acesso em 2019 set 9]; 17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400040014>.
 27. Gonçalves RF, Souza IMC, Tanaka OY, et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016 [acesso em 2019 set 9]; 21(9):2815-2824. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15392016>.
 28. 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 [acesso em 2020

- fev 17]; 23(6):1903-1913. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>.
29. Torimoto T, Costa JSD. Interações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2020 fev 17]; 22(3):1903-1913. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300891&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#B34.
30. 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.
31. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2020 abr 25]; 25(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.
32. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2020 abr 25]; 25(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
33. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV Aids 2019.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2020 abr 27]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>.
34. Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016 [acesso em 2020 abr 25]; 21(5):1553-1564. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501553&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
35. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Implantação do plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas.* *Boletim Epidemiológico.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2019 set 9]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>.
36. Macneil A, Glaziou F, Sismanidis C, et al. Global Epidemiology of Tuberculosis and Progress Toward Achieving Global Targets – 2017. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2019 [acesso em 2020 abr 25]; 68(11):263-266. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6811a3.htm#FL_down.
37. Bottura BR, Matuda L, Rodrigues PSC, et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* [internet]. 2019 [acesso em 2020 abr 25]; 64(2):69-75. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/515>.
38. Bezerra MLMB, Fernandes FECV, Nunes JPO, et al. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. *Emerging Infectious Diseases.* 2019 [acesso em 2020 abr 25]; 25(8). Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/25/8/18-0298_article.
39. Neves RG, Duro SMS, Nunes BP, et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2018 [acesso em 2019 set 9]; 27(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300008>.
40. Martins M, Lima SML, Andrade CLT, et al. Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019 [acesso em 2020 abr 25]; 24(12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204541&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

41. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2019 set 9]; 35(supl2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00094618>.
42. Santos L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2020 abr 25]; 23(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602043&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
43. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*. 2018 [acesso em 2020 fev 17]; 392(10155):1341-1348. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext?rss=yes).
44. Betrán AP, Ye J, Moller AB, et al. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016 [acesso em 2020 fev 17]; 11(2). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26849801>.
45. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Geneva: OMS; 2015. [acesso em 2019 set 9]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=CE1B13148F5A4C4944EACB78A0A3D739?sequence=3.

Recebido em 14/05/2020

Aprovado em 07/12/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Gestão participativa na Estratégia Saúde da Família: reorientação da demanda à luz do Método Paideia

Participatory management in the Family Health Strategy: reorientation of demand in the light of the Paideia Method

Mykaelly Pereira Clemente¹, Antonio Germane Alves Pinto¹, Alissan Karine Lima Martins¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112905

RESUMO Objetivou-se descrever a construção de um plano de ação de corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários, para a reorientação da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família, por meio de ferramentas de gestão participativa. Tratou-se de um estudo intervencionista do tipo pesquisa-ação, realizado com uma equipe de Estratégia Saúde da Família do município de Petrolina (PE). Participaram do estudo 11 sujeitos, selecionados pela técnica de amostragem da representatividade qualitativa, sendo 3 gestores da atenção básica do município, 4 profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família envolvida no estudo e 4 líderes comunitários, representantes dos usuários. O referencial teórico adotado para a análise da intervenção foi o método de análise e cogestão de coletivos, o Método Paideia. O estudo evidenciou o despreparo dos coletivos para atuarem na gestão participativa, ao tempo que revelou que as possibilidades de reestruturação dos serviços são otimizadas quando pensadas de maneira democrática e corresponsável. Considerou-se que as principais contribuições deste estudo foram a sensibilização e a mobilização dos sujeitos para atuarem de maneira participante no planejamento e na gestão dos problemas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Estratégia Saúde da Família. Gestão em saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Participação da comunidade.

ABSTRACT *The objective was to describe the construction of a co-responsibility action plan involving managers, professionals and users, aimed at reorienting spontaneous demand in a Family Health Unity, by means of participatory management tools. This was an interventional research study, the action-research type, carried out with a Family Health Strategy team in the municipality of Petrolina (PE). The study involved eleven participants, who were selected using the qualitative representativeness sampling technique, and included three primary care managers in the municipality, four health professionals from the Family Health Strategy involved in the study and four community leaders, representatives of users. The theoretical framework adopted for the analysis of the intervention was the method of analysis and co-management of collectives – the Paideia method. The study revealed the unpreparedness of collectives to act in participatory management, while showing that possibilities of restructuring services are optimized when thought of in a democratic and co-responsible way. It was considered that the main contributions of this research were the awareness and the mobilization of the subjects to act in a participatory way in the planning and management of health problems.*

KEYWORDS *Family Health Strategy. Health management. Health service needs and demands. Community participation.*

¹Universidade Regional do Cariri (Urca) – Crato (CE), Brasil.
mykaellypc@hotmail.com



Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada como um meio de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de aprofundar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}.

Franco e Merhy² citam a ESF como uma tentativa de reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressupostos a produção do cuidado, um processo de trabalho usuário-centrado e relações acolhedoras, capazes de gerarem vínculos, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários.

Nessa perspectiva, o planejamento participativo se configura na adoção de práticas e mecanismos inovadores, que efetivam a participação popular e abrangem um sistema de cooperação, compartilhamento, transparência e protagonismo social como formas de promover o exercício democrático³.

A gestão participativa, no âmbito dos serviços, implica a ampliação de arranjos organizacionais montados para estimular a produção/construção de sujeitos e de coletivos no gerenciamento de ações e práticas políticas do controle social^{4,5}.

Ainda que de forma incipiente, espaços de participação social vêm sendo criados na atenção básica, com o objetivo de reconhecer sujeitos capazes de estabelecerem uma interlocução dialógica com os serviços de saúde e possibilitar um incremento de estratégias de luta e de enfrentamento aos problemas locais. Portanto, ampliar tais espaços e reivindicar a participação social dos usuários e dos trabalhadores em associação com os gestores, no processo de planejamento social, tem sido um desafio para o planejamento participativo na ESF⁴.

Cotidianamente, o dimensionamento entre as demandas espontâneas e programadas também tem sido um problema enfrentado pelas equipes de ESF. Isto porque uma das grandes dificuldades do seu processo de

trabalho é a necessidade de organizar o atendimento aos grupos prioritários de maior risco e vulnerabilidade, por meio de consultas programadas, sem negligenciar a busca espontânea pelo serviço de saúde e o atendimento às urgências^{6,7}.

Pesquisas relatam que muitos fatores contribuem para o aumento da demanda espontânea. Entre eles, destacam-se os de origem estrutural, como unidades de saúde distantes dos demais serviços da Rede de Apoio à Saúde (RAS) e equipes de Saúde da Família que atendem a um contingente populacional acima do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Também há aqueles de natureza cultural, historicamente alicerçados em práticas e paradigmas de saúde⁶⁻⁹.

Rocha⁷ enfatiza que a demanda espontânea exacerbada tem interferido diretamente no funcionamento da ESF, fazendo com que as equipes deixem de empregar ações preventivas para realizarem intervenções curativas e de caráter imediato. Esta inversão de práticas implica o aumento das patologias preveníveis e a agudização das crônicas, o que reforça o binômio saúde-doença e enfraquece as práticas assistenciais baseadas na prevenção e promoção de saúde.

Para evitar um retrocesso assistencial, o MS tem lançado manuais instrutivos direcionados ao acolhimento à demanda espontânea, a fim de orientar as equipes em seus processos de trabalho^{10,11}.

Araújo e Assis¹² dizem que, apesar de o MS dispor de protocolos, construídos por consensos científicos que direcionam a atuação dos trabalhadores da ESF, é preciso que eles sejam utilizados com análise crítica e adaptados à realidade da população, frente aos principais agravos que acometem a comunidade.

Ademais, os autores ressaltam que é necessário promover encontros individuais e coletivos, que estimulem a criatividade da equipe, para que, no confronto com as necessidades sociais e de saúde da comunidade, ela seja capaz de mediar respostas adequadas e focadas nas pessoas¹².

Foi mediante essa proposta e o uso do diálogo como práxis social que este estudo teve por objetivo descrever a construção e pactuar um plano de ação de corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários, para a reorientação da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família (USF), por meio de ferramentas da gestão participativa, entre limites e possibilidades.

Material e métodos

Tratou-se de um estudo intervencionista do tipo pesquisa-ação com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Projeto Maria Tereza localizada no município de Petrolina (PE), nos anos de 2018 e 2019.

As pesquisas intituladas como intervencionistas sedimentam-se na intenção de valorizar uma produção de conhecimento que favoreça o surgimento de novos atores no processo de pesquisa e que, por sua vez, sejam corresponsáveis pela condução e construção do conhecimento coletivo¹³.

Thiollent¹⁴ diz que a pesquisa-ação busca elucidar problemas sociais cientificamente relevantes por intermédio de grupos em que se reúnem pesquisadores, membros da situação-problema e outros atores e parceiros interessados no assunto.

Uma característica peculiar da pesquisa-ação é a existência prévia de um processo investigativo, uma vez que o problema e suas variáveis são desconhecidos ou necessitam de conhecimento adicional e de uma maior aproximação do pesquisador com a realidade investigada¹⁵.

Participaram do estudo 11 sujeitos selecionados pela técnica de amostragem da representatividade qualitativa, sendo 3 gestores responsáveis pela atenção básica do município, 4 profissionais de saúde da ESF envolvida no estudo – médico, técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e recepcionista – e 4 líderes comunitários, representantes dos usuários. Salienta-se que a enfermeira foi excluída da amostra por ser a

pesquisadora direta, e a equipe de odontologia também não constou na amostragem por ter sido substituída ao longo da intervenção.

A técnica de amostragem da representatividade qualitativa trata de um pequeno número de pessoas intencionalmente escolhidas em função da relevância que apresentam em um determinado assunto, isto é, em função de sua representatividade social dentro da situação considerada¹⁴.

A pesquisa foi estruturada em dois momentos: o primeiro, exploratório, e o segundo, de intervenção, buscando contemplar as 12 etapas enumeradas por Thiollent, geradoras e norteadoras de uma pesquisa-ação.

A etapa exploratória abrangeu a seleção dos sujeitos da pesquisa em função da representatividade social que eles apresentavam diante da problemática estudada. O diagnóstico do perfil dos usuários que buscam atendimento de maneira espontânea no serviço de saúde foi elaborado através de dados coletados em fontes secundárias, relatórios da Estratégia de Informatização da Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS) e livro de registro da demanda da unidade; e em fontes primárias, a partir de entrevistas semiestruturadas.

A fase de intervenção contemplou a apresentação dos dados da etapa exploratória, a elaboração do tema da pesquisa, a colocação dos problemas, a formulação de hipóteses, o levantamento das necessidades de aprendizagem do grupo de intervenção e a mediação de saberes formais e informais. Foi conduzida pelo seminário de intervenção, que culminou com a elaboração do plano de ação, estruturado a partir das diretrizes do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O referencial teórico-metodológico adotado para a análise da intervenção foi o método de análise e cogestão de coletivos de Gastão Wagner Campos, conhecido como Método Paideia (ou Método da Roda)⁴. Tal referência parte do pressuposto de que a gestão deve ser uma tarefa coletiva e não monopolizada por pessoas que acumulam um maior capital econômico e cultural. Desponta como possibilidade de reprodução e ampliação de espaços de democratização, com potencial para

influir sobre a produção da subjetividade dos atores, em uma atmosfera de reflexão, críticas, conflitos, produção e transformação. Adequase, neste sentido, à avaliação e ao gerenciamento das ações e comportamentos das pessoas ao trabalharem em equipe, e tem suas bases de análises referenciadas por núcleos temáticos relativos ao mundo e ao sujeito.

Mediante observação participante, realizada tanto na fase exploratória quanto na de intervenção, nas quais as impressões da pesquisadora foram fielmente registradas em um diário de campo, este estudo analisou o comportamento dos sujeitos e as propostas intervencionistas a fim de encontrar pontos de convergência e divergência entre tais sujeitos, além de pontos de análises propostos pelos núcleos temáticos do método.

No primeiro momento, os resultados finais foram divulgados apenas de maneira interna no grupo de pesquisa. Posteriormente, nos meios sociais e acadêmicos, por meio de relatórios às instâncias envolvidas e através da publicação dos produtos desta pesquisa, seguindo as orientações metodológicas da pesquisa-ação.

Enfatiza-se que o estudo obedeceu aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade à qual estão afiliados os pesquisadores, sob nº 3.203.082.

Resultados

Descrevendo o seminário de intervenção e a construção do plano para a reorientação da demanda espontânea

O seminário de intervenção reuniu os profissionais de saúde, os gestores e as lideranças locais para debaterem a problemática da demanda espontânea na UBS e pactuarem, de maneira consensual e democrática, as estratégias de melhorias assistenciais.

Participaram do encontro os sujeitos da pesquisa e colaboradores vinculados à Universidade de Pernambuco (UPE).

Inicialmente, houve uma acolhida aos participantes na abertura do seminário, que ocorreu com uma dinâmica de sociabilização, objetivando apresentar ao grupo o nome de cada participante e sua representação social, assim como sensibilizá-los quanto à importância daquele encontro.

Seguiu-se a esse primeiro momento uma apresentação geral da localidade e da unidade de saúde: estrutura física, população adscrita, indicadores de saúde e dificuldades de acesso aos demais serviços de referência em saúde do município. Foram apresentados, também, os dados da fase exploratória da pesquisa, destacando o itinerário do usuário na UBS, o quantitativo de consultas realizadas por demanda espontânea e por demanda programada, com destaque para o quantitativo de pessoas que procuram o serviço e saem sem atendimento médico ou de enfermagem. Apresentaram-se, ainda, o perfil da demanda espontânea e as principais queixas referidas para o atendimento.

Naquele momento, houve uma inquietação no grupo e alguns tentaram responsabilizar a gestão municipal pela situação, o que fez necessária a intervenção da pesquisadora para mediar o conflito. Para isso, foi utilizado um vídeo de sensibilização, que ressaltava a necessidade de uma corresponsabilização entre sujeitos para solucionar problemas complexos¹⁶.

Uma vez sanados os conflitos de interesses, foi colocado o tema da pesquisa: Como melhorar o processo de trabalho na ESF do Projeto Maria Tereza e conciliar o atendimento à demanda agendada e o acolhimento à demanda espontânea?

Após o processo de debate, mediado pela apresentação dos dados da fase exploratória, colocaram-se os problemas: a questão da demanda nos serviços de saúde é cultural e está associada ao desconhecimento da proposta de trabalho da ESF; tem relação com a deficiência de recursos humanos, a infraestrutura

da unidade e a fragilidade no acolhimento à demanda espontânea.

A construção do plano de ação foi norteada pela seguinte hipótese: que ações podem ser pactuadas, a partir de uma aproximação de coletivos, para organizar a demanda nos serviços de saúde e intervir nos problemas listados?

Devido à heterogeneidade do grupo e à identificação prévia de necessidades de aprendizagem, foi realizada uma mediação de saberes formais e informais, por técnicos

colaboradores vinculados à UPE, que trouxeram para a discussão elementos teóricos acerca da ESF, seu processo de trabalho, políticas de saúde e aspectos da gestão participativa em saúde.

Dado esse trajeto, o plano de ação propriamente dito foi produzido de maneira democrática e com a elaboração de metas coletivas pactuadas pelos sujeitos, por meio do uso da ferramenta do PES.

Segue, pois, o produto final dessa intervenção, nos quadros seguintes:

Quadro 1. Planejamento Estratégico Situacional para o primeiro problema da matriz de intervenção

O PROBLEMA DA DEMANDA ESTAVA ASSOCIADO AO DESCONHECIMENTO DA PROPOSTA DE TRABALHO DA ESF E SOFRIA INFLUÊNCIA CULTURAL DO MODELO BIOMÉDICO (BUSCA POR EXAMES E PROCEDIMENTOS)

META/OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> -Específico: Realizar sensibilização comunitária sobre o propósito do trabalho da ESF; -Mensurável: Entregar panfletos educativos em todos os domicílios da localidade cobertos por ACS; -Alcançável: Os ACS já visitavam mensalmente os domicílios, podendo contribuir para essa sensibilização em massa; -Relevante: População esclarecida poderia otimizar o uso dos serviços da UBS e contribuir para a reorientação da demanda; -Prazo: Início em até 90 dias e permanência contínua.
ESTRATÉGIA:	Promover processos educativos e de orientação comunitária nas áreas e em sala de espera.
PLANO DE AÇÃO:	Os profissionais elaborariam um folder ou panfleto educativo destinado a orientar a comunidade sobre o propósito do trabalho da ESF e o funcionamento da UBS. A gestão se responsabilizaria pelas cópias, que seriam entregues nos domicílios durante as visitas dos ACS e seriam utilizadas em atividades educativas realizadas em sala de espera pelos demais funcionários da ESF. E, também, em atividades locais promovidas pelas lideranças comunitárias.
AValiação DOS RESULTADOS:	A avaliação da estratégia seria viabilizada pela análise do motivo da procura pelo atendimento, a ser realizado trimestralmente, nos registros de atendimento da demanda espontânea, e pelos relatórios gerados pelo sistema de prontuário eletrônico.
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ESTRATÉGIA:	A mão de obra necessária para essa ação já estaria disponível, sem que fosse necessário aguardar a criação das novas equipes de ESF. Mudanças de comportamento e de cultura são processos com efeito em longo prazo.

Fonte: Elaboração própria.

 Quadro 2. Planejamento Estratégico Situacional para o segundo problema da matriz de intervenção

A PROBLEMÁTICA DA DEMANDA ESTAVA ASSOCIADA AO NÚMERO INSUFICIENTE DE EQUIPES PARA ATENDER À POPULAÇÃO E AGRAVADA PELA ESTRUTURA FÍSICA INADEQUADA DA UBS

META/OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> -Específico: Ampliar o número de equipes de ESF e melhorar a estrutura física da unidade; -Mensurável: Adquirir mais duas equipes de ESF e criar uma nova UBS em uma das áreas da localidade; -Alcançável: Fazer a adesão da UBS ao Programa Saúde na Hora para, de imediato, conseguir uma equipe provisória, que, posteriormente, fosse transformada em equipe de ESF; -Relevante: A chegada de mais uma equipe, a princípio, desafogaria parte do serviço. Posteriormente, com a existência de duas equipes de ESF, seria possível fazer o redimensionamento da população e otimizar os atendimentos.
ESTRATÉGIA:	<p>Inicialmente, reformar a estrutura física existente; redimensionar a população adscrita, de acordo com os preceitos da Política Nacional da Atenção Básica, a partir da implantação de mais duas equipes de ESF em sedes mais próximas às áreas; e adesão provisória ao Programa Saúde na Hora. Tudo isto, a fim de amenizar a problemática enquanto se daria o processo de ampliação do número de equipes e da estrutura física.</p>
PLANO DE AÇÃO:	<p>Com a utilização de recurso próprio municipal, seria realizada uma reforma para a manutenção da estrutura, contemplando serviços de pintura, elétricos e hidráulicos. A gestão, com base no quantitativo da população do Km 25, solicitaria ao Ministério da Saúde a aquisição de mais duas equipes de ESF para a localidade. Por meio de emenda parlamentar, seria levantado o capital para a construção de outra sede, mais acessível às áreas, e para a ampliação da sede da vila. Tratando-se este de um processo demorado e burocrático, as gestoras fariam um cadastro provisório da equipe no Programa Saúde na Hora, o que permitiria a contratação de uma nova equipe para estender o horário de funcionamento da unidade e já proporcionaria um novo redimensionamento populacional, desafogando as equipes existentes no momento.</p>
AValiação DOS RESULTADOS:	<p>O instrumento de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), no quesito observação na unidade básica de saúde, seria utilizado para avaliar melhorias oriundas dessa estratégia.</p>
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ESTRATÉGIA:	<p>O interesse manifestado pela gestão, de agilizar e priorizar essa ação, foi uma potencialidade da estratégia; e a fragilidade se voltou para a dependência política dessa ação, com possibilidade de atraso para cumprir os prazos em decorrência do atrelamento a emendas parlamentares e prazos ministeriais.</p>

Fonte: Elaboração própria.

 Quadro 3. Planejamento Estratégico Situacional para o terceiro problema da matriz de intervenção

A PROBLEMÁTICA DA DEMANDA ESTAVA ASSOCIADA À FRAGILIDADE DO ACOLHIMENTO

META/OBJETIVOS:	-Específico: Assegurar que as pessoas que procurassem o serviço fossem atendidas; -Mensurável: Atender diariamente todos os usuários que chegassem à unidade; -Alcançável: Deixar um profissional de nível superior exclusivo para realizar o acolhimento com classificação de risco; -Relevante: Verificar as necessidades dos usuários que procurassem o serviço; -Prazo: 60 dias.
ESTRATÉGIA:	Médicos e enfermeiros assumiriam o acolhimento e a classificação de risco dos usuários que buscassem o serviço por demanda espontânea, por meio de rodízio entre os profissionais existentes.
PLANO DE AÇÃO:	Os profissionais de nível superior presentes na intervenção iriam, em uma reunião de equipe com os demais profissionais da UBS, organizar a agenda de atendimento, de modo a deixar um dia livre para cada médico e enfermeiro assumirem o acolhimento, fazendo rodízio entre estes, quando necessário, em função de férias ou folga do profissional escalado.
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS:	A cada trimestre seria realizada uma consulta de satisfação dos usuários para checar a eficácia da estratégia adotada. Além da verificação, no livro de demandas e nos sistemas eletrônicos de registro de atendimentos, da existência de casos de usuários que buscam o serviço e saem sem o atendimento.

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ESTRATÉGIA: O consultório do profissional escalado para o dia poderia ser utilizado como espaço de acolhimento, classificação de risco e atendimento. Desse modo, não seria necessário esperar a ampliação da UBS para a realização de tais feitos. Nos casos de adoecimento ou falta não programada do profissional escalado do dia, e sem outro de nível superior para sua substituição, o suporte ao acolhimento da demanda seria dado pelos agentes de nível técnico.

Fonte: Elaboração própria.

Avaliação da intervenção sob a luz do Método Paideia

De acordo com Campos⁴, o Método Paideia permite uma análise de ações coletivas, a partir da interpretação da ação prática do sujeito no mundo e operando com núcleos temáticos referentes ao mundo e ao sujeito.

Dentre os núcleos temáticos referentes ao mundo, o método de Campos permite algumas reflexões acerca das interpretações das ações práticas do sujeito, a saber: quais as finalidades e os objetivos da ação humana? O produto é o único meio de análise de uma intervenção? Quais os meios utilizados pelo sujeito para conhecer e intervir em um dado contexto? Quais as tarefas de responsabilização adotadas pelo sujeito?

Os núcleos temáticos referentes aos sujeitos dizem respeito à existência destes no mundo,

contemplando suas motivações/interesses em participar da intervenção; a capacidade dos sujeitos para estabelecerem pontes com os interesses de outros sujeitos; a análise da rede de poderes, da possibilidade de exercer o controle social; e as referências culturais e éticas dos sujeitos em relação à situação-problema.

Campos⁴ afirma, ainda, que o Método Paideia avalia três critérios fundamentais em organizações de sujeitos, com propósitos intervencionistas:

1 – O reconhecimento de que uma das finalidades principais da política de gestão e do trabalho humano é a construção do bem-estar e da justiça social;

2 – O pressuposto de que a política, a gestão e o trabalho devem ser julgados, também, por suas capacidades de construir os maiores coeficientes possíveis de autonomia e de liberdade para as pessoas e instituições;

3 – A capacidade de assegurar a resolução de conflitos e a elaboração de contratos entre interesses e valores divergentes, por meio do uso de instrumentos de convencimento e de negociação.

Diante do exposto, a intervenção desta pesquisa foi analisada considerando os núcleos temáticos e os critérios do Método Paideia.

Observou-se, ainda, na fase das entrevistas individuais, e se confirmou na postura, no comportamento e nas discussões dos usuários, no momento da intervenção, que, a princípio, a motivação destes para participar dessa intervenção partia de interesses pessoais de cunho político. Cada líder comunitário demonstrou interesse em que a nova equipe de ESF a ser constituída fosse sediada em suas áreas de representatividade, deixando a impressão de que a aquisição da nova equipe se tornaria um item de conquista individual com poder de barganha para pleitear prestígio social.

No entanto, essa tensão foi amenizada a partir da apresentação dos dados epidemiológicos de cada microárea do Projeto Maria Tereza e após a consideração desses números e da distância entre as microáreas e a possível sede da nova equipe de ESF, embora não se tenha chegado a uma definição exata do local que a sediará. Contudo, foi pactuado que seria no lugar de mais fácil acesso para a comunidade, e que possuísse os maiores indicadores de riscos e vulnerabilidades em saúde.

Em relação aos profissionais, percebeu-se que a motivação maior era organizar o serviço de maneira que houvesse diminuição da sobrecarga de trabalho. E quanto aos representantes da gestão, pareceu haver o interesse de fazer valer seu slogan político: construir um novo tempo, a partir da otimização, do apoio e da valorização de estratégias de gestão participativa.

Diante disso, as estratégias sugeridas pelos sujeitos para conhecimento e intervenção na situação partiram de suas referências culturais e éticas acerca do problema. Observou-se que a maioria das propostas foram elaboradas pelos gestores e profissionais, o que deve ter

acontecido pelo fato de os usuários não compreenderem seus papéis no gerenciamento dos serviços de saúde, ou por se colocarem em uma postura de vitimização nas situações, sem se perceberem como corresponsáveis pelo problema.

Foi notória a capacidade dos sujeitos para estabelecerem pontes com os interesses de outros sujeitos, mesmo diante do paradoxo entre o interesse pessoal e a necessidade comunitária. Isso ficou evidente quando eles precisaram recuar em suas opiniões prévias e absorver propostas de trabalho, as quais, a priori, não lhes eram favoráveis, como, por exemplo, a implantação do acolhimento antes da chegada da nova equipe de ESF e do redimensionamento da população adscrita, além da reconsideração do local da sede da nova equipe por parte dos usuários, já citada anteriormente.

A análise da rede de poderes e da possibilidade de exercer o controle social foi observada de maneira incipiente nessa intervenção. Não foram percebidas propostas que contemplassem a construção de conselhos de saúde e ouvidoria locais. O grupo, nesse aspecto, se limitou a pactuar um novo encontro, com data posterior, para acompanhar o andamento das estratégias definidas.

Discussão

O planejamento, visto estrategicamente, é a ciência e a arte da governabilidade e se configura em um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo, que podem ser aplicados em organizações sociais que almejam a mudança situacional de uma problemática comum aos sujeitos¹⁷.

O PES é uma ferramenta desenvolvida pelo economista chileno Carlos Matus na década de 1970, quando foram percebidas falhas de planejamento mediante o uso de ferramentas tradicionais. Caracteriza-se como um instrumento de gestão passível de adaptações ou reformulações do plano, de acordo com as

variáveis da situação, e que melhor se adequem à solução de problemas complexos¹⁸.

Nesse sentido, a partir da complexidade dos problemas listados como influenciadores da demanda espontânea no serviço estudado, optou-se pelo uso dessa ferramenta para propor um plano de intervenção, considerando as variáveis envolvidas, as potencialidades e fragilidades de cada estratégia.

Assim, houve o reconhecimento de que a problemática da demanda nos serviços de saúde está atrelada ao desconhecimento da proposta de trabalho da ESF, o que é culturalmente influenciado pelas práticas assistenciais do modelo biomédico, no qual usuários vinculam a prestação de serviço à oferta de procedimento e a exames clínicos, não reconhecendo a importância do trabalho preventivo e de promoção à saúde, desenvolvido pelas equipes de ESF.

Esmeraldo et al.¹⁹ dizem que a compreensão dos usuários ainda está dominada pela influência do modelo hegemônico, médico-centrado, focado na doença, no biológico e na cura, dissociado do contexto social e do entendimento de prevenção e promoção.

Diante disso, a equipe de intervenção propôs uma estratégia de sensibilização comunitária de corresponsabilização entre gestores, profissionais e representação local, em que a equipe de saúde elaboraria um material educativo para destacar a importância da ESF, dos serviços ofertados e do fluxo de atendimento. Esse material seria reproduzido com recursos da gestão municipal e distribuído em atividades educativas em salas de espera, visitas domiciliares e ações sociais, pelos ACS e por líderes das associações de moradores. Embora se saiba que as mudanças de comportamento e de cultura seja um processo de efeito em longo prazo, Bittencourt²⁰ defende que a conscientização da população acerca dos objetivos e propostas da ESF é imprescindível para a organização do processo de trabalho.

À vista disso, o grupo de intervenção entendeu que não era possível redimensionar a demanda apenas com estratégias de processo

de trabalho, e que seria necessária, ao considerar a população adscrita naquela localidade, a criação de mais duas equipes de ESF para desafogar o serviço. A gestão municipal se responsabilizou por viabilizar essa aquisição junto ao MS e, através de uma emenda parlamentar, por levantar recursos para a construção de um prédio que pudesse sediar as equipes e fosse mais acessível à população.

Ademais, coube aos profissionais e aos líderes comunitários a tarefa de apontarem a localização para a construção do novo prédio, considerando os dados sociodemográficos e os indicadores de saúde de cada localidade, além de monitorarem os prazos estabelecidos pela gestão municipal. Pinali²¹ ressalta que o número excessivo de pessoas cadastradas na unidade de saúde, além de acarretar demora no atendimento, gera insatisfação na comunidade e transtornos para profissionais e usuários.

Outra estratégia elaborada pelo grupo de intervenção para reorientação da demanda no serviço foi a otimização do acolhimento com classificação de risco à demanda espontânea, a ser realizada por um profissional de nível superior (médico ou enfermeiro), através de um esquema de rodízio entre os profissionais. Isso porque a manutenção de um profissional na retaguarda do atendimento à demanda espontânea permitiria que os demais se dedicassem aos atendimentos continuados aos grupos de maiores riscos e vulnerabilidades. O MS defende a importância do acolhimento aos usuários para a identificação das necessidades de intervenções de cuidado, humanização da assistência, continuidade da atenção e estabelecimento de vínculos²².

Destaca-se que, mais do que a construção da matriz de intervenção pelo grupo de pesquisa, o maior e mais importante produto deste estudo foi a mobilização e a aproximação de coletivos para discutirem uma problemática social e proporem estratégias democráticas de solução.

A participação social é um princípio doutrinário do SUS assegurado constitucionalmente, que incentiva usuários, gestores e

profissionais a atuarem de maneira autônoma e representativa na gestão dos serviços de saúde, estimulando o exercício da cidadania e da corresponsabilização²³.

A organização de coletivos é essencial para a efetivação desse princípio. Campos⁴ diz que coletivos organizados têm o papel de produzirem bens ou serviços com potencialidades para atenderem às necessidades sociais. O autor defende que instituições e a própria sociedade devem se organizar para assistir às pessoas. No entanto, reunir sujeitos heterogêneos, com interesses e poderes diferentes, em um mesmo propósito, emite uma polaridade paradoxal: produzir valores de uso que atendam às necessidades sociais e assegurar a organização dos sujeitos.

Para o enfrentamento desse paradoxo, Campos⁴ sugere a construção de uma nova correlação de forças que diminua as diferenças de poder entre os estamentos sociais, pactuando estruturas que consolidem situações mais equilibradas de poder. Para isso, uma alternativa seria a cogestão de coletivos.

Entende-se por cogestão (ou gestão participativa) o modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivos. Tocci e Costa²⁴ mencionam que, para a efetivação da cogestão, é preciso conhecer a realidade institucional e criar espaços de discussões que contextualizem impasses e desgastes, além de pensar e decidir coletivamente a organização do trabalho com gestores, usuários e trabalhadores. Neste processo, é fundamental o compartilhamento de saberes prévios, através de rodas de conversa, oficinas e reuniões, propondo soluções gerenciais e mudanças na organização do trabalho.

Para isso, o compartilhamento da gestão (cogestão) permite reconhecer, em qualquer circunstância, as divergências de interesses entre os agentes de produção e o público, também possibilitando que, apesar dos conflitos entre a lógica da produção de valores de uso (necessidades sociais e saúde, por exemplo) e os interesses particulares dos agentes e das instituições, seja possível considerá-los todos como objetivos legítimos e administráveis⁴.

A existência de conflitos em encontros que aproximam coletivos heterogêneos com interesses e poderes diferenciados é inevitável. Mediar tais conflitos por meio de técnicas de responsabilização comunitária é o objetivo dos processos de gestão participativa. E isto é possível quando se reconhece o campo da ESF como espaço de micropolíticas e de mudanças, e quando se busca minimizar o imperativo da culpabilização, que tende a prevalecer quando se juntam sujeitos de capital econômico e cultural diferentes para discutirem problemas sociais.

Por fim, considerou-se válida esta intervenção por estimular o compromisso democrático dos participantes e permitir o reconhecimento de que o benefício final da ação era de cunho social e não individual. E, também, por consentir que os sujeitos expressassem seus desejos e interesses particulares, ainda assim, assegurando a mediação de conflitos de interesses. Contemplaram-se, portanto, os critérios gerais do princípio da cogestão listada por Gastão Wagner Campos.

Considerações finais

O estudo evidenciou o despreparo dos coletivos para atuarem de maneira participativa na gestão do cuidado, ao tempo que revelou que as possibilidades de reestruturação dos serviços são mais factíveis quando pensadas de maneira democrática e corresponsável.

A transferência de responsabilidades nos processos de cogestão tende a ser um nó crítico desta proposta de trabalho. Por isto, é necessário estimular a ressignificação de práticas e atitudes, haja vista que as transformações nos processos de trabalho devem ser precedidas por transformações dos sujeitos.

Esta foi uma das dificuldades desta pesquisa: despertar a importância da participação dos sujeitos nas questões gerenciais dos serviços de saúde, desconstruindo o entendimento de que a gestão dos serviços públicos é de responsabilidade exclusiva da esfera governamental.

É tarefa árdua unir gestores, profissionais

e usuários para desempenharem essa missão. Expõem-se as dificuldades de conciliar agendas de trabalho, interesses políticos e pessoais, além da não compreensão do papel social de defender os princípios do SUS, como alguns dos fatores que contribuem para esse desafio e foram vivenciados nesta pesquisa.

A limitação deste estudo está em seu escopo de compreensão cotidiana, que exige uma vivência singular e específica, restringindo-se a apenas uma unidade de saúde. Recomendam-se, portanto, investigações adicionais para avaliar os resultados da implementação do plano elaborado nesta análise e suas evidências.

Espera-se que este trabalho possa auxiliar as demais equipes de ESF que também enfrentam dificuldades no dimensionamento da demanda, e que desperte o entendimento da importância da participação social no gerenciamento dos serviços, estimulando os coletivos a se organizarem de maneira continuada para solucionarem problemáticas do processo de trabalho em saúde.

Agradecimentos

Ao mestrado profissional em saúde da família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf), nucleado na Universidade Regional do Cariri (Urca), por todo aprendizado e apoio para a realização do manuscrito que originou este artigo.

Colaboradores

Clemente MP (0000-0002-5613-8872)* contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. Pinto AGA (0000-0002-4897-1178)* e Martins AKL (0000-0002-9382-1144)* contribuíram significativamente para a revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Arantes L, Shimizu H. Contribuições e desafios da Estratégia de Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: Revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1499-1509.
2. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Piniheiro R, Matos RA. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco; 2005. p. 181-93.
3. Barbosa A, Silva J, Araújo E, et al. Fórum Permanente de educação Popular em Saúde: Construindo Estratégias de diálogos e Participação Popular. *Rev APS* 2015; 18(4):554-559.
4. Campos GW. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 5. ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
5. Araújo A, Cruz P, Alencar I, Carneiro D. Educação Popular no Processo de Integração Ensino-Serviço e Comunidade: Reflexões com base em experiência na extensão. *Rev APS* 2015; 18(4):447-455.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Leal S. Organização da demanda espontânea e programada de acordo com a estratificação de risco [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde; 2017.
7. Rocha H. Demanda espontânea da unidade básica de saúde de cachoeirinha em Belo Horizonte: plano de intervenção [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
8. Souza C, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. *Physis: revista de saúde colet.* 2013; 23(2):393-413.
9. Viegas A, Carmo R, Luz Z. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de saúde de referência. *Saúde. soc.* 2015; (24):100-112.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea. Caderno de atenção Básica 1(28). Brasília, DF: MS; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea. Caderno de atenção Básica 2 (28). Brasília, DF: MS; 2013.
12. Araújo P, Assis M. Organização da demanda e ofertas de serviços na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde.com.* 2017; 13(4):994-1002.
13. Cassandre M, Querol A, Bulgacov Y. Metodologias intervencionistas: contribuição teórico-metodológica dos princípios vigotskyanos para pesquisa aprendizagem organizacional. 2012 [acesso em 2018 jul 14]. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_eor1352.pdf.
14. Thiollent M. Metodologia da Pesquisa ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
15. Baldissera A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. *Soc. debates.* 2001; 7(2):5-25.
16. Toi. Menino empurrando árvore. [ficheiro de vídeo]. 26 de novembro de 2007. [acesso em 2018 ago 21]. [02:07]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cinIaODneJo>.
17. Toni J. O que é planejamento estratégico situacional? Espaço Acadêmico. 2004. [acesso em 2018 ago 21]. Disponível em: https://jacksondetoni.files.wordpress.com/2012/04/detoni_o-que-c3a9-o-pes-2004.pdf.
18. Santos LA, Torres AL, Ferreira MGF. Planejamento estratégico: instrumento transformador do processo de trabalho em saúde. *Laborativa.* 2019; 8(1):57-81.
19. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Esmeraldo Filho CE, et al. Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: visão dos trabalhadores de saúde. *Rev. APS.* 2017; 20(1):98-106.
20. Bitencourt AM. Ações educativas para orientação comunitária sobre o trabalho de uma equipe de saúde da família de Canápoles-MG [dissertação]. Uberaba: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
21. Pinali TA. Sensibilização comunitária para enfrentamento da demanda espontânea em Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2017.
23. Fertoni H, Pires D, Biff D, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(6):1869-1878.
24. Tocci A, Costa E. A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde-SUS. *Rev. Uningá.* 2014; 40(1):197-206.

Recebido em 18/05/2020
Aprovado em 18/11/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes

Coordination of care in the 'Street Clinic' in Rio de Janeiro: breaking barriers and building networks

Amanda Rodrigues dos Santos¹, Patty Fidelis de Almeida¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112906

RESUMO O objetivo do artigo foi caracterizar arranjos e ações de coordenação do cuidado desenvolvidos pelo Consultório na Rua (CnaR). Foi realizado estudo qualitativo a partir de observação participante e entrevistas com profissionais do CnaR e serviços de referência em um município de grande porte. A coordenação do cuidado foi analisada nas dimensões horizontal e vertical. Os resultados mostram que a coordenação horizontal é fortalecida pelo acolhimento, pela presença e insistência da equipe em estar nas ruas, em reunir-se formal e informalmente, pela plasticidade da agenda e pelos diversos agenciamentos para garantia da estada dos usuários em outros espaços dentro e fora do setor saúde. O desenvolvimento de ações intersetoriais enfrenta diferentes concepções das políticas e do direito à saúde entre os órgãos governamentais. A coordenação entre níveis é ainda mais frágil pela fragmentação dos serviços, ausência de comunicação profissional, exigência de documentos, desresponsabilização dos demais serviços e precariedade dos vínculos laborais que impediam a tessitura de relações duradouras na rede. Iniciativas de coordenação do cuidado pelo CnaR reafirmam seu papel estratégico na composição de redes, negociações, tensões e desconfortos que pode provocar ao reconduzir, ainda que de forma parcial, excluídos ao campo da cidadania e do direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Pessoas em situação de rua. Prestação integrada de cuidados de saúde.

ABSTRACT *The aim of this paper is to characterize the arrangements and actions of coordination of care developed by the 'Street Clinic' (Consultório na Rua/CnaR). A qualitative study was carried out based on participant observation and interviews with CnaR professionals and reference services in a large city. The care coordination was analyzed in the horizontal and vertical dimensions. The results show that the horizontal coordination is strengthened by the reception, presence, and insistence of the team in being on the streets, in meeting formally and informally, by the schedule flexibility, and by the various actions to ensure the users' permanence in other spaces inside and outside the healthcare sector. The development of intersectoral actions faces different conceptions of the policies and the right to health among governmental agencies. Coordination between levels is even more fragile due to the fragmentation of services, lack of professional communication, document requirements, non-accountability of other services, and precarious labor relations that prevent the construction of long-lasting relationships. CnaR's care coordination initiatives reaffirm its strategic role in the weaving of networks, negotiations, tensions and discomforts that it can provoke by bringing, even partially, excluded people back to the field of citizenship and the right to health.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Homeless persons. Delivery of health care, integrated.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Niterói (RJ), Brasil.
pattyfidelis@id.uff.br



Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o principal modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) no País e, desde os anos 2000, é responsável pela ampliação do acesso à saúde a milhões de brasileiros¹. Reconhecendo as especificidades e as desigualdades de territórios e populações, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua primeira revisão, no ano de 2011², incorporou um conjunto de configurações singulares de equipes de Atenção Básica (AB), com financiamento específico, reconhecendo que a garantia da atenção à saúde de todo cidadão é responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo da APS.

A inclusão das pessoas em situação de rua na PNAB 2011² reflete uma tentativa de enfrentamento das contradições e complexidades do estar na rua em suas dimensões política, econômica e social. Destaca-se que experiências de cuidados a essas populações antecedem sua incorporação à PNAB, sendo parte, até então, da Política Nacional de Saúde Mental. A inserção na agenda governamental foi precedida e reivindicada por um conjunto de movimentos sociais e experiências prévias, entre as quais o projeto-piloto Consultório de Rua, em 1999, em Salvador, Bahia, criado para atender crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob uso de álcool e outras drogas³. Em 2004, o Consultório de Rua foi implementado, na mesma cidade, no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de álcool e outras drogas (Caps-AD). Outro marco importante para a incorporação das pessoas em situação de rua nas políticas sociais foi a ‘Pesquisa Nacional da População de Rua’, realizada em 2008⁴.

A mudança para Consultório ‘na’ Rua na PNAB 2011 não representa apenas uma mudança de nomenclatura, mas nas diretrizes estratégicas desse dispositivo, atendendo, ainda, à prioridade das políticas nacionais, de prevenção do consumo e da dependência de crack, álcool e outras drogas³. A política nacional define a modalidade de equipe ‘Consultório na Rua’ (CnaR), em estreita relação com os dispositivos da rede de saúde mental que compõe

a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). O CnaR é, nesse sentido, uma equipe de AB exclusivamente dirigida às pessoas em situação de rua, para “ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde”²⁽⁶²⁾.

Estudos revelam que a maior parte das pessoas em situação de rua procuram os serviços de emergência para condições que poderiam ser resolvidas na APS^{5,6}. Além disso, garantir o acesso aos serviços de saúde tem sido um desafio em várias partes do mundo. Borysow et al.⁷, em análise comparada, destacaram que, apesar das diferenças estruturais nas políticas de saúde em países como Brasil, Portugal e Estados Unidos da América (EUA), a principal barreira de acesso da população em situação de rua é a inadequação dos serviços às especificidades e necessidades desse grupo.

É inegável o avanço representado pela inclusão das pessoas em situação de rua na PNAB, muitas vezes consideradas ‘descartáveis urbanos’ em uma perspectiva higienista, que contribui para mitigar o acesso aos serviços de saúde⁸. Ainda assim, muitos são os desafios. No Brasil, as diretrizes assumidas pelas consecutivas PNAB^{2,9} ancoram-se, de forma geral, em noções convencionais de território, família e domicílio que servem de base ao trabalho desenvolvido pelas equipes de AB. Ao abalar alicerces tradicionais que orientam o trabalho em saúde, o cuidado às pessoas em situação de rua desafia profissionais e gestores a (re)criarem processos e desenhos de Redes de Atenção à Saúde (RAS) capazes de garantir a esses usuários os mesmos atributos que caracterizam uma APS abrangente.

Um conjunto de estudos avaliam alcances e desafios, principalmente dos atributos essenciais da APS no País^{10,11}. Em relação ao CnaR, as investigações centram-se, sobretudo, na implementação do dispositivo e inovações das práticas de saúde, acolhimento, escuta qualificada e atenção às vulnerabilidades^{3,4,12-18}. Poucos trabalhos abordam o atributo da coordenação do cuidado no trabalho desenvolvido pelas equipes de CnaR^{15,17}, sendo este um tema pendente. Além disso, em países de

alta renda da União Europeia e EUA, a população em situação de rua apresenta altas taxas de mortalidade prematura, sobretudo por suicídio e lesões não intencionais, além de prevalência aumentada para uma variedade de doenças infecciosas (tuberculose, HIV/Aids, hepatites), transtornos mentais e uso indevido de substâncias psicoativas, se comparada à população geral⁵. Constatam-se, nesses países, envelhecimento da população em situação de rua e aumento das taxas de doenças não transmissíveis, mesmo em idade mais precoce, exigindo dos serviços de saúde integração entre as especialidades médicas⁵. Nesse sentido, o complexo perfil de multimorbidade confere ainda mais importância às ações de coordenação que viabilizem o trânsito e o cuidado ao longo da RAS.

Interessou, neste estudo, caracterizar quais são os arranjos e ações de coordenação do cuidado desenvolvidos por profissionais de saúde do CnaR para efetivar o cuidado integral e continuado a partir da noção de saúde como direito. O conceito de coordenação adotado considera duas dimensões, embora se reconheçam diversas interfaces^{19,20}. A primeira é a coordenação entre níveis assistenciais ou coordenação vertical que trata da integração de serviços de diferentes densidades

tecnológicas²¹; a segunda é à coordenação horizontal que compreende arranjos e iniciativas que fomentem a integração entre profissionais, serviços e ações de saúde em um mesmo nível de atenção e no território, incluindo as ações intersectoriais²². Em uma concepção ampliada do conceito de coordenação horizontal, serão considerados também elementos relativos à posição da ESF na RAS, sobretudo, na configuração da porta de entrada, considerando-se que sem a entrada no sistema de saúde não se colocaria a possibilidade de coordenação^{21,22}.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, que utilizou, como instrumento de pesquisa, a observação participante para acompanhamento do cotidiano do trabalho e a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de uma equipe de CnaR, entre os meses de agosto e novembro de 2019. Também foram realizadas entrevistas com trabalhadores de um serviço de APS que ofertava cuidado às pessoas em situação de rua no mesmo território. O perfil dos entrevistados e códigos de identificação encontram-se no *quadro 1*.

Quadro 1. Participantes da pesquisa segundo formação, local de trabalho e tempo na função, 2019

Código	Formação/Função	Tempo na função
P1	Serviço Social - CnaR Pós-graduação em Saúde da Família e Serviço social	4 anos
P2	Enfermagem - CnaR Pós-graduação em Pediatria Neonatal	9 meses
P3	Técnico de Processamento de dados - CnaR Agente Social de Saúde	5 anos
P4	Psicologia - CnaR Pós-graduação em Atenção Psicossocial e em Álcool e Outras Drogas	3 anos e 11 meses
P5	Medicina - CnaR Pós-graduação em Gestão, Saúde da Família e Atenção Domiciliar	1 ano e 3 meses
P6	Medicina - CnaR Pós-graduação em Medicina da Família	6 meses
P7	Serviço Social - CnaR Pós-graduação em Políticas Sociais	1 ano e 6 meses

Quadro 1. (cont.)

Código	Formação/Função	Tempo na função
P8	Agente Social de Saúde Magistério - CnaR Agente Social de Saúde	5 anos
P9	Enfermagem - CnaR Pós-graduação em Saúde da Família Gerente da Unidade	3 anos
P10	Medicina - Centro de Saúde Escola Pós-graduação em Saúde da Família Médico e Gerente da Unidade	+/- 1 ano
P11	Agente Comunitário de Saúde - Centro de Saúde Escola	6 meses

Fonte: Elaboração própria.

O estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro, que contava com sete equipes de CnaR²³. Foi eleita de forma intencional uma equipe do centro da cidade, região em que ocorreram os primeiros ensaios de práticas de cuidado em saúde às pessoas em situação de rua, derivada da experiência do Projeto Meio-Fio, desenvolvido pelos Médicos Sem Fronteiras, entre 2000 e 2004¹⁶. Além disso, na área central da cidade, encontra-se um dos maiores contingentes de pessoas em situação de rua no município.

Sob inspiração da etnografia, realizou-se observação participante, técnica que permitiu estabelecer uma relação mais próxima, interativa, frequente e prolongada com os sujeitos da pesquisa durante certo período, ancorada na possibilidade de um contato com a produção de práticas situadas²⁴ no cotidiano das ruas. Nessa modalidade de investigação, o pesquisador é o principal recurso, e os dados são recolhidos por meio das observações e conversas informais registadas no diário de campo, além de entrevistas com profissionais de saúde²⁵. A observação foi realizada a partir do acompanhamento de todas as atividades realizadas pela equipe do CnaR no Centro Municipal de Saúde (CMS) no qual está alocada e nos espaços fora do CMS, em turnos alternados, entre agosto e outubro de 2019, somando-se cerca de 70 horas. Foi possível observar o conjunto das ações desenvolvidas, o que permitiu incorporar novas dimensões à

análise da coordenação. Ademais, as vivências registradas no diário de campo foram, posteriormente, categorizadas.

Outra fonte de dados foram 11 entrevistas semiestruturadas, com todos os profissionais do CnaR (8), incluindo a gerência do serviço (1) e profissionais do Centro de Saúde Escola (2), localizado no mesmo território do CnaR. As entrevistas realizadas nos respectivos locais de trabalho, com duração aproximada de 40 minutos, foram gravadas em aparelho de áudio e transcritas na íntegra.

Para a produção dos resultados, foi realizada análise temática de todo material seguindo as etapas de categorização, descrição e interpretação. A fase de pré-análise envolveu a leitura flutuante de todas as entrevistas e diário de campo, buscando-se identificar as dimensões envolvidas no trabalho do CnaR. Em um segundo momento, foi realizada leitura exaustiva das entrevistas e do diário de campo para descrição da coordenação vertical e horizontal do cuidado. A observação e as entrevistas foram interpretadas à luz de uma matriz de análise construída a partir de estudos nacionais sobre coordenação do cuidado^{21,22,26}, revisitada e adaptada a partir dos estudos sobre o dispositivo CnaR^{4,18,27-29}, composta por variáveis que se interrelacionam. Incorporaram-se, à matriz final, categorias emergentes a partir da experiência dos sujeitos envolvidos (*quadro 2*).

Quadro 2. Dimensões e categorias da coordenação do cuidado no Consultório na Rua, 2019

Modalidade coordenação	Dimensões	Variáveis
Coordenação horizontal	Porta de entrada	Acesso ao CnaR Acolhimento Vínculo Cadastramento Busca ativa Atividades itinerantes com ações na rua Organização da agenda de trabalho
	Integração entre os serviços de saúde no território	Estratégias de articulação da RAS e Raps no território Compartilhamento de casos com outros serviços territoriais Supervisão e apoio institucional Reunião de equipe CnaR
	Intersetorialidade	Ações intersetoriais e parcerias desenvolvidas pela equipe CnaR Estratégias de integração entre Seguridade Social, rede de saúde e rede de assistência social, Organizações Não Governamentais etc. Construção de Projeto Terapêutico Singular com participação intersetorial Reuniões ampliadas de equipe Fóruns Intersetoriais
Coordenação vertical	Oferta e acesso à atenção especializada e hospitalar	Oferta e acesso de serviços na RAS disponíveis para a população em situação de rua Definição de fluxos assistenciais na RAS Estratégias para transporte sanitário da população em situação de rua aos demais serviços da RAS Monitoramento das referências realizadas pelos profissionais do CnaR (Sisreg, especialidades e hospitais)
	Instrumentos de integração entre níveis e continuidade do cuidado	Iniciativas para sensibilização dos demais profissionais da RAS em relação ao acesso à saúde da população vivendo em situação de rua Estratégias de comunicação interprofissional Acompanhamento de usuários em consultas de especialidades clínicas, exames, rede de urgência e emergência e internação hospitalar

Fonte: Elaboração própria.

RAS – Rede de Atenção à Saúde; Sisreg – Sistema de Regulação.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (Parecer 3.377.781) e do município do Rio de Janeiro (Parecer 3.496.162) e aprovado no Centro de Estudos da Área Programática 1.0.

Resultados

Coordenação horizontal do cuidado no Consultório na Rua: desvelando as ações no território

PORTA DE ENTRADA

A equipe de CnaR estava instalada no quarto andar de um prédio de dez andares de um CMS, conforme destacado anteriormente, com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8 horas às 17 horas. Nesse espaço, ela utilizava três salas distintas: uma sala chamada de ‘acolhimento’, na qual eram realizados o cadastro e os atendimentos feitos pelas agentes sociais de saúde, atividades estas que também eram desenvolvidas na rua; uma sala da equipe ‘técnica’, dividida entre os profissionais; uma sala de reunião que também funcionava como um espaço comum a todos os profissionais para café, almoços. O acesso a essa estrutura acontecia por meio de escadas e elevador.

Apesar de ser uma unidade próxima aos territórios de maior concentração de pessoas em situação de rua, apenas a proximidade geográfica não era suficiente para garantia de acesso. O fato de o CnaR estar sediado em um CMS gerava tensões entre os demais usuários e profissionais da unidade, que se queixavam da presença de pessoas em situação de rua, mal-estar que se configurava como uma primeira barreira de acesso. Para amenizar os conflitos, a direção do CMS estabeleceu que os atendimentos do CnaR deveriam acontecer apenas na rua, o que se tornou perceptível no esvaziamento do quarto andar. Em uma das

situações observadas, um usuário sob efeito do uso de álcool, que procurou a equipe do CnaR, falava muito alto e foi retirado de forma violenta pelo segurança do CMS, após ter o atendimento negado. Tal situação, claramente, representou mitigação do acesso.

Na sala do ‘acolhimento’, acontecia a maior parte dos atendimentos do CnaR, sendo considerada uma importante porta de entrada. Durante o acolhimento, ocorriam cadastro, entrega de medicamentos, esclarecimento de dúvidas, organização da fila de curativos e outras atividades realizadas pelos agentes sociais. Na sala ocupada pela equipe ‘técnica’ (composta pelos médicos, enfermeiro, psicólogo e assistente social), também eram realizados atendimentos, especialmente médicos, embora com pouca frequência.

Durante o acolhimento, na rua e no CMS, percebeu-se preocupação da equipe em esclarecer as ofertas de cuidado e colocar-se à disposição dos usuários. A abordagem ancorava-se na redução de danos, com enfoque na ‘corresponsabilidade’ do usuário com seu cuidado, respeitando sua liberdade e suas escolhas. Esse momento também era marcado por tensões e desconfiança por parte dos usuários que, muitas vezes, recusavam-se a serem registrados por problemas com a justiça. É importante ressaltar que a única forma de identificação da equipe CnaR era o crachá, para que não fossem confundidos com profissionais de outros dispositivos públicos.

As ações na rua e busca ativa foram dispositivos essenciais para garantia de acesso ao cuidado, configurando-se em outra estratégia de porta de entrada, em uma perspectiva de deslocamento das práticas do CMS para uma postura ativa e de articulação com o território. A maior parte das ações realizadas pelo CnaR ocorriam na rua, como: entrega de referência (Sistema de Regulação – Sisreg), marcação de consulta, curativos, escuta qualificada, atendimentos em equipe e atendimentos individuais, pactuações com usuários, marcação de exames como preventivo e testes rápidos. O planejamento era flexível e variava de acordo com as

necessidades dos usuários, das condições de clima/tempo e da disponibilidade do carro/van.

O vínculo se constituía, sobretudo, pela insistência da equipe em encontrar-se com os usuários no território, considerando o perfil nômade das pessoas que vivem em situação de rua. Para tal, o planejamento das ações e da agenda de forma flexível e sensível às necessidades dos usuários era uma característica importante que contribuía para um modo de operar as práticas de cuidado em saúde que considerava a dinamicidade das demandas do ‘estar na rua’ com vistas à garantia do acesso.

INTEGRAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO

O CnaR compõe a Raps, entretanto, não havia Caps no mesmo território. Os serviços de referência em saúde mental eram o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ); a Unidade de Problemas Relacionados a Álcool e outras Drogas e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas. A equipe também contava com Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas, localizado em outro território, o que dificultava o acesso dos usuários. Entre esses serviços, apenas o CPRJ compunha a Raps, os demais faziam parte de programas universitários.

Apesar da existência de referência, a articulação do CPRJ com o CnaR era bastante frágil. Tais serviços apresentavam dificuldades em acolher as demandas mais complexas das pessoas em situação de rua. O CPRJ, referência para agravos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, funcionava de forma apartada de rede SUS, refratário a tentativas do CnaR em estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência ou mesmo de comunicação informal.

Além dos serviços de saúde mental, a integração com as outras unidades de APS do território também se expressou de forma fragilizada. Havia pouca comunicação entre CnaR e as demais equipes da ESF no território. Durante o trabalho de campo, foi possível

acompanhar a aproximação de uma unidade de APS escola, pertencente a uma universidade privada. A partir daí, foram propostas iniciativas para o compartilhamento de casos entre as equipes.

Em relação ao apoio institucional ou alguma modalidade de supervisão ofertada pela coordenação central do CnaR, apesar de haver um apoiador institucional de referência, não havia um trabalho contínuo ou aproximação. Em uma reunião de equipe, observou-se que o apoiador se ocupava da função de dar informes, provocando nos profissionais a percepção de não serem, de fato, apoiados pelo nível central.

A reunião de equipe foi um momento importante de organização da agenda e de pactuação de estratégias e ações para garantir o acesso dos usuários aos outros serviços, em especial hospitalares. Era realizada no CMS, semanalmente, e representava o único momento com a participação de todos os profissionais, visto que somente os agentes sociais e o enfermeiro possuíam carga de 40 horas semanais. O quadro mensal de organização do trabalho era rediscutido na reunião de equipe e alterado de acordo com as demandas emergentes. Durante a reunião, havia discussão de pelo menos um caso, pois era um momento em que todos os profissionais estavam presentes. Ainda que esse fosse o espaço formal de encontro da equipe, no início e no final de cada dia ou durante as refeições, ocorriam reuniões informais, que também funcionavam como momentos de compartilhamento.

INTERSETORIALIDADE

A equipe do CnaR conhecia a maior parte dos serviços que atendiam pessoas em situação de rua, no entanto, não havia um fluxo formalizado que estabelecesse as relações entre os equipamentos. Durante os atendimentos, informavam aos usuários sobre serviços no território, como banho gratuito, alimentação oferecida por instituições religiosas e como acessar o Núcleo de Defesa dos Direitos para tratar de questões documentais. As ações

intersetoriais eram desenvolvidas, sobretudo, por profissionais mais específicos, como a assistente social e a psicóloga para casos considerados de ‘demanda social’, como retirada de documentação e benefícios sociais.

Apesar do número expressivo de instituições que atendiam pessoas em situação de rua, incluindo serviços da assistência social, Organizações Não Governamentais, igrejas etc., as ações intersetoriais do CnaR eram incipientes. A fragilidade dos vínculos laborais promovia desmotivação e alta rotatividade de profissionais em todos os serviços, promovendo descontinuidade das ações.

Outra questão relevante foram as concepções conflitantes de políticas públicas entre órgãos governamentais. Em 5 de setembro de 2019, o governo municipal lançou o programa Resgate Solidário, que incluiu diferentes setores como Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Municipal de Políticas sobre Drogas, Guarda Municipal, Comlurb e Secretaria de Ordem Pública. O objetivo do programa era realizar ações noturnas de recolhimento das pessoas em situação de rua e/ou usuários de álcool e outras drogas e levá-las para instituições como as Comunidades Terapêuticas, o que entrava em conflito com a concepção de cuidado e direito à saúde do CnaR. As internações compulsórias, que envolviam agentes da assistência, da Guarda Municipal e a empresa carioca de coleta de lixo para retirada e descarte dos pertences, eram compreendidas pela equipe como práticas higienistas e violentas.

Além do Resgate Solidário, outras ações da Secretaria de Segurança que também abordavam pessoas em situação de rua interferiam diretamente no trabalho do CnaR. Em alguns momentos, a equipe evitava atendimentos quando havia a presença da Guarda Municipal ou da polícia, para que não fosse confundida e identificada a tais ações, com vistas a preservar o vínculo com os usuários. Percebeu-se que os locais com alta concentração de pessoas em situação de rua esvaziavam-se após tais abordagens.

No município, está instituído o ‘Fórum municipal de pessoas em situação de rua’, com frequência mensal, que tem como objetivo discutir políticas públicas para essa população. Era composto por pesquisadores, movimento social das pessoas em situação de rua, CnaR, representantes da Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde, além de convidados como pesquisadores e estudantes. O Fórum apresentou-se como um espaço potente para troca de experiências, mas também revelou o desconhecimento de outros serviços em relação ao trabalho do CnaR, que era considerado, com frequência, o único serviço responsável pela saúde das pessoas em situação de rua, como se fosse um serviço especializado, e não parte da AB. Nesse sentido, o papel do CnaR na ampliação do acesso à atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua, assim como das que fazem uso de álcool e outras drogas, a partir da articulação com a RAS, a Raps e as redes intersetoriais, precisava ser cotidianamente ratificado e retificado.

Coordenação vertical do cuidado: o desafio da integração entre níveis assistenciais no CnaR

OFERTA E ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O acesso aos serviços de atenção especializada era regulado pelo Sisreg, mesmo sistema utilizado para pessoas domiciliadas, apresentando as mesmas dificuldades, como os longos tempos de espera para agendamento e realização de consultas e exames especializados. A equipe do CnaR monitorava a realização das referências; e quando se aproximava a data do procedimento, eram realizadas buscas para avisar ou lembrar aos usuários os dias e horários do agendamento. Como os tempos de espera eram longos, muitas vezes, a equipe não conseguia encontrá-los em função da grande circulação pela cidade.

A maternidade foi apontada como o serviço de maior articulação e com maior comunicação

entre os profissionais, que compartilhavam informações sobre pré-natal e altas após o parto.

A integração com os serviços que compõem a rede de urgência e emergência era pontual e acontecia em casos de demandas específicas. Havia dificuldade de esses serviços acolherem as necessidades das pessoas em situação de rua, e, por fim, acabavam por reencaminhar ou orientar os usuários a procurarem cuidados na equipe do CnaR. Além da Unidade de Pronto Atendimento e dos hospitais, a rede de urgência e emergência contava com os Centros de Emergência Regional (CER), unidades instaladas ao lado de grandes hospitais com a função de atender às demandas de menor complexidade. Também realizava triagem dos casos, referenciando-os para a APS, rede especializada ou, quando necessário, para internação. Durante a observação, foram acompanhados alguns casos de atendimentos a usuários que chegavam ao CnaR por indicação do CER, mesmo se tratando de situações graves de saúde.

Os usuários não costumavam procurar os serviços hospitalares devido às dificuldades de acesso e falta de documentação, o que impossibilitava o exercício do direito ao acesso universal à saúde no SUS e amplificava as inúmeras iniquidades às quais estava submetida essa população. Nesses casos, a equipe do CnaR realizava a regulação via 'vaga zero' para garantia do acesso imediato. Alguns profissionais ressaltaram que a interdição do acesso aos serviços de saúde pela exigência de documentos era mais uma violência perpetrada pelo estado que, contraditoriamente, também empreendia ações que acabavam por incorrer na perda de documentos.

A oferta de retaguarda terapêutica obedecia aos mesmos fluxos da população geral, sem adequações em função das particularidades e vulnerabilidades desse grupo. Muitos serviços de referência localizavam-se em áreas distantes do território no qual as pessoas em situação de rua viviam, constituindo importante barreira de acesso geográfica e financeira.

As estratégias utilizadas pela equipe do CnaR para garantia à referência e de alguma coordenação eram traçadas caso a caso, a depender do grau de autonomia de cada usuário.

Por exemplo, uma das ações consistia em acompanhá-los à consulta, utilizando-se o veículo do CnaR, ou oferecer o cartão RioCard que garantia gratuidade no transporte municipal para pessoas com deficiência e doenças crônicas.

Não havia compartilhamento do cuidado com outros serviços e profissionais da RAS. O acesso aos demais níveis assistenciais era marcado por tensões em que a certeza da realização da consulta só era possível na presença de pelo menos um profissional do CnaR, deslocado ao lugar de único responsável pela atenção à saúde das pessoas em situação de rua na rede, em constante reafirmação, com os demais profissionais e serviços, que se tratava de direito à saúde.

INSTRUMENTOS DE INTEGRAÇÃO ENTRE NÍVEIS E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Não havia estratégias estabelecidas para a sensibilização dos demais profissionais da RAS em relação ao acesso das pessoas em situação de rua. Embora iniciativas tenham sido desenvolvidas, deixaram de ocorrer em função da sobrecarga assistencial da equipe CnaR e da alta rotatividade de profissionais em toda a RAS. Contudo, durante o acompanhamento cotidiano das atividades, foi possível observar que a sensibilização ocorria 'em ato', nos encontros com outros profissionais da rede. O principal desafio residia no convencimento de que o acesso aos serviços do SUS configurava-se como um direito de todo cidadão, e não como caridade.

As estratégias de comunicação interprofissional variavam de serviço para serviço, mas, segundo os profissionais do CnaR, dificilmente aconteciam formalmente. Os principais instrumentos eram operacionalizados por vias informais, principalmente pelo WhatsApp. Contatar profissionais conhecidos para facilitar o acesso a outros serviços de referência também ocorria.

O vínculo da equipe CnaR com os usuários era o principal instrumento de coordenação do cuidado e garantia da integralidade possível.

Por meio do vínculo, estabelecia-se a continuidade do cuidado e o acompanhamento nas consultas especializadas ou internação. Além disso, na persistência da equipe na busca pelos usuários no território, viabilizavam-se alguma resolutividade da atenção por meio da entrega de medicamentos e resultados de exames.

Discussão

O CnaR como dispositivo da APS representa, no contexto do estudo, a principal porta de entrada do SUS para a população em situação de rua. Contudo, sua maior inserção na RAS possibilitaria alguma coordenação e prestação de cuidados mais integrais, ainda que em outros termos. A aposta seria também de enfrentamento de preconceitos e estigmas presentes nos serviços e prática dos profissionais de saúde³. Os resultados do estudo mostram que a dimensão da coordenação horizontal, mais dependente da atuação da equipe, é fortalecida pelo acolhimento dentro e fora do serviço, pela presença e insistência da equipe em estar nas ruas, em reunir-se formal e informalmente, pela plasticidade da agenda e pelos diversos agenciamentos para garantia da estada dos usuários em outros espaços dentro e fora do setor saúde. Tais dispositivos foram potentes para abrir a porta de entrada do SUS, que sofreu várias interdições, inclusive pela limitação da circulação de seus usuários pela unidade que sedia o CnaR. A intersectorialidade também não acontece pelas vias mais comuns da ESF e enfrenta, além das dificuldades do trabalho em parceria, diferentes concepções de cuidado, de direito à saúde e formas de operar as políticas entre os agentes públicos, com violação sistemática dos direitos das populações mais vulneráveis, em atos e políticas públicas. A coordenação entre níveis assistenciais, mais dependente das relações entre os serviços da RAS, é ainda mais frágil pela própria fragmentação dos serviços e ausência de comunicação profissional, problemas agravados pela exigência de documentos e desresponsabilização dos

demais serviços pelo cuidado à população em situação de rua. A precariedade dos vínculos e condições laborais também fragiliza a tessitura de relações duradouras que permitiriam alguma coordenação do cuidado.

O estudo reforça que, para atender às especificidades dessa população, a equipe CnaR encontra outras formas de apresentar as ofertas de cuidado. Segundo Lemke e Silva³⁰, as práticas itinerantes fortalecem a porta de entrada e o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. A busca ativa é uma variável importante para que a dimensão ‘porta de entrada’ exista, assim como o acolhimento e ações na rua, como observado. Representa um deslocamento das práticas de cuidado da equipe da unidade de saúde para uma postura ativa e de articulação com o território³, que, no caso estudado, é um dispositivo da equipe para enfrentamento das interdições gerenciais.

A dinamicidade do cotidiano das equipes do CnaR supera a lógica das atividades regulares e agendas preestabelecidas. O predomínio de situações imprevisíveis exige dos profissionais criatividade e capacidade resolutiva, que se expressam na ‘plasticidade na agenda’, uma das principais características do processo de trabalho do CnaR, para além do ponto de vista organizativo, uma vez que a dinamicidade do ‘estar na rua’ e do inesperado é que modulam o trabalho da equipe⁴.

No campo da intersectorialidade, uma das dimensões da coordenação horizontal²¹, muitos são os desafios que acabam por limitar a oferta de uma APS mais integral, atenta aos ‘modos de andar a vida’¹³. A rede de relações tecidas pelos profissionais é constantemente desfeita ou enfraquecida pela rotatividade e pela insegurança laboral. A colaboração intersectorial também enfrenta a difícil conciliação de interesses e prioridades das políticas públicas e, sobretudo, das concepções de cuidado e direito da população em situação de rua, explicitado, por exemplo, na tensão em relação ao Resgate Solidário.

A equipe do CnaR vivencia um processo de isolamento na rede, o que também é evidenciado em relação à APS em múltiplos contextos²¹.

Contudo, não apenas o CnaR é colocado em posição ainda mais marginal em relação ao restante da RAS, mas, sobretudo, seus usuários. A despeito da complexidade e da gravidade das situações de saúde, o sistema de regulação, fluxos e modos de operar da retaguarda terapêutica era o mesmo desenhado para a população domiciliada. Para garantir algum acesso aos serviços de referência, a equipe CnaR se utiliza de projetos terapêuticos e do vínculo com os usuários, inclusive com o acompanhamento destes às consultas especializadas (também com a missão de *advocacy*) e provisão de meios de transporte.

A negativa de acesso aos demais níveis assistenciais pela exigência de documentos é uma das formas de mitigar o direito à saúde, ainda mais grave no caso da população em situação de rua, cuja retirada representa mais uma face do apagamento de qualquer vestígio de cidadania. A recusa do atendimento nos serviços de saúde, sob a alegação da falta de referência do território, documentos de identificação ou de um responsável pelo cuidado, também é identificada em outros estudos³¹.

Considerações finais

Argumenta-se que o CnaR pode representar um analisador das redes em geral ao instigar a análise, a explicitação dos elementos de dada realidade institucional³², revelando dispositivos potentes e obstáculos à coordenação do cuidado. Ao exigir novos modos de operar os processos de regulação e produção de redes menos burocráticas, na perspectiva da construção de ‘redes vivas’³³, instiga profissionais e serviços de saúde a produzirem outros agenciamentos nas RAS, para além das redes

formais, instruídas por fluxos e regulação que também não atendem às demandas de toda a população. Por outro lado, a coordenação no CnaR explicita que as trajetórias assistenciais não acontecem espontaneamente e são ainda mais necessárias ao cuidado de sujeitos com altos graus de demanda clínica e social.

Produzir redes todo o tempo também constitui tarefa exaustiva para as equipes de saúde. O nomadismo que caracteriza a vida das pessoas vivendo em situação de rua, que não obedece aos códigos sociais vigentes e desafia concepções mais duras que orientam a organização das RAS, instiga a interrogar as concepções mais tradicionais de coordenação do cuidado. Quais arranjos, mais ou menos formais, facilitam ou dificultam a coordenação do cuidado? De toda forma, analisar a coordenação do cuidado a partir da CnaR reafirma seu papel estratégico na tessitura e formação de redes, nas negociações, tensões e desconfortos que pode provocar na RAS ao reconduzir excluídos, ainda que de forma parcial e insuficiente, ao campo da cidadania.

Agradecimentos

Almeida PF é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e agradece o apoio recebido para o desenvolvimento de estudos sobre o tema.

Colaboradoras

Santos AR (0000-0002-4857-7410)* e Almeida PF (0000-0003-1676-3574)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(2): 327-338.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.
3. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(49):251-260.
4. Oliveira RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saude soc.* 2018; 27(1):37-50.
5. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet.* 2014; 384(9953):1529-40.
6. Fajardo-Bullón F, Esnaola I, Anderson I, et al. Homelessness and self-rated health: evidence from a national survey of homeless people in Spain. *BMC Public Health.* 2019; 19(1081).
7. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(3):879-890.
8. Varanda W, Adorno CF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saude soc.* 2004; 13(1):56-69.
9. 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). *Diário Oficial da União.* 22 Set 2017.
10. Prates ML, Machado JC, Silva LS. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1881-1893.
11. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):52-66.
12. Albuquerque SC. Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua. 2014. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2014.
13. Silva CGP. Eixos estruturais da práxis em saúde pública do Consultório na Rua POP RUA do Rio de Janeiro. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadores. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 57-68.
14. Teixeira M, Sampaio C, Soares M, et al. Promoção da Saúde: Relato de experiência da equipe de Consultório na Rua do Teias-Escola Mangueiros-ENSP/Fiocruz. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadoras. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 69-86.
15. Trino A, Machado MP, Rodrigues RB. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadoras. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 27-44.
16. Felinto GM. O Consultório na Rua e a produção de cuidado à população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017.

17. Wijk LB, Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(9):3357-3368.
18. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(6):1839-1848.
19. McDonald K, Schultz E, Albin L. Care Coordination Atlas Version 4 (AHRQ Publication No. 14-0037-EF). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
20. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open.* 2015; 5(7):e007037.
21. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):244-260.
22. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2011; 29(2):84-95.
23. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta Estabelecimento-Identificação. [acesso em 2019 set 20]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.
24. Haraway D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu.* 1995; (5):7-41.
25. Fernandes JL. O sítio das drogas: etnografia das drogas numa periferia urbana. Lisboa: Editorial Notícias; 1998.
26. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(2):286-298.
27. Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(11):4417-4426.
28. Ornelas AL, Teixeira MGC. Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos. Rio de Janeiro. *Saúde debate.* 2015; 39(106):659-670.
29. Bodstein R, Engstrom E, Cardoso G, et al. Produzindo saúde nas ruas: o desafio do trabalho das equipes de Consultório na Rua - Pesquisa de avaliação das práticas das equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2017.
30. Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Est. Pesq. Psic.* 2010; 10(1):281-295.
31. Borysow IC, Furtado JP. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis.* 2013; 23(1):33-50.
32. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista EPOS.* 2014; 5(1):156-181.
33. Merhy EE, Gomes MPS, Silva E, et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg. saúde debate.* 2014; (52):153-164.

Recebido em 02/07/2020

Aprovado em 08/10/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Código de financiamento 001

Rede Mãe Paranaense: análise da estratificação do risco gestacional em três regionais de saúde em 2017-2018

Rede Mãe Paranaense: analysis of the gestational risk stratification in three regional health care in 2017-2018

Tainá Aparecida Bender¹, Adriana Zilly¹, Helder Ferreira¹, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari², Andrea Ferreira Ouchi França¹, Rosane Meire Munhak da Silva¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112907

RESUMO Este estudo busca analisar e comparar a estratificação de risco gestacional em três regionais de saúde do estado do Paraná, inseridas na Rede Mãe Paranaense, e identificar aspectos que fragilizam sua efetividade. Estudo transversal, analítico, desenvolvido por meio de inquérito com 1.270 puérperas 24 horas após o parto, no alojamento conjunto das maternidades. Para análise dos dados, utilizaram-se os programas SPSS Statistics versão 21 e Bioestat 5.3; para comparação da estratificação de risco, o teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher ($p < 0,05$). A estratificação de risco ocorreu com maior frequência em serviços de Atenção Primária à Saúde, quando comparados à admissão nas maternidades, nas três regionais de saúde. Houve inconsistências no registro e na informação às usuárias sobre identificação de risco, em especial, nas regionais de Londrina e Cascavel. Gestantes de alto risco foram estratificadas como sendo de risco intermediário, principalmente na regional de Londrina. A estratificação de risco proposta pela Rede Mãe Paranaense se encontra incipiente nas regionais de saúde estudadas, podendo fragilizar a identificação de fatores que contribuem para a prevenção da morbimortalidade materna e infantil.

PALAVRAS-CHAVE Cuidado pré-natal. Gravidez de alto risco. Enfermagem obstétrica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This study aims to analyze and compare the stratification of gestational risk in three health regions in the state of Paraná, inserted in the Rede Mãe Paranaense, and to identify aspects that weaken its effectiveness. Cross-sectional, analytical study, carried out with of 1.270 puerperal women 24 hours after delivery, in the maternity accommodation. For data analysis, SPSS Statistics version 21 and Bioestat 5.3 were used; to compare the risk stratification, the Pearson's Chi-square or Fisher's Exact test ($p < 0.05$) was used. Risk stratification occurred more frequently in Primary Health Care services, when compared to admission to maternity wards, in the three health regions. There were inconsistencies in the registration and information to users about risk identification, especially in Londrina and Cascavel regions. High-risk pregnant women were stratified as intermediate risk, mainly in the Londrina regional. The risk stratification proposed by Rede Mãe Paranaense is incipient in health regions studied, which may weaken the identification of factors that contribute to prevention of maternal and child morbidity and mortality.

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Foz do Iguaçu (PR), Brasil.
tainaabender@gmail.com

²Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.

KEYWORDS Prenatal care. High-risk pregnancy. Obstetric nursing. Primary Health Care.



Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define mortalidade materna como as mortes ocorridas durante a gestação ou em até 42 dias após o parto¹. É considerada um problema de saúde pública, por ser um indicador de saúde importante que reflete a qualidade na atenção à saúde e a realidade social de uma população. Sua incidência é elevada em países em desenvolvimento, sendo vista como um atentado ao direito humano². As principais causas de mortes maternas na atualidade incluem as síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções e os abortos provocados^{3,4}.

Estimativas da OMS apontam que cerca de 830 mulheres morrem diariamente por problemas relacionadas à gestação e ao parto no mundo – pontua-se que 90% das mortes maternas poderiam ser evitadas^{2,5}. No Brasil, no ano de 2016, em torno de 1.485 mulheres morreram pelas complicações ocasionadas nos períodos da gestação, parto e puerpério⁶. Em 2019, o índice de mortalidade materna foi de aproximadamente 64,5 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, sendo o maior índice encontrado na região Norte do País⁴.

Na década de 1980, estimava-se que cerca de 500 mil mulheres perdiam suas vidas anualmente devido a causas evitáveis relacionadas à gestação. Esforços para prevenir e detectar precocemente as complicações foram iniciados, e o enfrentamento das complicações obstétricas passou a ter maior importância⁷. No Brasil, na mesma década, o sistema de saúde passou a ser único e universal, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), o qual buscou aperfeiçoar os programas de saúde formulados anteriormente⁸.

Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), buscando incluir a mulher como sujeito ativo no que tange ao cuidado com sua saúde⁹. Entre os princípios do programa, destacam-se a integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde. Ao longo de 20 anos, o PAISM passou por inúmeros desafios e culminou em avanços, sobretudo para o planejamento familiar, mas também permitiu lacunas, como a

atenção ao climatério/menopausa, aos problemas ginecológicos, à infertilidade/reprodução assistida, à saúde da mulher adolescente, a atenção a doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas, à mulher trabalhadora, à saúde mental e à inserção de gênero e raça nas ações em saúde¹⁰.

Ao ter em vista tais lacunas deixadas pelo PAISM, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, em 2004, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual busca resgatar a ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como eixo norteador das práticas de cuidado à saúde da mulher¹¹. Suas prioridades são: melhorar as condições de vida e saúde das mulheres por meio da ampliação do acesso aos bens e serviços no âmbito do SUS; contribuir para a redução da morbimortalidade materna, com ênfase nas causas evitáveis; e qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher^{11,12}.

Para incrementar essas ações, em 2011, o MS instituiu a Rede Cegonha, via Portaria nº 1.459, com o fito de garantir o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério, oferecendo também à criança a garantia do nascimento seguro e do crescimento saudável¹³. Essa rede se organizou com o intuito de promover acesso, acolhimento e resolutividade, mediante a atenção à saúde no momento do parto, nascimento e puerpério, e de um sistema logístico que garantisse o transporte sanitário e a regulação, assegurando o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e maternidades com profissionais qualificados^{12,14}.

Além da instituição de políticas e programas de saúde, para reduzir as taxas de mortalidade materna, é necessário garantir atenção e cuidado de qualidade para a mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, conhecendo sua realidade e suas características de vida, sejam demográficas, socioeconômicas, obstétricas e reprodutivas. A compreensão dessas características auxilia na identificação de forma rápida do risco gestacional, garantindo o encaminhamento correto das gestantes para os serviços de pré-natal mais adequados. Desse modo, é possível promover a saúde materna e garantir o tratamento adequado para cada risco apresentado¹⁵⁻¹⁸.

Estratificar o risco gestacional é fundamental para o seguimento à saúde, considerando sua capacidade de reduzir a morbimortalidade materna e infantil por causas evitáveis. A estratificação deve ser realizada desde o início do pré-natal até o momento do parto pelo médico ou enfermeiro e registrada no prontuário e na carteira de saúde da gestante, visto que o atendimento será realizado de forma mais adequada e, conseqüentemente, contribuirá favoravelmente para a redução dos índices de mortalidade¹⁹.

Nessa direção e com base na Rede Cegonha, em 2012, no estado do Paraná, foi instituída a Rede Mãe Paranaense (RMP). Essa rede de atenção busca promover ações de atenção materno-infantil, captar precocemente a gestante, garantir acompanhamento durante todo o pré-natal, com recomendação mínima de sete consultas, realizar exames, estratificar o risco gestacional, com direcionamento à unidade especializada para gestantes e crianças que apresentem riscos, além de garantir o parto mediante a interlocução da rede hospitalar conforme o risco apresentado²⁰⁻²³. A estratificação de risco permite orientar o encaminhamento das gestantes da porta de entrada para o pré-natal aos serviços de APS e aos serviços especializados^{16,24}.

A partir da RMP, o risco gestacional foi organizado em habitual, intermediário e alto. Consideram-se como gestantes de risco habitual aquelas que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, histórico de reprodução anterior ou doenças. No risco intermediário, incluem-se as gestantes negras ou indígenas, com idade maior que 40 anos, analfabetas ou com histórico escolar menor que três anos e com histórico de óbito em gestação anterior. Já o alto risco envolve gestantes que apresentam doenças prévias, como hipertensão arterial e/ou diabetes, com intercorrências clínicas e obstétricas durante a gestação atual, como hipertensão arterial, gestação gemelar, trabalho de parto prematuro, entre outras^{23,24}.

Segundo estudo realizado com enfermeiros atuantes em serviços de APS no Paraná, a estratificação de risco gestacional deve ser realizada em todas as consultas, e, no início do pré-natal, o

enfermeiro é o profissional responsável por essa estratificação²⁵. Outro estudo, também realizado no estado do Paraná, mostrou que na maioria das unidades de APS não há estratificação do risco gestacional no início do pré-natal, conforme preconiza a RMP²⁶. Dessa maneira, a estratificação do risco gestacional nesse estado permanece insipiente, considerando que há falhas em sua realização ainda na primeira consulta de pré-natal.

Por se entender a importância da estratificação do risco gestacional na redução da morbimortalidade materno-infantil e por verificar que são necessários mais estudos para compreender os desafios à sua realização com a implantação da RMP, na presente investigação, o objetivo é analisar e comparar a estratificação de risco gestacional em três regionais de saúde do estado do Paraná, inseridas na RMP, e identificar aspectos que fragilizam sua efetividade.

Material e métodos

Realizou-se um estudo transversal, analítico, envolvendo maternidades que atendem gestantes de risco habitual, intermediário e alto, pertencentes às Regionais de Saúde (RS) de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS).

O cálculo amostral da população de cada maternidade foi empreendido com base no número de partos do ano de 2016, considerando N – tamanho (número de elementos) da população; n – tamanho (número de elementos) da amostra; n_0 – uma primeira aproximação para o tamanho da amostra; e E_0 – erro amostral tolerável. Por se conhecer o tamanho da população, efetuou-se o cálculo amostral na seguinte expressão: $n_0 = 1/(E_0)^2$. $0,05 = 400$, o qual foi corrigido por: $n = N.n_0 / N + n_0$. Considerou-se uma margem de erro da pesquisa de 5% e nível de confiança de 95%.

Foram incluídas as puérperas internadas no alojamento conjunto das referidas maternidades, independentemente da estratificação de risco realizada. Excluíram-se as puérperas que apresentaram problemas de saúde mental registrados em prontuário. Dessa forma,

participaram da pesquisa 1.270 puérperas, sendo 397 da RS de Foz do Iguaçu, 385 da RS de Cascavel e 488 da RS de Londrina.

Os dados foram coletados por acadêmicos do quarto e quinto anos do curso de graduação em Enfermagem e por pós-graduandos de programas da área da saúde de instituições públicas de ensino, os quais foram treinados por enfermeiros com experiência profissional e acadêmica na área da saúde materno-infantil. A coleta aconteceu no segundo semestre de 2017 e primeiro de 2018, mediante inquérito, utilizando-se um instrumento estruturado. Houve a necessidade de coleta de dados documentais nos prontuários e na carteira de saúde da gestante, e, em seguida, aplicou-se o questionário com as puérperas, após 24 horas do nascimento da criança, em local privativo, com duração média de 45 minutos, sem a presença de familiares ou profissionais de saúde das referidas maternidades.

O instrumento foi organizado pelas autoras e analisado por três especialistas, com a finalidade de identificar os aspectos sociodemográficos, antecedentes clínicos, história da gestação anterior, assistência pré-natal na gestação atual e condições da parturiente na admissão na maternidade de cada mulher inserida na pesquisa.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel®. Para a análise estatística, foram utilizados os programas SPSS Statistics versão 21 e Bioestat 5.3. A comparação da estratificação de risco realizada

nas RS e as categorias de respostas das variáveis estudadas foram realizadas com os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Na análise estatística, adotou-se o nível de significância $\alpha=0,05$.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, sob o número de Parecer 2.053.304, CAAE: 67574517.1.1001.5231, o qual segue os critérios indicados pela Resolução nº 466/12, que envolve pesquisa com seres humanos. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos o anonimato e o sigilo das informações de cada indivíduo.

Resultados

Entre as 1.270 participantes do estudo, 728 foram estratificadas como de risco habitual, 166 como risco intermediário e 289 como alto risco nos serviços de APS. Para as demais participantes (87), não foi realizada a estratificação de risco.

A análise de resíduos do Teste Qui-quadrado apontou que a RS de Londrina apresentou maior estratificação do risco intermediário, estatisticamente significativo ($p<0,001$). Do mesmo modo, na regional de Cascavel, foi mais frequente a estratificação do alto risco, como se observa na *tabela 1*.

Tabela 1. Estratificação do risco gestacional por unidades de atenção primária nas Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina, PR, 2017-2018

Classificação	Foz do Iguaçu (n=397)		Cascavel (n=385)		Londrina (n=488)	
	n	%	n	%	n	%
Risco Habitual	242	61,0	222	57,7	264	54,1
Risco intermediário	50	12,6	12	3,1	104	21,3
Alto Risco	75	18,9	119	30,9	95	19,5
Não estratificado	30	7,5	32	8,3	25	5,1
Valor de p						0,001

Fonte: Elaboração própria.

A *tabela 2* indica que a realização da estratificação do risco gestacional pelos serviços de APS ocorreu em maior número na RS de Londrina e em menor número na RS de Cascavel.

No tocante à informação sobre o risco gestacional, existe uma diferença estatística sobre a comunicação da estratificação de risco durante o pré-natal. Pela análise de resíduos ajustados, a não informação da estratificação na RS de Foz do Iguaçu e Londrina foi significativa.

Com relação ao profissional que informou a estratificação, verificou-se uma diferença pelo teste exato de Fisher. Na análise de resíduos ajustados, os maiores valores foram referentes ao profissional enfermeiro na RS de Foz do Iguaçu; e na RS de Cascavel, ao médico.

Observou-se diferença significativa quanto ao registro do alto risco entre as regionais nas causas dos riscos registrados. A análise de resíduos apontou que os dados que mais influenciaram o resultado significativo do teste foram a realização do registro de risco pela

RS de Foz do Iguaçu e a falta de registros na RS de Cascavel.

No que tange à estratificação de risco durante o pré-natal, foi possível observar, por meio da análise de resíduos ajustados, que houve maior influência no resultado quanto à estratificação de forma adequada na RS de Cascavel e inadequada na RS de Londrina.

Além disso, foi possível analisar, de acordo com o Teste Qui-quadrado, os maiores valores que se encontram para a ocorrência de erros na estratificação relativos ao risco intermediário, o qual deveria ter sido classificado como alto risco nas três RS. Já o teste de Fischer apresenta uma diferença estatística quanto à correta estratificação de risco entre as regionais durante o pré-natal. De acordo com a análise de resíduos ajustados, os valores que mais contribuíram para o resultado foram a estratificação adequada na RS de Cascavel e a estratificação inadequada na RS de Londrina.

Tabela 2. Aspectos da estratificação do risco gestacional em serviços de Atenção Primária à Saúde nas Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina, PR, 2017-2018

	Foz do Iguaçu		Cascavel		Londrina		Valor <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Estratificado o risco							
Sim	367	92,4	353	91,7	463	94,9	0,143
Não	30	7,6	32	8,3	25	5,1	
Total	397	100,0	385	100,0	488	100,0	
Informada sobre o risco							
Sim	225	61,3	223	63,2	284	61,3	0,003*
Não	141	38,4	123	34,8	159	34,4	
Não registrado	1	0,3	7	2,0	20	4,3	
Total	367	100,0	353	100,0	463	100,0	
Profissional que informou							
Enfermeiro	135	60,0	30	13,4	105	37,0	0,001#
Médico	79	35,1	154	69,1	145	51,1	
Médico/enfermeiro	4	1,8	2	0,9	2	0,7	
Não registrado	7	3,1	37	16,6	32	11,2	
Total	225	100,0	223	100,0	284	100,0	

Tabela 2. (cont.)

	Foz do Iguaçu		Cascavel		Londrina		Valor <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Causa do Risco intermediário							
Com registro	44	88,0	8	66,7	75	72,1	0,053#
Sem registro	6	12,0	4	33,3	29	27,9	
Total	50	100,0	12	100,0	104	100,0	
Registro do Alto risco							
Com registro	71	94,7	87	73,1	77	81,0	0,001*
Sem registro	04	5,3	32	26,9	18	19,0	
Total	75	100,0	119	100,0	95	100,0	
Estratificação de risco							
Adequada	335	91,3	344	97,4	402	86,8	0,001*
Inadequada	32	8,7	9	2,6	61	13,2	
Total	367	100,0	353	100,0	463	100,0	
Erros encontrados							
RI devendo ser RH	6	18,7	-	-	2	3,3	0,003#
RI devendo ser AR	19	59,4	6	66,7	55	90,2	
AR devendo ser RH	1	3,1	-	-	1	1,6	
AR devendo ser RI	6	18,8	3	33,3	3	4,9	
Total	32	100,0	9	100,0	61	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

* Teste Qui-quadrado; # teste de Fisher.

A *tabela 3* apresenta dados relativos à estratificação do risco gestacional na admissão em maternidades das RS estudadas. Para 279 gestantes, não houve a estratificação do risco gestacional. Foi identificada maior estratificação

do risco intermediário na RS de Londrina e alto risco na RS de Cascavel, e, ainda, uma falta de estratificação maior na RS de Foz do Iguaçu e menor na RS de Cascavel.

Tabela 3. Estratificação do risco gestacional na admissão em maternidade das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina, PR, 2017-2018

	Foz do Iguaçu (n=397)		Cascavel (n=385)		Londrina (n=488)	
	n	%	n	%	n	%
Risco Habitual	182	45,8	197	51,2	246	50,4
Risco intermediário	32	8,1	25	6,5	75	15,4
Alto Risco	51	12,8	99	25,7	84	17,2
Não estratificado	132	33,3	64	16,6	83	17,0
Valor de <i>p</i>						0,001

Fonte: Elaboração própria.

Na admissão em maternidades, a realização da estratificação de risco gestacional e a falta de informação sobre o risco foram mais frequentes na RS de Londrina. Sobre a falta de realização da estratificação, os números maiores foram apresentados pela RS de Foz do Iguaçu (tabela 4).

Com relação ao profissional que realizou a estratificação do risco de acordo com o teste de Fischer, destacam-se o enfermeiro na RS de Foz do Iguaçu e a falta de registro do profissional na RS de Cascavel. Em todos os casos, o número de gestantes não informadas sobre o risco foi relativamente alto.

Quanto às causas registradas e não registradas para o risco intermediário, a realização do

registro de risco pela RS de Foz do Iguaçu e a falta de registros ocorridos na RS de Cascavel foram significativos; e para o alto risco, a realização do registro ocorreu na RS de Foz do Iguaçu e Londrina; e a falta de registros ocorreu novamente na RS de Cascavel.

De acordo com o Teste Qui-quadrado, a realização adequada da estratificação de risco foi mais relevante na RS de Cascavel, e a realização inadequada em Londrina. Acerca dos erros encontrados, o teste de Fischer apontou que o valor que contribuiu foi o erro de estratificação no risco intermediário, devendo ser alto risco nas três RS.

Tabela 4. Aspectos da estratificação do risco gestacional na admissão nas maternidades nas Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina, PR, 2017-2018

	Foz do Iguaçu		Cascavel		Londrina		Valor <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Estratificado o risco							
Sim	265	66,7	321	83,4	405	83,0	0,001*
Não	132	33,3	64	16,6	83	17,0	
Total	397	100,0	385	100,0	488	100,0	
Informada sobre o risco							
Sim	99	37,4	155	48,3	193	47,7	0,001*
Não	166	62,6	147	45,8	194	47,9	
Não registrado	-	-	19	5,9	18	4,4	
Total	265	100,0	321	100,0	405	100,0	
Profissional que informou							
Enfermeiro	50	50,5	25	16,1	78	40,4	0,001#
Médico	45	45,5	79	51,0	87	45,1	
Médico/enfermeiro	1	1,0	6	3,9	5	2,6	
Não registrado	3	3,0	45	29,0	23	11,9	
Total	99	100,0	155	100,0	193	100,0	
Causa do Risco intermediário							
Com registro	27	84,4	09	35,0	57	76,0	0,001*
Sem registro	5	15,6	16	64,0	18	24,0	
Total	32	100,0	25	100,0	75	100,0	
Registro do Alto risco							
Com registro	50	98,0	67	67,7	76	90,5	0,001*
Sem registro	01	2,0	32	32,3	08	9,5	
Total	51	100,0	99	100,0	84	100,0	

Tabela 4. (cont.)

	Foz do Iguaçu		Cascavel		Londrina		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Estratificação de risco							
Adequada	245	92,5	310	96,6	361	89,1	0,001*
Inadequada	20	7,5	11	3,4	44	10,9	
Total	265	100,0	321	100,0	405	100,0	
Erros encontrados							
RI devendo ser RH	6	30,0	-	-	12	27,3	0,005#
RI devendo ser AR	10	50,0	9	81,8	32	72,7	
AR devendo ser RH	1	5,0	-	-	-	-	
AR devendo ser RI	3	15,0	2	18,2	-	-	
Total	20	100,0	11	100,0	44	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Qui-quadrado; # teste de Fisher.

Discussão

Os dados da presente investigação mostram que o número de casos em que o risco não foi estratificado é preocupante, visto que, conforme a RMP, essa ação deveria acontecer com todas as gestantes, seja nas consultas de pré-natal, em serviços de APS, como também na admissão nas maternidades^{8,23}.

Nos serviços de APS, a RS de Londrina realizou mais a estratificação. Nessa regional, houve maior frequência de gestantes de risco intermediário, diferentemente da RS de Cascavel, que apresentou menores números de gestantes com risco estratificado e maior ocorrência de alto risco. Nas maternidades, o risco gestacional foi estratificado com maior ocorrência na RS de Cascavel, em especial, para gestantes de alto risco, e menor ocorrência na RS de Foz do Iguaçu.

Cabe ressaltar que a APS deve ser considerada a porta de entrada da rede que orienta o cuidado à gestante para os demais níveis de atenção, independentemente do risco que apresenta, por sua atuação ser mais próxima à comunidade, por conhecer a realidade e as necessidades de seus usuários, garantindo,

assim, o recurso assistencial mais adequado e eficiente para conduzir o seguimento gestacional^{27,28}.

Identificar o risco de uma gestação permite promover ações que garantam a redução da morbimortalidade tanto materna quanto infantil, consideradas evitáveis^{28,29}. Além disso, a estratificação do risco gestacional é uma estratégia fundamental que garante organizar a assistência de acordo com as necessidades de saúde, oferecendo assistência integral e de qualidade à mulher e à criança. Portanto, falhas na estratificação de risco, sejam na falta ou na estratificação inadequada, podem interferir diretamente em maiores taxas de eventos indesejáveis, como o nascimento prematuro e os agravos que podem ser fatais para a gestante e para a criança¹⁸.

Um estudo realizado com médicos no estado do Paraná identificou que esses profissionais conhecem e atuam na RMP; contudo, na estratificação de risco, alguns profissionais referiram utilizar a estratificação proposta pelo MS, ou seja, em baixo e alto risco. Outros profissionais descreveram realizar a estratificação conforme preconiza a RMP, em risco habitual, intermediário e alto, mas relataram

discordância e dificuldades na realização e no encaminhamento das gestantes de risco intermediário²⁸, podendo ocasionar diferentes interpretações nas avaliações de risco das gestantes. Por outro lado, os enfermeiros mostraram conhecer os indicadores e objetivos da RMP, reconhecendo esse programa como uma estratégia para aumentar a qualidade de vida em saúde pública, logo, utilizando somente a estratificação de risco da RMP²⁵.

Nesta investigação, com relação ao profissional que realizou a estratificação e informou sobre o risco, o enfermeiro e o médico tiveram participação importante, respectivamente, na RS de Foz do Iguaçu e Cascavel. Mesmo os números sendo altos, os valores de falta de registro também foram considerados preocupantes. Isso se deve ao fato de estudos apontarem que cabe aos profissionais de saúde conhecer as características demográficas, socioeconômicas e obstétricas da gestante e realizar a identificação precoce dos fatores de risco na gestação para prestar o atendimento adequado^{15,16,22,23}. Além de fornecer o melhor atendimento, é direito da gestante ser informada sobre o risco ao qual está exposta, além de ter acesso a um atendimento com avaliação e classificação de risco, qualidade no pré-natal e boas práticas e segurança durante o parto³⁰. Ademais, a OMS defende a importância de garantir boas experiências para as mulheres durante a gestação e o parto por meio de cuidados dignos e de respeito, sem violência e discriminação³¹.

De acordo com a RMP, é essencial manter a carteira de saúde da gestante preenchida com as informações principais sobre a gravidez, além de apresentar os riscos observados. É preciso atualizá-la a cada consulta, visto que ela servirá de ligação entre as consultas e os atendimentos posteriores, inclusive na atenção hospitalar. Além disso, permitirá garantir atendimento das necessidades e intercorrências durante a gestação e o parto²³. Por isso, é crucial realizar a estratificação de risco gestacional em cada consulta de pré-natal e, no momento da admissão na maternidade,

dispor de informações à gestante e registrar na carteira de saúde, para que outros profissionais possam ter conhecimento dos riscos apresentados.

As gestantes devem receber atendimento de uma equipe multiprofissional, composta por médicos obstetras, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros. Cada profissional deve realizar um plano de cuidado para a gestante, sendo de responsabilidade do obstetra e do enfermeiro garantir o atendimento durante o pré-natal, solicitando exames e fazendo o acompanhamento da gestante, além de identificar os riscos existentes. O farmacêutico e o nutricionista, por seu turno, podem fornecer orientações sobre os medicamentos e alimentos ingeridos durante a gestação e o puerpério. Ao assistente social, cabe a responsabilidade de oferecer informações quanto aos direitos da gestante, orientando sobre o encaminhamento para a unidade hospitalar^{23,32}. Ademais, é dever de todos os profissionais orientar a gestante acerca da importância da realização do pré-natal, da amamentação e da vacinação³³.

Também devem ser oferecidas à gestante atividades educativas, conduzidas por um profissional de nível superior durante a gestação²³. Um estudo realizado com gestantes consideradas de risco intermediário e alto risco participantes do grupo de atendimento no Centro Regional de Especialidades no Noroeste do Paraná apresentou os seus relatos acerca do atendimento recebido da equipe multiprofissional. Além dos profissionais já citados, houve atendimento por profissionais da psicologia e fisioterapia. Nessa organização da atenção pré-natal, quando questionadas sobre o atendimento da equipe multiprofissional, 14,9% das gestantes consideraram o atendimento regular, e 76,6% bom³².

Outro fator importante relaciona-se aos índices de risco intermediário e alto risco registrados em todas as regionais estudadas. Esses números revelam que as gestantes estão expostas a fatores que ocasionam riscos para sua saúde e para a criança. No

risco intermediário, observou-se que os fatores predominantes foram a multiparidade e a idade superior a 35 anos. Já no alto risco, os fatores de maior ocorrência foram os problemas clínicos, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Um estudo conduzido na cidade de Maringá, PR, mostrou alta ocorrência de mulheres com dois ou mais fatores de risco, com destaque para tabagismo, as síndromes hipertensivas, infecção do trato urinário de repetição, amniorrexe prematura e sangramento³⁴. Se esses fatores forem identificados precocemente, podem ser prevenidos e evitar problemas futuros. Isso porque alguns comportamentos maternos e hábitos de vida que influenciam a gestação podem ser modificados ao longo das consultas, como, por exemplo, o tabagismo³⁴.

As situações agravantes durante a gestação que colocam em risco a saúde da mãe e da criança podem ser diagnosticadas de forma precoce durante as primeiras consultas do pré-natal, levando em conta as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas da gestante³⁵. Tais fatores podem, inclusive, prever se uma gestação vai evoluir com risco ou não, como as síndromes hipertensivas, as quais têm mostrado relação com a idade materna, história pregressa e hábitos de vida²³. Em países desenvolvidos, a cada 100 gestantes, de 2 a 8 desencadeiam as síndromes hipertensivas³⁶, responsáveis por 60% das mortes maternas obstétricas diretas³⁷.

É relevante apontar que a estratificação de modo inconsistente verificada na presente pesquisa, com maior frequência na RS de Londrina, é fator preocupante tanto nos serviços de APS quanto nas maternidades. O índice de gestantes de alto risco, estratificadas como de risco intermediário, foi expressivo nas três regionais. Assinala-se que a correta estratificação é essencial para o encaminhamento da gestante às instituições de referência, independentemente da esfera de atenção à

saúde de que necessite^{18,38}. Para gestações de alto risco, há necessidade de referenciar para um serviço que seja composto por Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), neonatal e pediátrica, ambulatorios para o pré-natal de risco e que ofereçam um trânsito facilitado entre os serviços de saúde, assegurando atendimento adequado^{38,39}.

Para garantir que a estratificação de risco gestacional seja realizada de forma apropriada, é necessário seguir as diretrizes atribuídas pela RMP e, dessa maneira, definir a vinculação da gestante ao pré-natal e ao hospital para, assim, prestar atendimento das necessidades e intercorrências durante a gestação e o parto²³. E embora a RS de Cascavel tenha promovido capacitação profissional para aperfeiçoar sua atuação na RMP, como mostrou um estudo realizado em 2014²⁵, nesta investigação, essa RS apresentou resultados desfavoráveis referentes ao registro da estratificação de risco gestacional no cartão de saúde da gestante. Esse fato mostra que, apesar de os profissionais de saúde terem bagagem de conhecimento a respeito da estratificação de risco e sua importância para o seguimento nos diversos níveis de atenção, esse conhecimento precisa ser reestruturado a partir de experiências concretas que servem de base para as ações subsequentes, para atender a novas demandas dos usuários.

Ademais, promover a atenção pré-natal de forma eficiente, com melhorias em todo o processo de estratificação de risco, incluindo a estratificação correta, realizada em todas as consultas, com informações aos usuários e registro do risco atribuído a cada gestante, envolve a valorização dos profissionais de saúde, proporcionada mediante ações de educação continuada para o seu aperfeiçoamento, somada à garantia de recursos humanos e estruturais para consolidar as ações e práticas assistenciais³⁹. Para isso, é crucial a responsabilização e o compromisso dos gestores em saúde em fortalecer o processo assistencial, considerando que desempenham um importante papel para a efetivação da competência de promoção da saúde do segmento materno-infantil⁴⁰.

Conclusões

A estratificação do risco gestacional preconizada pela RMP, amplamente referenciada como essencial para a tomada de decisão na atenção pré-natal, ainda se encontra incipiente em muitos cenários paranaenses, como na presente investigação. A atribuição das falhas envolveu a falta de estratificação pelos serviços de APS, mas, principalmente, o momento de admissão para o parto nas maternidades, somados à falta de registro e de informações às usuárias sobre o risco identificado. Essas falhas foram encontradas nas três RS, particularmente, a falta de estratificação pela APS na RS de Cascavel e nas maternidades na RS de Foz do Iguaçu, e, também, falta de registro e informações nas RS de Cascavel e Londrina.

Além disso, a estratificação de risco foi realizada de forma frágil, considerando a estratificação de gestantes de alto risco e risco intermediário, especialmente na RS de Londrina, mostrando-se uma lacuna para a efetividade do acompanhamento pré-natal.

Importante destacar que muitos problemas de saúde ou até mesmo a mortalidade materna podem estar associados aos fatores de risco

na gestação. Este estudo buscou demonstrar a importância de se realizar a estratificação de risco durante todo o ciclo gravídico-puerperal, observando a atuação dos profissionais no tocante aos saberes técnico-científicos, mas também por meio de ações humanizadas, considerando que a mulher tem o direito de ser informada sobre os possíveis riscos aos quais elas e seus bebês encontram-se expostos.

Colaboradores

Bender TA (0000-0002-5305-469X)*, Zilly A (0000-0002-8714-8205)*, Ferreira H (0000-0003-0715-8057)*, Ferrari RAP (0000-0003-0157-7461)* e Silva RMM (0000-0003-3355-0132)* contribuíram com as seguintes atividades: na concepção e no planejamento, na análise e interpretação dos dados; na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e na aprovação da versão final do manuscrito. França AFO (0000-0002-0024-6428)* contribuiu com as seguintes atividades: na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e na aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2. ed. São Paulo: CBCD; EDUSP; 1997.
2. Silva SCM, Monteiro EA, Freitas WDMFE, et al. Diagnóstico da situação de morte materna. Rev. Bras. Promoç. Saúde. 2019 [acesso em 2020 maio 4]; (32):9259. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9259/pdf>.
3. Dias JMG, Oliveira APSD, Cipolotti R, et al. Mortalidade materna. Rev. Med. Minas Gerais. 2015 [acesso em 2020 jun 2]; 25(2):173-79. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>.
4. Ongaratto S. Mortalidade materna: Brasil está cada vez mais longe da meta internacional. 2019. [acesso em 2020 jun 6]. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2019/07/mortalidade-materna-brasil-esta-cada-vez-mais-longe-da-meta-internacional.html#:~:text=N%C3%A9AMEROS%20NO%20BRASIL,os%20Objetivos%20do%20Desenvolvimento%20Sustent%C3%A9vel>.
5. Mora-Escobar EG, Cusihamán-Puma AU, Insfrán MD. Análisis situacional de muertes maternas em Paraguay: alcances Del 2008/2018. Rev. salud publica Parag. 2020 [acesso em 2020 jul 2]; 10(1):10-22. Disponível em: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v10n1/2307-3349-rspp-10-01-10.pdf>.
6. Rodrigues ARM, Cavalcante AES, Viana AB. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. ReTEP. 2019 [acesso em 2020 jun 2]; 11(1):3-9. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A9lise-temporal-final.pdf>.
7. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2015 [acesso em 2020 maio 4]; 37(12):549-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>.
8. Santos DRD, Viera CS, Guimarães ATB, et al. Avaliação da eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense. Saúde debate. 2020 [acesso em 2020 maio 4]; 44(124):70-85. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v44n124/0103-1104-sdeb-44-124-0070.pdf>.
9. Gonçalves JR, Costa RD. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. Revista JRG de Estudos Acadêmicos. 2019; 2(4):119-42.
10. Salimena AMDO, Ribeiro MOS. Significado da histerectomia para a mulher e suas implicações na assistência de enfermagem. Enferm. Bras. 2019 [acesso em 2020 jun 2]; 18(3):460-466. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2357/pdf>.
11. Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA, et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. Rev. Bras. Promoç. Saúde. 2015 [acesso em 2020 maio 4]; 18(1):140-148. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864/pdf>.
12. Frank BRB, Toso BRGO, Viera CS, et al. Avaliação da implementação da rede mãe paranaense em três regionais de saúde do Paraná. Saúde debate. 2016 [acesso em 2020 maio 4]; 40(109):163-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00163.pdf>.
13. Tajra FS, Pontes RJS, Carvalho FHC, et al. Rede cegonha: avaliação do potencial de oferta de serviços de saúde materno-infantil. SANARE (Sobral, Online). 2019 [acesso em 2020 maio 4]; 18(2):59-68. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1375/700>.
14. Assis TR, Chagas VO, Goes RM, et al. Implementação da rede cegonha em uma regional de saúde do estado Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? Reciiis – Rev. Eletron.

- Comum. Inf. Inov. Saúde. 2019 [acesso em 2020 jun 2]; 13(4):843-53. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38751>.
15. Novaes ES, Oliveira RRD, Melo ES, et al. Perfil obstétrico de usuárias do sistema único de saúde após implantação da rede mãe paranaense. *Cienc. Cuid. Saúde*. 2015 [acesso em 2020 maio 4]; 14(4):1436-44. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27343/16487>.
 16. Migoto MT, Oliveira RPD, Silva AMR, et al. Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná. *Rev. Bras. Enferm*. 2018 [acesso em 2020 mar 16]; 71(5):2675-83. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2527.pdf.
 17. Garcia EM, Martinelli KG, Gama SGND, et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2020 maio 4]; 24(12):4633-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4633.pdf>.
 18. Leite VC, Gasquez ADS, Bertoncim KRI, et al. Estratificação de risco em gestantes no pré-natal. *Rev. UNINGÁ*. 2019 [acesso em 2020 maio 4]; 56(52):184-93. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2160/1912>.
 19. Teixeira RA, Ferrari RAP, Caldeira S, et al. Cuidado gravídico-puerperal em rede: o vivido de enfermeiros, médicos e gestores. *Rev. Bras. Enferm*. 2019 [acesso em 2020 jun 2]; 72(supl1):159-66. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0151.pdf.
 20. Baggio MA, Pereira FDC, Guimarães ATB, et al. Programa Rede Mãe Paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. *Cogitare Enferm*. 2016 [acesso em 2020 maio 4]; 21(3):1-10. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45301/pdf>.
 21. Demitto MDO, Gravena AAF, Dell'Agnolo CM, et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2017 [acesso em 2020 jun 2]; 51:e03208. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03208.pdf.
 22. Netto A, Silva RRMD, Santos MF, et al. Mortalidade infantil: avaliação do programa rede mãe paranaense em regional de saúde do Paraná. *Curitiba: Cogitare Enferm*. 2017 [acesso em 2020 maio 4]; 22(1):1-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47634/pdf>.
 23. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*. Paraná: Sesa; 2018. [acesso em 2020 mar 16]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf.
 24. Longhi SAT, Peterlini OLG. Comissão interna de near miss materno em um hospital da rede mãe paranaense no sudoeste do Paraná: implantação, desafios e perspectivas. *R. Saúde Públ. Paraná*. 2019 [acesso em 2020 maio 6]; 2(supl1):21-30. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/225/58>.
 25. Caldeira S, Luz MSD, Tacla MTGM, et al. Ações de cuidado do enfermeiro no programa rede mãe paranaense. *REME – Rev. Min. Enferm*. 2017 [acesso em 2020 maio 12]; 21:e-992. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e992.pdf>.
 26. Murara KD, Andrade SMD, Salamanca MAB, et al. Avaliação do pré-natal em Estratégia Saúde da Família (ESF) e em Unidade Básica de Saúde (UBS). *Curitiba: Braz. J. of Develop*. 2020 [acesso em 2020 mar 16]; 6(3):14147-61. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/7925/6868>.
 27. Sampaio AFS, Rocha MJFD, Leal EAS. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Recife: Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2018 [acesso em 2020 jun 2]; 18(3):567-75. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v18n3/pt_1519-3829-rbsmi-18-03-0559.pdf.

28. Bugs TV, Caldeira S, Machineski GG, et al. Percepção, conhecimento e atuação dos médicos no programa rede mãe paranaense. Santa Maria: Saúde. 2016 [acesso em 2020 jun 2]; 42(2):185-94. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19576/pdf>.
29. Fernandes JA, Campos GWDS. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. Rio de Janeiro: Saúde debate. 2019 [acesso em 2020 jun 2]; 43(121):406-16. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43n121/406-416>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 28 Set 2017.
31. Villamil MML, Botero MDP, Guzmán CIC. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. Enferm. actual Costa Rica (Online). 2020 [acesso em 2020 jul 2]; (38):180-95. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1090095/art13n38.pdf>.
32. Francisqueti V, Teston EF, Costa MAR. Atendimento ambulatorial sob a perspectiva de gestantes. Recife: Rev. Enferm. UFPE. 2017; 11(5):1875-81.
33. Andrade UV, Santos JB, Duarte C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. Campo Grande: Rev. Psicol. Saúde. 2020 [acesso em 2020 jul 2]; 11(1):53-61. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100004.
34. Novaes ES, Melo EC, Ferracioli PLRV, et al. Risco gestacional e fatores associados em mulheres atendidas pela rede pública de saúde. Cienc. Cuid. Saúde. 2018 [acesso em 2020 jun 2]; 17(3):e45232. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45232/751375138778>.
35. Leal RC, Santos CNC, Lima MJV, et al. Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. Recife: Rev. enferm. UFPE. 2017; 11(supl4):1641-49.
36. Zanatelli C, Doberstein C, Girardi JP, et al. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna. Rev. Sau. Int. 2016 [acesso em 2020 jul 2]; 9(17):73-81. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/229765191.pdf>.
37. Pereira GT, Santos AAPD, Silva JMDOE, et al. Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. Ver Fund Care. 2017 [acesso em 2020 jul 2]; 9(3):653-58. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5526/pdf_1.
38. Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense—Relato de Experiência. Londrina: Rev Espaço para Saúde. 2014 [acesso em 2020 fev 16]; 15(1):77-86. Disponível em: http://168.194.69.20/index.php/espaco-saude/article/viewFile/541/pdf_22.
39. Medeiros FF, Santos IDDL, Ferrari RAP, et al. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. Brasília: Rev. Bras. Enferm. 2019 [acesso em 2020 jun 2]; 72(supl3):213-20. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt_0034-7167-reben-72-s3-0204.pdf.
40. Garcia ESGF, Bonelli MCP, Oliveira AN, et al. As ações de enfermagem no cuidado à gestante: um desafio à atenção primária de saúde. J. res.: fundam. care. online. 2018 [acesso em 2020 jul 2]; 10(3):863-70. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6255/pdf_1.

Recebido em 31/07/2020

Aprovado em 05/11/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma proposta de avaliação

National Comprehensive Health Policy for the Black Population: an evaluation proposal

Tarcisio Oliveira Silva¹, Edna Maria de Araújo¹, Kátia Santana Freitas¹, Silvone Santa Bárbara da Silva¹

DOI: 10.1590/0103-11042021129102

RESUMO Objetiva validar um plano de indicadores para a avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos municípios brasileiros. O estudo empregou procedimentos teóricos e metodológicos para o alcance da validade de conteúdo, por meio da aplicação da taxa de concordância e do Índice de Validade de Conteúdo. Participaram do estudo especialistas das áreas de saúde da população negra e avaliação em saúde. Dos 36 indicadores, na avaliação de concordância, 35 alcançaram o ponto de corte e 32 alcançaram Índice de Validade de Conteúdo superior a 0,80. Na análise geral desse índice, o plano de indicadores obteve 0,86 como pontuação, considerado como válido em seu conteúdo por ter superado o ponto de corte estabelecido (0,80). Conclui-se que o plano de indicadores ora apresentado possui a concordância, a pertinência e a clareza necessárias para a sua utilização nos municípios brasileiros, contudo, se faz necessária a continuidade de seu aperfeiçoamento nas fases subsequentes à sua validação.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Política pública. Saúde das minorias étnicas.

ABSTRACT *The aim was to validate a plan of indicators to evaluate the implementation of the National Comprehensive Health Policy for the Black Population in Brazilian municipalities. The study used theoretical and methodological procedures to reach the validity of content, through the application of the concordance rate and the Content Validity Index. Experts from the black population's health areas and health assessment participated in the study. Of the 36 indicators, in the agreement assessment, 35 reached the cut-off point, and 32 reached Content Validity Index higher than 0.80. In the general analysis of this index, the indicator plan obtained the score 0.86, considered validated in its content because it exceeded the cutoff point of the 0.80. It is concluded that the indicators plan has the agreement, pertinence and clarity necessary for its use in the Brazilian municipalities, however, it is necessary to continue its improvement in the phases subsequent to its validation.*

KEYWORDS *Validation. Health evaluation. Public policy. Ethnic minority health.*

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (Uefs) – Feira de Santana (BA), Brasil.
tosbahia@gmail.com

Introdução

Na tentativa de diminuir as iniquidades raciais em saúde no Brasil, em 2009, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como resultado da ação de diversos movimentos sociais negros, que buscavam garantir a atenção à saúde, fundamentados no princípio da equidade¹.

As políticas de saúde devem ter, além de diretrizes e princípios sólidos para a sua efetivação, os meios para a mensuração de sua aplicação e uso nos serviços de saúde. Para tanto, é necessária a formulação de indicadores de saúde, que avaliem resultados, processos e impactos decorrentes das ações implementadas². No entanto, este fato não é observado em relação à PNSIPN, dado que, ao realizar o balanço do estado da arte, não foram encontrados estudos que apresentassem proposta de avaliação da referida política.

A avaliação se fundamenta no processo de informação para a tomada de decisão. Na busca por estratégias para uma avaliação sistemática, processual e contínua, a utilização de indicadores de saúde se apresenta como uma das alternativas viáveis, tanto para os gestores como para os demais executores do plano de ação^{2,3}.

A validade de conteúdo consiste no exame sistemático do conteúdo instrumental para assegurar que os itens/indicadores, de fato, representem o construto em estudo, e se todos os aspectos fundamentais da área a ser avaliada estarão adequadamente representados pelos indicadores elaborados⁴. Na definição de indicadores que atendam às diferenças regionais brasileiras, considerando pertinência, clareza e factibilidade, a validação se apresenta como de fundamental importância.

A avaliação da implantação da PNSIPN, através de indicadores validados, sejam de ordem quantitativa ou qualitativa, permite captar informações relevantes sobre o objeto estudado^{5,6}. É imprescindível não apenas para a correção de rumos, mas também para subsidiar, através do desenho metodológico,

a avaliação de outras políticas públicas. No entanto, é importante destacar que toda representação traz consigo o risco de reduções e distorções, sendo o componente territorial um fundamento essencial na implementação de toda política pública, a fim de equalizar as distorções².

Assim, o objetivo do presente estudo é validar um plano de indicadores para a avaliação da implementação da PNSIPN nos municípios brasileiros.

Material e métodos

O presente estudo empregou procedimentos teóricos e metodológicos para o alcance da validade de conteúdo. Tendo sido realizado nos meses de janeiro a novembro de 2017, seguiram-se suas fases posteriores para ajustes e redefinições, até o produto final, no ano de 2019. Sendo um estudo cuja metodologia se apresenta como ponto crucial para sua fidedignidade e confiabilidade, esta é detalhada de forma a apresentar todas as etapas necessárias para a construção e validação de um plano de indicadores.

O plano de indicadores para a avaliação da implementação da PNSIPN foi desenvolvido no âmbito de uma pesquisa multicêntrica denominada 'Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo sobre as Práticas de Cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste Brasileiro', financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A validade de conteúdo geralmente é examinada de maneira subjetiva, qualitativamente, por meio de painel de juízes. Entre os critérios para a seleção dos juízes deve-se levar em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse grupo. O resultado do painel de *experts* ajuda a definir quais os indicadores que serão mantidos, revisados ou eliminados⁴.

Para isso, a construção da validação do plano de indicadores para a avaliação da implementação da PNSIPN nos municípios brasileiros

seguiu duas etapas: o desenvolvimento do plano de indicadores e o exame da validade de conteúdo do plano de indicadores.

A etapa de desenvolvimento do plano de indicadores foi realizada em duas fases, para melhor descrever a sua estrutura organizacional, sendo elas: o planejamento e a construção do questionário.

Na fase de planejamento, foram definidos o objetivo, os tipos de indicadores e o formato. Inicialmente, foi realizada uma revisão da literatura, para examinar a relevância do tema e localizar os instrumentos de avaliação usados na área. Nessa etapa, foi utilizado o modelo de indicadores sociais², que apresenta como elementos: os temas investigados (variáveis e pergunta avaliativa) e as fontes de dados (parâmetros e pontuação).

Para fundamentar a construção de um plano de indicadores capaz de avaliar a implementação da PNSIPN, Santos e Silva (2017)⁷, baseados em um projeto matriz, do qual este estudo faz parte, propõem um modelo lógico com três dimensões de análise: acesso às ações e serviços em saúde; gestão; e ensino e pesquisa.

Os indicadores foram distribuídos entre quantitativos e qualitativos. Cada indicador quantitativo foi estruturado com: número do indicador, variável de estudo, pergunta avaliativa, parâmetro, pontuação atribuída, fonte do dado e premissa. Já para os indicadores qualitativos foram atribuídos: número do indicador, variável de estudo, pergunta avaliativa, fonte do dado e premissa.

Para a construção do questionário a ser avaliado pelos juízes, o plano proposto para a validação gerou um banco com 42 indicadores, originários das oficinas com participantes do grupo de pesquisa. Foram incluídos, também, novos indicadores, formulados a partir da revisão da literatura.

A proposta das oficinas foi analisar os relatórios já produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), disponibilizados para o uso do projeto de pesquisa no momento da sua aprovação, com base no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015. Ao final, os

objetivos estratégicos de maior relevância foram eleitos pelo grande grupo, reorganizados como indicadores e alocados nas dimensões propostas no modelo lógico. Vale destacar que esta ferramenta de planejamento não é específica para o monitoramento das ações de saúde da população negra⁸.

Após triagem realizada pelos autores, foram eliminados indicadores com conteúdos similares, restando 36 que, posteriormente, foram agrupados nas seguintes dimensões: acesso às ações e aos serviços de saúde; indicadores de gestão; e indicadores de ensino e pesquisa.

Em seguida, passou-se à revisão cuidadosa da redação dos indicadores, para melhorias na clareza dos enunciados, evitando ambiguidades e garantindo que não sugerissem ou induzissem as respostas.

Para a etapa de validação do plano de indicadores, foram convidados dez especialistas, através de cartas-convite enviadas por correio eletrônico, contendo os objetivos e a justificativa do processo de validação. Todos os convidados possuíam reconhecida experiência em uma das seguintes áreas temáticas: saúde da população negra; avaliação em saúde; e validação de instrumentos de medida. E todos provinham de diferentes centros de trabalho.

O número de participantes foi calculado tendo por base a recomendação de Lynn⁹, que preconiza o mínimo de cinco e o máximo de dez, nesse processo. No total, sete especialistas aceitaram participar do estudo.

O instrumento de avaliação foi disponibilizado eletronicamente pelo Google Planilhas, composto por 36 indicadores, que distribuídos nas três dimensões do plano, foram avaliados seguindo os critérios de abrangência, pertinência e clareza.

A avaliação da 'Abrangência'¹⁰ consiste em verificar se os juízes concordam com a dimensão na qual o indicador foi inserido. Dessa forma, foi solicitado aos juízes que apreciassem se cada indicador estava contemplado nas respectivas dimensões apresentadas.

Em uma validação a partir da avaliação pelos conceitos de clareza e pertinência, a 'Clareza'

pretende avaliar a redação, ou seja, verificar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir; já a ‘Pertinência’ busca identificar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos^{7,11}.

Para essa análise, foi elaborado um instrumento de sistematização da avaliação requerida, contendo três questões: A – avaliação da concordância; B – avaliação da pertinência; e C – avaliação da clareza. Igualmente, foi encaminhado *link* individual para acesso on-line ao plano de indicadores, para todos os juízes.

Na questão ‘A’, para a avaliação da concordância, os juízes avaliaram as dimensões de análise do plano de indicadores, tendo duas opções de escolha: 1 – concordo; ou 2 – não concordo.

Para a análise da pertinência, na questão ‘B’, foi utilizada uma escala de 1 a 4, definida como: 1 = não pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = pertinente; e 4 = muito pertinente.

Na questão ‘C’, para a análise da clareza, foram utilizadas as alternativas: 1 = não claro; 2 = pouco claro; 3 = claro; e 4 = muito claro.

A análise da abrangência do indicador com relação à dimensão proposta no plano de indicadores ocorreu pelo percentual de concordância, utilizando a fórmula:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de juízes que concordam} \times 100}{\text{número total de juízes}}$$

Ao usar o método de concordância, a taxa aceitável como ponto de corte é de 90% entre os membros do comitê de julgamento¹⁰. No presente este estudo, foi utilizado esse critério.

A análise da pertinência e da clareza foi realizada pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Para cada indicador, foram aplicados: o IVC para a avaliação da pertinência; e o IVC para a avaliação da clareza.

Também foi calculado o IVC geral de pertinência e clareza, para o plano de indicadores como um todo. Para essa avaliação, foi utilizada a fórmula:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “3” ou “4”}}{\text{número total de respostas}}$$

O IVC mede a proporção de aquiescência dos juízes com relação ao aspecto avaliado. Recomenda-se que este alcance o mínimo de 0,75, para que sejam considerados o indicador e o instrumento válido¹⁰. Para este estudo, foi utilizado o ponto de corte de IVC de 0,8, cumprindo, assim, o critério estabelecido na literatura^{11,12}.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2016, sendo os indicadores analisados individualmente para cada categoria de análise, por leitura reflexiva e estatística descritiva.

Após a análise das respostas e dos comentários dos juízes, os indicadores que apresentaram IVC abaixo do ponto de corte foram reformulados, excluídos ou complementados.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (Uefs), sob o registro Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 48607315.6.1001.0053, em 24 de fevereiro de 2016, sob o parecer nº 1.423.346. Para contemplar as especificidades da metodologia de validação de conteúdo foi feito aditivo, em atendimento à Resolução nº 466/2012, com parecer aprovado em 19 de junho de 2017, sob o nº 2.124.018. Foram encaminhados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por via eletrônica, para os especialistas que concordaram em participar do estudo.

Resultados

Na análise da concordância, que avaliou a relação estabelecida entre o indicador e sua dimensão, dos 36 indicadores avaliados, apenas 1 apresentou percentual de concordância abaixo do ponto de corte, ficando assim distribuídos entre as dimensões: 26 indicadores analisados na dimensão de ‘Acesso às ações e aos serviços de saúde’ com percentual de concordância

acima do ponto de corte e 1 com percentual de 71,4%. Todos os indicadores das dimensões de 'Gestão' e de 'Ensino e pesquisa' obtiveram 100% de concordância.

Considerando os critérios de pertinência e clareza dos 36 indicadores submetidos à validação, 12 apresentaram IVC<0,8. Com relação aos critérios de avaliação, quatro apresentaram IVC baixo pelo critério pertinência, seis pelo

critério clareza e dois pelos critérios pertinência e clareza, simultaneamente. Na avaliação geral, o plano de indicadores obteve IVC 0,86, tendo apenas um juiz atribuído IVC abaixo do ponto de corte.

O quadro 1 apresenta os indicadores com IVC<0,8, contendo as sugestões dos juízes e as modificações realizadas.

Quadro 1. Indicadores com IVC<0,8, sugestões dos juízes e modificações realizadas. Feira de Santana (BA), Brasil, 2019

Nº	Indicador	IVC		Sugestões dos juízes	Modificações realizadas no indicador
		Pertinência	Clareza		
1.1.1	Ações de prevenção de mortalidade materna (pré-natal de risco) implantadas	0,86	0,57	Adequar indicador e pergunta avaliativa para número de consultas	% de consultas de pré-natal nas mulheres negras
1.1.2	Existência de leitos de UTI para emergências obstétricas	0,67	1	Indicador inespecífico e de baixa aplicabilidade nos municípios	Indicador excluído
1.1.3	Existência de leitos para UTI neonatal	0,57	1	Indicador inespecífico e de baixa aplicabilidade nos municípios	Indicador excluído
1.1.4	Percentual de cobertura de Caps, residências terapêuticas e leitos psiquiátricos adultos	0,57	0,57	Padronizar os indicadores de cobertura, ao invés de percentual de cobertura; e desagregar dados, dando mais especificidade ao indicador e à pergunta avaliativa	Nº de atendimento da população negra nos Caps
1.1.4	Implantação de instância de promoção da equidade em saúde	0,86	0,43	Tornar o indicador mais específico; e incluir instância de promoção da equidade ativa na pergunta avaliativa	Existência de instância de promoção da equidade em saúde ativa no município
1.1.43	Acesso a imunobiológicos especiais	0,86	0,57	Especificar percentual de pessoas com doença falciforme com acesso aos imunobiológicos, dada a sua importância para este público	Acesso da população negra com doença falciforme aos imunobiológicos especiais
1.2.1	Implantação da Rede Cegonha	0,86	0,43	Inserir o quesito raça/cor e tornar o indicador mais específico	Implantação da Rede Cegonha, atendendo às especificidades das mulheres negras
1.2.2	Acesso da população negra a serviços de qualidade	0,57	0,57	Tornar o indicador mais específico, considerando as propostas discutidas no Conselho Municipal de Saúde	Nº de projetos ou planos de ação em saúde que contemplem as especificidades da população negra discutidos no Conselho Municipal de Saúde
1.2.3	Comitê de mortalidade materna realizando as investigações	0,71	0,86	Reorganizar o indicador e a pergunta avaliativa	Indicador excluído
1.2.4	Implantação do controle das violências domésticas, sexuais e outras violências, estratificadas pelo quesito raça/cor	1	0,71	Melhorar a descrição e reformular o indicador	Existência de rede de apoio às mulheres vítimas de violências domésticas, sexuais e outras violências, com registros estratificados pelo quesito raça/cor

Quadro 1. (cont.)

Nº	Indicador	IVC		Sugestões dos juízes	Modificações realizadas no indicador
		Pertinência	Clareza		
2.1.2	Representantes de entidades negras como conselheiros de saúde	0,67	1	Tornar o indicador mais específico	% de representantes de entidades negras no Conselho Municipal de Saúde
3.1.1	Existência da abordagem étnico-racial nos processos de formação das instituições públicas de ensino superior	1	0,71	O indicador deve se direcionar à abordagem de conteúdos e não à formulação de componente e grade curricular	% de cursos de graduação e pós-graduação das instituições públicas de ensino superior com presença de componentes curriculares que abordem a questão étnico-racial nos processos de formação

Fonte: Elaboração própria.

Após a análise dos indicadores que ficaram abaixo dos pontos de corte, e considerando os comentários dos juízes para todos os indicadores, o plano de indicadores validado foi estruturado de acordo com o *quadro 2*.

Quadro 2. Plano de indicadores após validação. Feira de Santana (BA), Brasil, 2019

1.	DIMENSÃO: ACESSO ÀS AÇÕES E AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
1.1.	Indicadores quantitativos
1.1.1	% de consultas de pré-natal nas mulheres negras
1.1.2	Nº de consultas de pré-natal de alto risco como ações de prevenção à mortalidade materna
1.1.3	% de cobertura com a vacina pentavalente em crianças de comunidades quilombolas
1.1.4	% de investigação dos óbitos maternos em mulheres negras, pelo comitê de mortalidade materna
1.1.5	Razão da mortalidade por doenças diarreicas e pneumonia na população negra na infância
1.1.6	Nº de atendimento da população negra nos Caps
1.1.7	% de implantação da Vigilância da Violência e Acidentes (Viva)
1.1.8	Nº mensal de crianças com doença falciforme acompanhadas regularmente em serviço especializado
1.1.9	% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas comunidades quilombolas
1.1.10	Nº de ações educativas em saúde desenvolvidas em comunidades tradicionais de matriz africana
1.1.11	% de pessoas negras com doenças crônicas atendidas nos serviços de saúde
1.1.12	% de populações tradicionais de matriz africana do município monitoradas pela Atenção Básica
1.2.	Indicadores qualitativos
1.2.1	Implantação da Rede Cegonha, atendendo às especificidades das mulheres negras
1.2.2	Estruturação da rede municipal de atenção integral às mulheres negras
1.2.3	Estruturação da rede de apoio a crianças negras
1.2.4	Existência de rede de apoio às violências domésticas, sexuais e outras violências, com registros estratificados pelo quesito raça/cor
1.2.5	Unidades de Básicas de Saúde com atendimento às pessoas com doença falciforme
1.2.6	Acesso da população negra com doença falciforme aos imunobiológicos especiais
1.2.7	Estruturação da RAS do idoso negro

Quadro 2. (cont.)

1.2.8	Estruturação da rede de apoio aos homens negros
1.2.9	Estruturação da rede de apoio à população negra LGBTI
1.2.10	Estruturação da rede de apoio às pessoas negras privadas de liberdade
2.	DIMENSÃO: GESTÃO
2.1.	Indicadores quantitativos
2.1.1	Nº de capacitações ofertadas para os trabalhadores de saúde no período estudado
2.1.2	% de representantes de entidades negras no Conselho Municipal de Saúde
2.1.3	Nº de projetos ou planos de ação em saúde, que contemplem as especificidades da população negra, discutidos no Conselho Municipal de Saúde
2.1.4	% de cumprimento das propostas incluídas no Plano Municipal de Saúde para atenção à saúde da população negra
2.1.5	% de recursos financeiros disponibilizados para a implementação da PNSIPN
2.2.	Indicadores qualitativos
2.2.1	Preenchimento do quesito raça/cor em todos os instrumentos utilizados para a alimentação dos sistemas de informação das secretarias municipais de saúde
2.2.2	Existência de instância de promoção da equidade em saúde ativa no município
3.	DIMENSÃO: ENSINO E PESQUISA
3.1.	Indicadores quantitativos
3.1.1	% de cursos de graduação e pós-graduação das instituições públicas de ensino superior com presença de componentes curriculares que abordem a questão étnico-racial nos processos de formação
3.1.2	Nº de produções científica sobre a saúde da população negra
3.2.	Indicadores qualitativos
3.2.1	Produção de projetos de intervenção sobre a saúde da população negra

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Diversas abordagens investigativas da validade encontram-se na literatura, tais como: validade de construto, validade de conteúdo, validade de critério e validade aparente, entre outras¹³. Entretanto, para esse objeto de estudo, foi adotada a validade de conteúdo, que busca avaliar sistematicamente se o instrumento utilizado cumpre com o objetivo de uma avaliação detalhada sobre o nível de implantação proposto na PNSIPN^{13,14}.

Considerando o valor abaixo do ponto de corte estabelecido para o critério de concordância, apenas o indicador ‘Implantação de instância de promoção da equidade em saúde’ apresentou taxa abaixo de 90%, e, acatando

as sugestões dos juízes, foi transferido para a dimensão ‘Gestão’.

As instâncias de promoção da equidade em saúde têm fundamental importância, ao assumirem o papel de promotoras e impulsoras da discussão sobre as desigualdades sociais existentes entre brancos e negros na sociedade brasileira, que, por vezes, não são consideradas quando se implementam políticas e programas de saúde.

O indicador ‘Ações de prevenção da mortalidade materna (pré-natal de alto risco) implantadas’ apresentou IVC 0,71, ou seja, ficou abaixo do ponto de corte relativo ao critério pertinência, sendo acatada a sugestão de adequá-lo, bem como à pergunta avaliativa, ao número de consultas. Essa alteração

permitiu ao indicador uma maior factibilidade, pois o tornou mais objetivo, evidenciando a consulta de pré-natal como uma das ações de prevenção da mortalidade oferecidas à mulher no período gravídico.

Os indicadores ‘Existência de leitos de unidade de terapia intensiva para emergências obstétricas’ e ‘Existência de leitos para unidade de terapia intensiva neonatal’, com IVC 0,67 e 0,57, respectivamente, foram excluídos já que, pela avaliação dos juízes, se mostraram inespecíficos e de baixa aplicabilidade na grande maioria dos municípios brasileiros. Conforme censo da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib) de 2016, os 41.741 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do País estavam concentrados em apenas 521 municípios, abrangendo somente 15% do total de municípios brasileiros. Portanto, esses indicadores não seriam relevantes para avaliar a implementação da PNSIPN.

O ‘Percentual de cobertura de Caps, residências terapêuticas e leitos psiquiátricos adultos’ apresentou IVC 0,57 para os critérios pertinência e clareza. Conforme sugestão dos juízes, esse indicador foi renomeado como ‘Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps)’, enquanto parâmetro para a avaliação da oferta de serviços dessa especialidade. Os Caps assumem grande importância nas atuais práticas em saúde mental, pois se propõem a reestruturar as relações entre usuários, equipe, família e comunidade¹⁵.

Já o indicador ‘Implantação de instância de promoção da equidade em saúde’ apresentou IVC 0,43 no critério clareza. No entanto, foi mantido, acatando a sugestão de transformá-lo em um indicador de abordagem qualitativa, tendo sido refeita a pergunta avaliativa e considerada a mudança de abordagem. Assim, esse indicador foi transferido para a dimensão ‘Gestão’.

Na análise do indicador ‘Acesso a imunobiológicos especiais’, os juízes atribuíram IVC 0,57 ao critério clareza, sinalizando a sua falta de especificidade e sugerindo o recorte de um segmento mensurável da população negra,

possibilitando a quantificação desse indicador. Assim, ele foi reformulado para cumprir com a responsabilidade de avaliar o acesso da população negra com doença falciforme aos imunobiológicos especiais. A pessoa com esta doença necessita receber todas as vacinas recomendadas no calendário de vacinação e requer outras adicionais, como a vacina contra o pneumococo, a meningite e o vírus influenza, as quais são classificadas como imunobiológicos especiais¹⁶.

O indicador ‘Implantação da Rede Cegonha’ recebeu IVC 0,43 no critério clareza, e os juízes sugeriram inserir o quesito raça/cor para torná-lo mais específico. Dessa forma, o indicador foi mantido, com destaque para a avaliação das especificidades das mulheres negras, ficando ‘Implantação da Rede Cegonha atendendo as especificidades das mulheres negras’. A Rede Cegonha foi implementada pelo governo federal na perspectiva de proporcionar à saúde da mulher e da criança melhores acesso, acolhimento e resolutividade, bem como de reduzir as mortalidades materna e infantil¹⁵. Realmente, considerando que são as mulheres e crianças negras as que mais morrem por causas maternas e infantis no Brasil, é imprescindível o registro da variável raça/cor para o monitoramento de tais eventos.

Para o indicador ‘Acesso da população negra a serviços de qualidade’, os juízes atribuíram IVC 0,57 para o critério pertinência e clareza. E, seguindo as sugestões de modificar o termo ‘serviço de qualidade’, o indicador assumiu a perspectiva de avaliar as propostas votadas nos Conselhos Municipais de Saúde, o que, após análise, pode apontar a necessidade de reestruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou até mesmo de aumentar o número de projetos que alcancem essa população.

Na avaliação do critério pertinência, o indicador ‘Comitê de mortalidade materna realizando as investigações’ recebeu IVC 0,71. No entanto, após análise, decidiu-se por sua exclusão, uma vez que não possui a especificidade necessária, e por já estar contemplado em outros indicadores do plano.

O indicador 'Implantação do controle das violências domésticas, sexuais e outras violências, estratificadas pelo quesito raça/cor' recebeu IVC 0,71 no critério clareza. Por se tratar de um indicador qualitativo, decidiu-se por alterá-lo para 'Existência de rede de apoio às mulheres vítimas de violências domésticas, sexuais e outras violências', também modificando a pergunta avaliativa, de forma a permitir uma análise das ações realizadas pelo município na perspectiva de fortalecer o apoio às vítimas dessas violências. O processo de desigualdade no qual as violências ocorrem é fator determinante para a instalação de enfermidades, como as infecções sexualmente transmissíveis, a síndrome da imunodeficiência adquirida, as doenças psicológicas e o agravamento de outras patologias, que refletem diretamente nas taxas de mortalidade da população negra.

Já o indicador 'Representantes de entidades negras como conselheiros de saúde' teve IVC 0,67 no critério pertinência, com sugestão dos juízes de torná-lo mais específico. Julgou-se necessário manter apenas o termo 'Representantes de entidades negras nos conselhos municipais de saúde', alterando a pergunta avaliativa de 'quantos representantes' para 'existência de representantes', na perspectiva de que este segmento da sociedade faça a diferença no momento de eleger projetos e propostas para ações direcionadas e específicas à população negra, efetivando o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Os atores sociais são pessoas envolvidas na construção de políticas públicas dotadas da responsabilidade de colocar em movimento as forças sociais¹⁷.

O indicador 'Existência da abordagem étnico-racial nos processos de formação das instituições públicas de ensino superior' obteve IVC 0,71 para o critério clareza. E atendendo às sugestões dos juízes, a pergunta avaliativa foi alterada, substituindo termos como 'componentes e grade curricular' por 'processo de formação', e reformulando o indicador na busca por uma avaliação da discussão sobre

a saúde da população negra nos componentes curriculares das instituições públicas de ensino superior. Este indicador avalia se os objetivos específicos da PNSIPN, de fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde, estão sendo implementados nos processos de formação dos profissionais de saúde.

Considerando as sugestões feitas pelos juízes em indicadores que atribuíram IVC > 0,8, se fez necessário realizar algumas alterações para possibilitar um melhor entendimento, facilitando o uso e a aplicabilidade do plano.

Em relação ao indicador '% de assistência pré-natal nas mulheres negras', o uso da consulta de pré-natal para a avaliação da assistência permitiu-lhe uma especificidade maior.

O indicador 'Ações de prevenção de mortalidade materna (pré-natal de risco) implantadas' foi alterado para '% de investigação dos óbitos maternos em mulheres negras, pelo comitê de mortalidade materna', por permitir a identificação das causas de morte nesse segmento, o que poderá nortear as ações de prevenção. E para cumprir a proposta do indicador, a pergunta avaliativa foi alterada, questionando se os óbitos maternos são investigados pelo comitê.

O indicador 'Vigilância do óbito infantil na população negra' foi alterado para 'Razão da mortalidade', utilizando o recorte de razão de mortalidade por doença diarreica e pneumonia, por estas se configurarem como causas evitáveis e de possível intervenção e resolutividade em todos os níveis de atenção à saúde, desde que a criança seja captada pela rede. Os óbitos evitáveis são considerados eventos sentinelas da qualidade da assistência à saúde, e o fato de acontecerem indica que houve falha na atenção à saúde¹⁸.

Já o indicador '% de pessoas negras com hipertensão, diabetes e câncer atendidas nos serviços de saúde' foi ajustado para o termo 'doenças crônicas', por assim serem definidas pelo MS e também por apresentarem causas múltiplas, com inícios graduais, de prognósticos incertos, mas com longas ou indefinidas durações, se constituindo como as maiores cargas de morbimortalidade no Brasil¹⁹.

O indicador ‘Processo decisório baseado nas diretrizes propostas no Plano Municipal de Saúde’ teve acrescido à sua pergunta avaliativa a apresentação das ações programadas no relatório anual de gestão. Com essa alteração, procurou-se destacar, nesse indicador, não só a programação de ações, mas também as ações executadas. Os conselhos gestores têm por premissa a democracia participativa²⁰. Desta forma, esse indicador busca avaliar o planejamento articulado com a ação.

Quanto ao indicador ‘Aumento da produção bibliográfica sobre a saúde da população negra’, o termo ‘produção bibliográfica’ foi substituído por ‘produção científica’, possibilitando a avaliação de outras produções. A partir das sugestões dadas pelos juízes com relação a esse indicador, foi identificada a necessidade de elaboração de outro indicador, sensível à produção de estudos de intervenção sobre a saúde da população negra. Esses estudos, além de serem produtores de conhecimento, também oferecem contribuições para a organização do processo de trabalho dos serviços, além dos próprios serviços ofertados diretamente à população. Dessa forma, foi elaborado o indicador ‘Produção de pesquisas de intervenção sobre saúde da população negra’.

Diante dos dados apresentados, o plano de indicadores foi validado pelo método de concordância⁷, tendo em vista que o instrumento alcançou pontuação superior a 90% nesse quesito, entre os membros do comitê de julgamento.

Considerando as três dimensões de análise, o plano validado ficou constituído por 32 indicadores, sendo: 22 na dimensão ‘Acesso às ações e serviços de saúde’, com 12 quantitativos e 10 qualitativos; 7 na dimensão ‘Gestão’, com 5 quantitativos e 2 qualitativos; e 3 na dimensão ‘Ensino e pesquisa’, com 2 quantitativos e 1 qualitativo.

Com relação ao IVC de pertinência e clareza, alguns autores^{9,10} preconizam o valor mínimo de 0,75. Para este estudo, foi utilizado como ponto de corte o IVC > 0,8. Os resultados apontam para o IVC geral de 0,86, o que ratifica a validação por esses critérios.

Conforme a sua proposta original, este plano de indicador, já validado, será testado a partir de estudos de casos que serão realizados conforme previsto no projeto maior, do qual o presente estudo faz parte.

Considerações finais

O plano de indicadores para a avaliação da implantação da PNSIPN apresentou, por meio da avaliação dos especialistas, a pertinência e a clareza necessárias para a sua utilização nos municípios brasileiros. Entretanto, alguns indicadores foram alterados, para melhor adequá-los.

Este estudo validou o conteúdo do plano de indicadores proposto e poderá contribuir para a utilização de tais indicadores com maior confiabilidade e fidedignidade. Assim, subsidiará os passos de testagem por estudos de casos.

As limitações do presente estudo correspondem à realização da validação apenas do conteúdo, podendo este ainda ser submetido a outras formas de validação.

É importante salientar que todos os pontos de cortes previstos foram alcançados, porém poderiam ter sido ampliados, uma vez que as sugestões dos juízes foram acatadas. Desta forma, a necessidade de continuidade de aperfeiçoamento e aplicação deste instrumento é evidente, pois o presente estudo faz parte da etapa inicial da avaliação da implantação dessa Política nos municípios brasileiros.

Espera-se que este estudo também contribua para o estado da arte no tocante à validação de conteúdo de instrumentos de avaliação.

Colaboradores

Silva TO (0000-0001-9937-9150)*, Araújo EM (0000-0003-1643-2054)*, Freitas KS (0000-0002-0491-6759)* e Silva SSB (0000-0001-5681-7894)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Chehuen NJA, Fonseca GM, Brum IV, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2015 dez 10]; 20(6):1909-1916. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601909&lng=en.
2. Jannuzzi PM. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *Rev Serv Púb.* 2002 [acesso em 2015 dez 10]; 36(1):51-72. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6427>.
3. Mark MM, Henry GT. The mechanisms and outcomes of evaluation influence. *Evaluation.* 2004; (10):35-57.
4. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani C. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(3):925-936.
5. Uchoa CE. Elaboração de indicadores de desempenho institucional. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública/DDG. 2013 [acesso em 2021 jan 6]; 36. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2403/1/Elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20indicadores%20de%20desempenho_apostila%20exerc%C3%ADcios.pdf.
6. Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo. Rio de Janeiro: IPEA; 2009. (Texto para discussão). [acesso em 2021 fev 6]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/123456789/136>.
7. Santos SBS, Silva FMR. Implantação da política nacional de saúde integral da população negra: um estudo de avaliabilidade. XXI Seminário de Iniciação Científica. Universidade Estadual de Feira de Santana, BA; 2017 out 8; Feira de Santana. Feira de Santana: UEFS; 2017. p. 21-25. [acesso em 2015 dez 10]. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/2663/2020>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015. 2013. [acesso em 2018 maio 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf.
9. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986; 35(6):382-385.
10. Tilden VP, Nelson CA, May BA. Use of qualitative methods to enhance content validity. *Nurs Res.* 1990 [acesso em 2018 maio 5]; 39(3):172-175. Disponível em <https://psycnet.apa.org/record/1990-27272-001>.
11. Thorn D, Deitz J. Examining content validity through the use of content experts. *OTJR.* 1989 [acesso em 2018 maio 5]; 9(6):334-45. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/153944928900900602>.
12. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *ResIn Nurs & Health.* 2006; 29:489-497.
13. Erthal TC. Manual de psicometria. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.
14. Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. Análise Multivariada de Dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
15. Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde debate.* 2014 [acesso em 2018 mar 19]; 38(101):368-378. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200368&lng=en.
16. Braga JAP. Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2007; 3(29):233-238.

17. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 1995.
18. Nascimento SGN, Oliveira CM, Sposito V, et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(2):208-12.
19. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública.* 2012 [acesso em 2015 dez 10]; 46(supl):126-134. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en.
20. 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.

Recebido em 03/08/2020

Aprovado em 23/02/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Código de financiamento CNPq/MS/SCTIE/Decit/SGEP/Dagep N° 21/2014

Elaboração e validação de um instrumento para mensurar Autopercepção de Saúde em adultos

Development and validation of an instrument to measure Self-Perceived Health in adults

Samuel Mattos¹, Thereza Moreira¹, Raquel Florêncio¹, Virna Cestari¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112909

RESUMO Elaborar um instrumento para mensurar a Autopercepção de Saúde (APS) em adultos e sua validação por especialistas. Estudo metodológico composto de duas fases: a primeira foi a elaboração do instrumento, a partir de revisão da literatura; a segunda, de validação de conteúdo, mediante a avaliação do instrumento por nove especialistas, profissionais da saúde. Para análise, calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC \geq 0,78), o teste binomial ($p>0,05$) e o coeficiente Kappa (\geq 0,61). Inicialmente, o instrumento foi composto por 25 itens, dispostos em três dimensões. Um item foi eliminado (IVC=0,56) e três perguntas foram adicionadas por sugestão dos especialistas. Ao final, o instrumento foi organizado em 26 itens divididos em três dimensões. O IVC total do instrumento foi de 0,84 e Kappa igual a 0,83. O instrumento apresentou IVC satisfatório e apto para análise semântica e posterior validação externa.

PALAVRAS-CHAVE Autoimagem. Psicometria. Estudo de validação. Adulto.

ABSTRACT *To elaborate an instrument to measure Self-Perception of Health in adults and its validation by experts. Methodological study consisting of two phases: the first was the development of the instrument from the literature review; the second was content validation, with evaluation of the instrument by nine experts, health professionals. For analysis, were calculated Content Validity Index (CVI \geq 0.78), binomial test ($p>0.05$), and Kappa coefficient (\geq 0.61). Initially, the instrument was composed of 25 items, arranged in three dimensions. One item was eliminated (CVI = 0.56) and three questions were added suggested by the experts. At the end, the instrument was organized into 26 items divided into three dimensions. The total CVI of the instrument was 0.84 and Kappa equal to 0.83. The instrument showed satisfactory content validity which ensured its reliability for the external validation.*

KEYWORDS *Self concept. Psychometrics. Validation study. Adult.*

¹Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil.
profsamuelmattos@gmail.com



Introdução

A avaliação da Autopercepção de Saúde (APS) é uma medida do estado de saúde geral, sendo considerada um excelente preditor de mortalidade na população. Indivíduos que afirmam ter boa saúde apresentam maiores chances de estarem saudáveis, enquanto aqueles que classificam sua saúde como ruim ou péssima têm predisposição à morte ou à baixa qualidade de vida¹.

Além dessas questões, a avaliação da APS é comumente adotada em pesquisas de base populacional pela facilidade de aplicação². No entanto, os instrumentos disponíveis para mensurar a APS focalizam em avaliá-la por meio de uma única pergunta: 'Em geral, você diria que sua saúde é?' ou 'Em comparação ao outro da mesma idade?' ou 'Em comparação ao ano anterior, como você avalia sua saúde?' com cinco opções de resposta estilo Likert (1- Excelente; 2- Muito boa; 3- Boa; 4- Ruim; 5- Muito ruim)²⁻⁶.

Dessa forma, verifica-se que o modo como a avaliação da APS acontece poderia ser incrementado para minimizar possíveis limitações nas predições de situações de saúde, já que a APS é complexa e envolve dimensões da vida, como fatores físicos, mentais e sociais^{3,7,8}. Vários estudos tentam desvelar quais significados são considerados quando o sujeito avalia sua própria saúde. Apesar dos esforços, ainda não há uma definição clara e objetiva⁹. Acredita-se que cada sujeito possui uma perspectiva diferente de avaliação, o que justifica a relevância em buscar uma melhor compreensão acerca desse conceito⁹⁻¹¹.

Sabe-se que a APS é um forte indicador para elaboração de estratégias de promoção e prevenção da saúde e no desenvolvimento de políticas públicas para o combate aos agravos à saúde¹². Além disso, favorece diagnóstico para criação de ações no enfrentamento à saúde, destacando-se nas redes de atenção e em diferentes contextos.

Ao longo da vida, a situação de saúde pode ser modificada, em especial na população

adulta, pois está exposta a diferentes mudanças, como: trabalho, família, estudo e hábitos de saúde^{1,13}. A percepção que as pessoas têm sobre sua saúde também são dinâmicas e acompanham essas transformações. Dessa maneira, há a necessidade da utilização de instrumentos válidos e confiáveis que abordem as dimensões variadas desse conceito, de modo que seja identificado com maior sensibilidade e especificidade.

Acredita-se que, para melhor avaliação, necessita-se conhecer as dimensões da APS e pensar em outras formas de avaliá-la. Nessa serea, o objetivo deste trabalho foi elaborar um instrumento para avaliação da APS em adultos e sua validação por especialistas.

Material e métodos

Trata-se de um estudo metodológico delineado com base no conteúdo teórico sobre APS e nas recomendações para criação de itens contidas no polo teórico da Psicometria^{14,15}. O polo teórico é definido como a dimensionalidade do construto, estabelecendo as definições constitutivas e operacionais, sendo finalizado com a validação de conteúdo e elaboração dos itens^{14,16}.

Para a compreensão do construto, realizou-se uma revisão de escopo na literatura para o mapeamento de instrumentos que mensurassem a APS em adultos (18-65 anos), além de identificar suas características constitutivas e operacionais¹⁷. Sendo assim, tornou-se possível o delineamento desse construto a partir de um fenômeno complexo em três dimensões: biológica, psicossocial e social.

Inicialmente, foram identificadas as dimensões constitutivas dos elementos que compuseram a APS, seguido da elaboração das definições operacionais.

A construção das dimensões operacionais é a transformação do abstrato para o concreto, caracterizando-a como fase em que se fundamenta a validade do instrumento. A partir da elucidação das dimensões operacionais, foram

desenvolvidos os itens do instrumento piloto de avaliação do traço latente APS¹⁶.

Assim, foram elaboradas 25 definições operacionais, sendo 12 da dimensão biológica, 6 da psicossocial e 7 da social. Após construído o banco de itens, este foi enviado a um comitê de especialistas na área da saúde, para verificar sua validade de conteúdo.

Utilizou-se como critério de escolha dos especialistas a classificação do sistema de *experts* proposto por Jasper¹⁸, no qual os especialistas devem possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste específico para identificar *experts*; possuir classificação alta atribuída por uma autoridade. Foram selecionados os especialistas que atenderam a, pelo menos, dois dos critérios descritos.

Realizou-se uma busca nos bancos de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) via Plataforma Lattes para a localização dos possíveis especialistas para compor a amostra no período de setembro e outubro de 2019. Nesse banco de dados, procedeu-se uma busca eletrônica com os descritores 'autopercepção de saúde' e 'estudo metodológico', resultando em 83 especialistas. Foi adotada, também, a técnica bola de neve para indicação de novos especialistas por meio daqueles que haviam respondido à carta convite, inicialmente sendo indicados mais três.

Foi realizado contato via *e-mail* com 89 especialistas, sendo anexada à carta convite com as respectivas informações da pesquisa e suas atribuições no estudo. Depois do aceite, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e dois instrumentos de coleta de dados: 1) questionário de caracterização dos especialistas (caracterização sociodemográfica e acadêmica) e 2) primeira versão do instrumento de mensuração da APS, para validação do conteúdo.

Ao final, nove especialistas responderam e analisaram a validade do instrumento, atendendo ao que preconiza Pasquali¹⁶, quando

recomenda um quantitativo de especialistas entre 6 a 20 especialistas.

A avaliação dos especialistas sobre a pertinência dos itens como fenômeno de investigação deu-se via uma escala categórica ordinal de quatro pontos: 1) Não é indicativa(o); 2) Muito pouco indicativa(o); 3) Consideravelmente indicativa(o) e 4) MUITÍSSIMA(o) indicativa(o). Foram disponibilizados dez dias para a devolução do material respondido¹⁸⁻²⁰.

Após a avaliação dos especialistas, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada um dos itens, com objetivo de determinar o nível de concordância entre os especialistas. Cada definição foi analisada individualmente e em conjunto¹⁵.

Para que o IVC das definições constitutivas e operacionais, dos itens e do instrumento fosse considerado excelente, estes deveriam atingir $IVC \geq 0,75$ individualmente. Quando analisado de forma conjunta, a média de IVC deveria ser $\geq 0,90$ ou superior. Considerou-se o seguinte padrão de avaliação: $IVC \geq 0,75$ excelente; IVC entre 0,72 a 0,74 bom, 0,60 e 0,71 regular, e $IVC < 0,59$ ruim. Foram eliminados do painel de itens aqueles que obtiveram IVC ruim¹⁵. Após a eliminação dos itens ruins, o IVC total foi recalculado com base no mesmo critério adotado. Analisou-se a concordância da avaliação dos itens na avaliação dos juízes, utilizando-se o Kappa, com a seguinte classificação: concordância excelente (0,81 a 1,0); moderada (0,61 a 0,80); fraca (0,41 a 0,60); leve (0,40 a 0,21) e desprezível (0,20 a 0,00).

Os dados foram processados no International Business Machines Statistics Package Social Science versão 23.0 (IBM SPSS 23.0), no qual obtiveram os índices de todas as variáveis. Foi realizado o teste exato de distribuição binomial para pequenas amostras, sendo considerado p-valor maior que 0,05 e proporção de 0,75 para concordância de resposta entre os juízes em relação à avaliação do instrumento.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (nº 3.292.225), em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A princípio, verificou-se a caracterização dos especialistas, sendo a grande maioria (66,7%) do sexo feminino, com média de idade de 33 (± 9) anos, residindo predominantemente na região Nordeste (55,6%), seguido das regiões do Sul (22,2%) e Sudeste (22,2%).

Em relação à formação acadêmica, a grande maioria realizou graduação na área da saúde (88,9%) e todos possuíam pós-graduação *stricto sensu*, sendo (66,7%) com o título de Doutor e (33,3%) com o grau de Mestre. Evidenciou-se que o tempo de prática profissional foi de 5 a 10 anos (44,4%), enquanto o cargo profissional

em exercício (55,6%) foi de pesquisador. Acrescenta-se que a experiência dos especialistas foi de 88,9% para construção e validação de materiais na área da saúde. No tocante à produção científica, 55,6% possuíam pesquisas ou publicações sobre APS.

Para validação de conteúdo das definições constitutivas, foi realizada análise da literatura, resultando em um conceito amplo que envolveu três dimensões biológica, psicossocial e social. Após a definição do conceito da APS, definiram-se as dimensões constitutivas do construto 'Avaliação da Autopercepção de Saúde em Adultos', para avaliação dos especialistas. A *tabela 1* apresenta o conceito, dimensões, definições constitutivas.

Tabela 1. Dimensionalidade teórica, definições constitutivas e operacionais da APS em adultos

Conceito adotado	IVC ^{co}	p-valor ^a	Kappa
<i>Autopercepção de Saúde</i> representa um reflexo da percepção integrada do indivíduo, incluindo as dimensões biológica, psicossocial e social. (BRUIN; PICALET; NOSSIKOV, 1996).	1,00	0,075	0,91
Dimensionalidade teórica e definições constitutivas	IVC	p-valor ^a	Kappa
Biológica Representa a percepção das características naturais ou modificadas do indivíduo a partir do seu estado fisiológico.	1,00	0,075	
Psicossocial Representa a percepção da interação entre saúde mental, relações sociais e crença religiosa. É a percepção do sujeito com a família e comunidade no qual está inserida.	0,89	0,000	0,70
Social É a percepção do sujeito com a família e a comunidade no qual está inserida.	0,89	0,000	
IVC total	0,93	-	-
Definições operacionais	IVC	p-valor ^a	Kappa
Autoavaliação da saúde geral	0,89	0,001	
Autoavaliação da saúde mental	0,89	0,001	0,64
Autoavaliação do ambiente	0,78	0,010	
IVC total	0,85	-	-

Fonte: Elaboração própria.

IVC^{co}: Índice de Validação de Conteúdo do Conceito adotado; IVC: Índice de Validação de Conteúdo; p-valor^a: Significância estatística pelo Teste Binomial e Kappa.

O conceito adotado para a construção do instrumento de medida apresentou IVC excelente (1,00) na avaliação pelos especialistas ($p=0,075$). Observou-se que a dimensionalidade teórica delineada e suas definições constitutivas apresentaram IVC satisfatórios ($\geq 0,78$), indicando que a APS apresenta dimensões interligadas e indissociáveis.

Apesar do IVC excelente e o teste binomial significativo, os especialistas ainda recomendaram alterações, como a junção das dimensões psicossocial e social, as quais foram acatadas.

Ainda, quanto ao índice Kappa, o valor do conceito adotado foi de 0,91, considerado concordância excelente. A dimensionalidade teórica e definições constitutivas tiveram valores variando entre 0,61 (moderada) a 0,88 (excelente) (média = 0,70) e as definições operacionais entre 0,53 (fraca) a 0,71 (moderada) (média = 0,64).

A validação dos itens foi avaliada da seguinte forma: 1) Concordo totalmente; 2) Concordo; 3) Indeciso; 4) Discordo; e 5) Discordo totalmente. Quanto melhor a APS, mais próxima do concordo totalmente, de acordo com a *tabela 2*.

Tabela 2. Índice de Validade de Conteúdo, critérios de amplitude e equilíbrio do instrumento construído dos itens do traço latente 'Autopercepção de Saúde em adultos'

Dimensões e Itens	IVC	p-valor ^a	Kappa
Biológica	0,86	-	
1. Percebo minha alimentação como saudável.	1,00	0,075	
2. Percebo minha alimentação balanceada.	0,67	0,399	
3. Percebo ter boa mobilidade física.	0,89	0,300	
4. Percebo que ao andar, não sinto dor.	0,78	0,601	
5. Percebo que ao sentar, não sinto dor.	0,89	0,300	
6. Percebo que ao agachar, não sinto dor.	0,89	0,300	0,93
7. Percebo que tenho força muscular no meu cotidiano.	0,78	0,001	
8. Percebo que tenho resistência muscular no meu cotidiano.	0,67	0,010	
9. Percebo que meu corpo está em equilíbrio mental e físico.	0,89	0,000	
10. Percebo que me cuidar é relevante para manter minha saúde.	1,00	0,075	
11. Percebo que minha saúde não precisa de uso contínuo de remédios.	1,00	0,075	
12. Percebo que meu peso está adequado.	0,89	0,300	
Psicossocial	0,83	-	
13. Em geral, percebo minha saúde como positiva.	0,78	0,001	
14. Percebo minha saúde mental como boa.	0,89	0,000	
15. Percebo que minhas crenças, de modo geral, auxiliam na melhora da minha saúde.	0,78	0,001	0,76
16. Percebo minha saúde mental como positiva.	0,78	0,001	
17. Tenho uma percepção positiva da vida.	0,89	0,300	
18. Percebo ser relevante para minha saúde o controle de estresse excessivo.	0,89	0,300	
Social	0,81	-	
19. Percebo que sou saudável, pois o profissional de saúde que cuida de mim afirma isso.	0,56	0,049	
20. Percebo ter necessidade de ir à unidade de saúde para me consultar.	0,78	0,601	0,79
21. Percebo ter suporte familiar para manter minha saúde.	0,89	0,300	
22. Percebo ter suporte comunitário para manter minha saúde.	0,78	0,601	
23. Percebo ter suporte social para manter minha saúde.	0,89	0,300	

Tabela 2. (cont.)

Dimensões e Itens	IVC	p-valor ^a	Kappa
24. Percebo que minha escolaridade contribui para minha saúde.	0,89	0,300	
25. Percebo que minha renda contribui para minha saúde.	0,89	0,300	
Critério de Amplitude	1,00	0,075	
Critério de Equilíbrio	1,00	0,075	
IVC dos Itens total	0,84	-	

Fonte: Elaboração própria.

IVC dos Itens: Índice de Validade dos Itens; p-valor^a: Significância Estatística pelo Teste Binomial.

Percebe-se que, quando analisados os itens da dimensão Biológica do instrumento, o IVC obtido foi excelente nos itens 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e bom nos itens 2 e 8. Na dimensão psicossocial, todos os itens obtiveram IVC excelentes. Já na dimensão social, todos, exceto o item 19, alcançaram IVC excelente. O item 19 apresentou IVC ruim (0,56) e foi excluído do instrumento.

Dentre as dimensões, o valor de Kappa variou entre 0,76 e 0,93, com valor médio de 0,83, considerada concordância excelente entre os juízes para os itens do instrumento desenvolvido.

Alguns especialistas fizeram sugestões para melhoria do construto e dos itens do instrumento. Com relação à dimensionalidade do construto, os especialistas recomendaram a junção das dimensões Psicossocial e Social. Desse modo, obteve-se que a APS possui duas dimensões que guardam estreita relação: biológica e psicossocial.

Também houve modificações nas definições constitutivas e operacionais para uma melhor compreensão em relação à APS, como apresentado no *quadro 1*.

Quadro 1. Definições e dimensões constitutivas que sofreram alterações na avaliação de conteúdo

Antes das alterações	Após as alterações
Conceito adotado	Conceito adotado
<i>Autopercepção de Saúde</i> representa um reflexo da percepção integrada do indivíduo, incluindo as dimensões biológica, psicossocial e social ²¹ .	<i>Autopercepção de Saúde</i> representa uma avaliação que é atribuída pelo indivíduo acerca de sua própria saúde, cujo significado é construído com base na vivência e percepção de aspectos das dimensões biológica e psicossocial ²¹ .
Dimensão e definições constitutivas	Dimensão e definições constitutivas
PSICOSSOCIAL Representa a percepção da interação entre saúde mental, relações sociais e crença religiosa.	PSICOSSOCIAL Representa a percepção do sujeito com a família e ambiente social, interagindo no campo da saúde mental, relações sociais e crença.
SOCIAL É a percepção do sujeito com a família e comunidade no qual está inserida.	
Dimensão e definições operacionais	Dimensão e definições operacionais
PSICOSSOCIAL Autoavaliação da saúde mental.	PSICOSSOCIAL Autoavaliação da saúde mental, social e crença.

Fonte: Elaboração própria.

No que tange as sugestões dos especialistas sobre os itens dos instrumentos, foram recomendadas adequações textuais nos itens 2, 8, 15, 16, 21, 22, 23, 24 e 25.

Alguns especialistas aconselharam a divisão do item 9 (escrita original: ‘Percebo que meu corpo está em equilíbrio mental e físico’),

afirmando que ele avaliava aspectos diferentes (equilíbrio físico e equilíbrio mental) e, por fim, solicitaram o acréscimo de dois itens.

Após a realização dos ajustes solicitados pelos especialistas, o instrumento contou com 26 itens na sua versão final, conforme o *quadro 2*.

Quadro 2. Versão final dos itens do Questionário de Avaliação da Autopercepção em Saúde (QuAAPS)

<p>1 - Percebo minha alimentação como saudável. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>7. Percebo que tenho força muscular no meu cotidiano. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>12. Percebo que cuidar da minha mente é relevante para manter minha saúde. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>
<p>2. Percebo que minha alimentação é balanceada. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>8. Percebo que tenho resistência muscular adequada para desempenhar as atividades do meu cotidiano. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>13. Percebo que me cuidar é relevante para manter minha saúde. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>
<p>3. Percebo ter boa mobilidade física. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>9. Percebo que meu corpo está em equilíbrio mental. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>14. Percebo que minha saúde não precisa de uso contínuo de remédios. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>
<p>4. Percebo que ao andar, não sinto dor. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>10. Percebo que meu corpo está em equilíbrio físico. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>15. Percebo que meu peso está adequado. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>
<p>5. Percebo que ao sentar, não sinto dor. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>11. Percebo que cuidar do meu corpo é relevante para manter minha saúde. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>16. Em geral, percebo minha saúde como positiva. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>
<p>6. Percebo que ao agachar, não sinto dor. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>17. Percebo minha saúde mental como positiva. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	

Quadro 2. (cont.)

<p>18. Percebo que minhas crenças auxiliam na melhoria da minha saúde. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>21. Percebo ter necessidade de ir à unidade de saúde para me consultar. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>24. Percebo ser saudável, pois tenho suporte social para manter minha saúde. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>
<p>19. Tenho uma percepção positiva da vida. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>22. Percebo ser saudável, pois tenho suporte familiar para manter minha saúde. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>25. Percebo ser saudável, pois minha escolaridade contribui para minha saúde. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>
<p>20. Percebo ser relevante para minha saúde o controle de estresse excessivo. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>23. Percebo ser saudável, pois tenho suporte comunitário para manter minha saúde. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>	<p>26. Percebo ser saudável, pois minha renda contribui para minha saúde. a) Concordo totalmente. b) Concordo. c) Indeciso. d) Discordo. e) Discordo totalmente.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Inicialmente, discute-se a caracterização dos especialistas participantes; validação de conteúdo e o questionário piloto. Em relação à caracterização dos especialistas foi identificada, em relação ao sexo, que a maioria era do sexo feminino. Esse predomínio foi identificado em outros estudos que tiveram o objetivo de construção e validação de instrumentos para área da saúde^{22,23}.

Para apreciação do instrumento, recorreu-se aos profissionais com experiência na área de criação e validação de instrumentos e saúde, na perspectiva de uma avaliação mais criteriosa. Quase a totalidade era da área da saúde e todos possuíam pós-graduação *stricto sensu* e experiência na prática clínica, o que contribuiu para uma melhor compreensão e julgamento do instrumento, pois acredita-se que aliado à experiência profissional e possuir carreira acadêmica são mais críticos

na avaliação, contribuindo para a construção de um instrumento de maior qualidade^{23,24}.

Recentemente, o número de publicações na área da saúde com a finalidade de desenvolver pesquisas metodológicas tem crescido no Brasil, revelando aprimoramento²⁵.

Isso ficou evidente, neste estudo, pela experiência apresentada dos especialistas em relação à construção e à validação na produção científica na temática APS.

Assim sendo, a partir das evidências científicas, em conjunto com os especialistas selecionados, que apresentaram capacidades técnica e científica para o julgamento do instrumento, foi possível trazer o conceito do traço latente da APS em adultos, suas dimensões constitutivas e operacionais, como também a construção do banco de itens.

Constatou-se que, a partir do mapeamento da literatura, o traço latente da APS em adultos apresenta três dimensões: biológica, psicossocial e social. E suas respectivas dimensões operacionais: autoavaliação da saúde geral,

autoavaliação da saúde mental e autoavaliação do ambiente^{3,26}. No entanto, após avaliação dos especialistas, foi recomendada a junção das dimensões psicossocial e social. Logo, a versão final do instrumento foi constituída por duas dimensões.

No que diz respeito à dimensão biológica, ela emerge da necessidade de o sujeito perceber sua saúde em diferentes aspectos biológicos, como: fatores genéticos, idade e sexo^{9,25,27}. O gene do ser humano é forte preditor ao desenvolvimento ou agravamento de doenças, sendo determinado pela herança genética. Estudos têm apresentado que a genética pode favorecer estratégias de compreensão do processo saúde-doença²⁷. Portanto, a percepção do sujeito leva em consideração a sua carga genética para avaliar sua saúde²⁸.

Em relação à idade, diversas pesquisas a consideram um fator determinante na avaliação da APS¹². Percebe-se que as crianças e jovens possuem melhor avaliação, quando comparadas a adultos e idosos, o que pode ser explicado pela ocorrência de agravos que surgem no decorrer da vida¹¹. Para Tetteh et al.²⁹, a APS em pessoas mais velhas está associada a ter ou não doença, e também às condições ambientais, físicas e psicológicas. Assim, é relevante averiguar a APS no decorrer dos anos, pois apresenta-se como forte indicador do desenvolvimento de comorbidades.

Outro fator contribuinte na APS é o sexo, que possui forte associação com APS, pois sua categorização prediz possíveis ocorrências para a avaliação positiva ou negativa da saúde. Estudos apresentam que as mulheres possuem uma melhor percepção de saúde por apresentarem melhores cuidados com a saúde em comparação aos homens^{30,31}.

Essa construção permitiu a avaliação da dimensão por meio do IVC, o qual foi considerado excelente (1,00) para o aspecto biológico, denotando a correspondência dos itens à definição adotada para este estudo, assim como em outros estudos³². Já a dimensão psicossocial representa a APS do sujeito em

relação à família, ao ambiente social, à saúde mental, às relações sociais e à crença²⁶.

Essa dimensão tem o objetivo de investigar como o sujeito percebe sua saúde dentro do contexto de vivência e relações pessoais, pois diversos estudos revelam que o ambiente adequado para um estilo de vida ativo e saudável permite melhor APS^{1,3,12,27,33}. A relação do sujeito com a família e o ambiente está descrita na literatura como contribuinte para melhor APS³³, ainda assim, constata-se, que a crença na religiosidade é um fator para uma percepção mais positiva de saúde¹².

Com a definição do conceito da APS e as definições constitutivas e operacionais da dimensão biológica e psicossocial foi possível a construção do instrumento para a avaliação da APS, seguindo as recomendações propostas para tal criação¹⁴. Após avaliação do instrumento pelos especialistas observou-se que cada dimensão e seus itens tiveram reconhecida sua validade quanto ao conteúdo. Esse resultado demonstra que o processo de desvelar as dimensões e suas definições operacionais foi fundado em sólido conhecimento, compilado a partir de estudos, possibilitando confirmar a estrutura do traço latente.

Quando analisados os itens de forma separada, o item 19 'Percebo que sou saudável, pois o profissional de saúde que cuida de mim afirma isso', foi excluído por obter baixo IVC, o que pode ser atribuído pelo item apresentar o julgamento da saúde do usuário segundo a percepção do profissional de saúde. Considera-se o julgamento do profissional relevante para a percepção do paciente³⁴.

Após a sugestão dos especialistas em relação aos enunciados e à validação de conteúdo com IVC e teste binomial, chegou-se a um instrumento piloto com 26 itens, divididos em duas dimensões: biológica e psicossocial.

Este estudo apresentou algumas limitações, dentre elas a não identificação do conceito da APS mais aprofundada e completa, pois, na grande maioria dos estudos,

observou-se um conceito fragmentado. Ademais, os instrumentos disponíveis que

avaliavam somente a APS eram poucos e, ainda assim, não compreendiam sua complexidade e amplitude.

Como recomendações para futuras pesquisas na área, sugere-se as validações semântica e externa do instrumento e a análise dos fatores intervenientes na APS em todas as faixas etárias. A subjetividade do traço latente APS foi desafiadora neste estudo, mas

acredita-se que o material aqui exposto possa acrescentar alguma luz sobre os futuros estudos a serem realizados.

Conclusões

Os procedimentos adotados fundamentados na psicometria possibilitaram a identificação na literatura, por meio do método de revisão na literatura e avaliação pelos juízes, os elementos constituintes da APS e a construção das dimensões constitutivas e operacionais, findando em um instrumento contendo duas dimensões: biológica e psicossocial.

Neste estudo, as dimensões tiveram seus conteúdos validados por especialistas na área de construção e validação de instrumento, e na de APS, permitindo uma avaliação criteriosa no intuito da construção de um novo instrumento. Ao findar esse processo, esta pesquisa traz uma nova proposta de instrumento válido em seu conteúdo e confiável para a avaliação da APS em adultos, contendo 26 itens.

É relevante ressaltar que esse instrumento partiu da APS positiva de saúde, tendo em vista a construção metodológica a qual foi submetido. Nesse sentido, este estudo possibilita um novo olhar para a APS e, assim, espera-se que possa gerar novas evidências científicas na temática.

Colaboradores

Mattos S (0000-0002-1837-9480)*, Moreira T (0000-0003-1424-0649)*, Florêncio R (0000-0003-3119-7187)* e Cestari V (0000-0002-7955-0894)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Oliveira TL, Griep RH, Guimarães JN, et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): socio-occupational class as an effect modifier for the relationship between adiposity measures and self-rated health. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):734.
2. Reche E, König HH, Hajek A. Income, Self-Rated Health, and Morbidity. A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(16):2884.
3. Abdollahpour I, Mooijaart S, Aguilar-Palacio I, et al. Socioeconomic status as the strongest predictor of self-rated health in Iranian population; a population-based cross-sectional study. *J Psychosom Res*. 2019; (124):109775.
4. Oenning NSX, Goulart BNG, Ziegelmann PK, et al. Associations between occupational factors and self-rated health in the national Brazilian working population. *BMC Public Health*. 2019; 26;19(1):1381.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Van Deudekom FJ, Gelder J, Lucke JA, et al. Determinants of self-rated health in older adults before and 3 months after an emergency department visit. *Eur J Emerg Med.* 2019; 26(4):255-60.
6. Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* 2017; 71(6):565-75.
7. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies. *J Health Soc Behav.* 1997; 38(1):21-37.
8. Burstrom B. Self-rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?. *J Epidemiol Community Heal.* 2001; 55(11):836-40.
9. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med.* 2009; 69(3):307-16.
10. Jylha M, Leskinen E, Alanen E, et al. Self-rated health and associated factors among men of different ages. *J. Gerontol.* 1986; 41(6):710-717.
11. Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M. A path analysis model of self-rated health among older people. *Aging Clin Exp Res.* 1999; 11(4):209-220.
12. Aguilar-Palacio I, Gil-Lacruz AI, Sánchez-Recio R, et al. Self-rated health in Europe and its determinants: Does generation matter?. *Int J Public Health.* 2018; 63(2):223-2.
13. Arruda GO, Santos AL, Teston EF, et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2015; 49(1):61-8.
14. Pasquali L. Psychometrics *Psicometria.* *Rev da Esc Enferm da USP.* 2009; (43):992-9.
15. Polit DF, Beck CT, Owen S V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health.* 2007; 30(4):459-7.
16. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.* 4. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
17. Mattos S, Moreira T, Pereira D, et al. Instrumentos para mensuração da autopercepção de saúde em adultos: revisão de escopo. *Rev Psicologia Saúde e Doença.* 2020; 21(3):878-895.
18. Jasper MA. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *J Adv Nurs.* 1994; 20(4):769-76.
19. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, et al. Validação de conteúdo das definições operacionais da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2016; 8(3):4651.
20. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, et al. Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013; 47(5):1076-1082.
21. Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. *Anatoly & World Health Organization.* Geneva: WHO Regional Office for Europe; 1996.
22. Linhares LMS, Kawakame PMG, Tsuha DH, et al. Construção e validação de instrumento para avaliação da assistência ao comportamento suicida. *Rev Saúde Pública.* 2019; (16):53:48.
23. Santiago JCS, Moreira TMM. Validação de conteúdo de cartilha sobre excesso ponderal para adultos com hipertensão. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(1):95-101.
24. Borges JWP, Moreira TMM, Andrade DF. Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem: elaboração e validação. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018; (25):e2962.

25. Leite SS, Áfio ACE, Pagliuca LMF, et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(4):1635-41.
26. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saude e Soc.* 2017; 26(3):676-89.
27. Harris SE, Hagenaars SP, Davies G, et al. Molecular genetic contributions to self-rated health. *Int J Epidemiol.* 2016; 46(3):994-9.
28. Tetteh J, Kogi R, Yawson AO, et al. Effect of self-rated health status on functioning difficulties among older adults in Ghana: coarsened exact matching method of analysis of the World Health Organization's study on global AGEing and adult health, Wave 2. *PLoS One.* 2019; 14(11):e0224327.
29. Silva VH, Rocha JSB, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(5):1611-20.
30. Rodgers J, Kakarmath S, Denis V, et al. Association between numeracy and self-rated poor health in 33 high- and upper middle- income countries. *Prev Med (Baltim).* 2019; 129:105872.
31. Medeiros R, Júnior M, Pinto D, et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. *Rev Enferm Ref.* 2015; (4):127-35.
32. Lidström MW, Wennberg P, Lundqvist R, et al. Time trends of comparative self-rated health in adults aged 25-34 in the Northern Sweden MONICA study, 1990-2014. *PLoS One.* 2017; 12(11):1-12.
33. Gumà J, Solé-Auró A, Arpino B. Examining social determinants of health: the role of education, household arrangements and country groups by gender. *BMC Public Health.* 2019; 19(1):699.
34. Santos KMAB, Silva MJP. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1):61-6.

Recebido em 13/05/2020

Aprovado em 05/03/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Gastos com internações compulsórias por consumo de drogas no estado do Espírito Santo

Expenditures on compulsory hospitalizations due to drug use in the state of Espírito Santo

Fabiola Xavier Leal¹, Maria Lúcia Teixeira Garcia¹, Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai¹, Lara da Silva Campanharo¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112910

RESUMO A internação compulsória pelo consumo de drogas vem sendo problematizada no campo da política de saúde mental e expressa a luta entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)/princípios da Reforma Psiquiátrica versus os interesses privados de remanicomialização. O artigo objetiva analisar os gastos com internações compulsórias por consumo de drogas realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (ES), entre 2014-2019, buscando identificar a sua destinação. Apresenta breves reflexões sobre o direito à saúde e a disputa pelo fundo público. Trata-se de pesquisa documental com levantamento de dados no Portal de Transparência do ES. Foram utilizadas a análise estatística descritiva e a análise de conteúdo categorial. Os dados evidenciam as disputas pelo Fundo público e que isso não é um processo evidente para a sociedade. Os embates entre Executivo e Judiciário em torno do direito de acesso ao tratamento da saúde são pontos que precisam ser problematizados.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Gastos públicos com saúde. Transparência dos gastos.

ABSTRACT *Compulsory hospitalization due to drug use has been questioned in the Mental Health Policy and expresses the struggle between the principles of Unified Health System (SUS)/Psychiatric Reform versus the private interests about remanicomialization. This paper analyses expenditures on compulsory hospitalizations due to drug use carried out by the State Health Secretariat of Espírito Santo (ES) between 2014 and 2019 and aims to identify its allocation. It outlines brief reflections on the right to health and the disputes over public funds. This is documentary research with data gathered from the ES Transparency Portal. Descriptive statistical analysis and categoric content analysis were used. The data show disputes over public funds and that this is not a transparent process to society. The struggles between the Executive and the Judiciary over the right of access to health treatment are points that must be discussed.*

KEYWORDS *Mental health. Public expenditures on health. Cost transparency.*

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
fabiola.leal@ufes.br



Introdução

O tema da Internação Compulsória (IC) vem sendo problematizado no campo da política de saúde mental no mundo, no Brasil e no Espírito Santo (ES)¹⁻⁴. Às vezes colocada como algo novo, a internação compulsória é um fenômeno antigo. Segundo texto da European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General⁵, a internação involuntária ou compulsória de pessoas em sofrimento mental é citada e envolve debates jurídicos e éticos há mais de 100 anos. O que aparece mais recentemente é a IC de pessoas sob a justificativa de consumo de drogas.

Embora existam definições diferentes de tratamento psiquiátrico forçado ou obrigatório, esse termo geralmente é usado quando alguém é submetido a tratamento médico contra sua própria vontade. O tema é reconhecido em termos de legislações nacionais e internacionais, problematizando o direito à saúde na perspectiva dos direitos humanos. Nesse sentido, a psiquiatria representa uma clara exceção, porque outros campos médicos geralmente não permitem o tratamento forçado. Os tipos de tratamento forçado a pessoas variam e não ocorrem apenas em hospitais – alguns podem ser forçados a tomar substâncias psicoativas em outras instituições, inclusive em sua própria casa. O tratamento compulsório pode ser definido como uma ação que, em tese, aumentaria a probabilidade de as pessoas iniciarem e se manterem em tratamento⁶. As regras para aplicação do que se convencionou denominar ‘tratamento’ variam de país para país. Essas medidas são ordenadas pelo tribunal, com base nas avaliações de profissionais médicos em geral. Em alguns países, é necessária mais de uma opinião, e, em outros, apenas uma é suficiente. A IC envolve, ainda, as perspectivas, muitas vezes conflitantes, entre quem indica a internação – profissionais de saúde e judiciário – e quem é alvo da ação e terá sua liberdade limitada pela internação. As pessoas submetidas ao tratamento coercitivo o experimentam como uma limitação grave de

sua liberdade pessoal. Muitos se sentem ameaçados pelas decisões tomadas sobre suas vidas sem o seu consentimento. Conforme Lunze et al.¹, na maioria dos sistemas jurídicos, a base do tratamento obrigatório é a presunção de que a pessoa em questão representa um risco para si mesma ou para os outros.

Evidências globais indicam que a internação obrigatória para aquilo que se denomina como ‘dependência química de drogas’ entra em conflito com os direitos humanos das pessoas que consomem drogas e não é eficaz quando se fala de um possível ‘tratamento’². Esses autores, em revisão de literatura, destacam que não há “[...] scientific literature evaluating compulsory drug treatment”²⁽²⁾. E acrescentam:

given the potential for human rights abuses within compulsory treatment settings, non-compulsory treatment modalities should be prioritized by policymakers seeking to reduce drug-related harms²⁽²⁾.

A despeito da ausência de evidências de sua eficácia e efetividade, o discurso de defesa desse procedimento continua. Em termos legais, a internação sem a concordância do paciente está prevista na Lei da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira – nº 10.216/2001⁷ –, conforme artigos 4º, 6º e 9º, desde que seja indicada quando os recursos extra-hospitais se mostrarem insuficientes, em qualquer de suas modalidades. A internação compulsória, segundo essa lei, é definida como aquela determinada pela Justiça, e se diferencia da internação involuntária (que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro)⁷.

Coelho e Oliveira⁸ alertam que, nos moldes que vêm sendo requeridas essas internações, há uma violação dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da saúde, que também são considerados espécies de direitos humanos fundamentais. Considerando que a ciência do direito é baseada no princípio da legalidade, especialmente no que tange à privação de liberdade, a IC está determinada somente para os casos previstos na legislação

vigente no Brasil. Ou seja, deve basear-se nas hipóteses da Lei de Execução Penal (LEP) (art. 99 a 101)⁹ e do Código Penal (art. 96 e 99, redação dada pela Lei nº 7.209)¹⁰. Esses artigos versam sobre a IC de ‘portadores de doença mental’ quando cometem algum ato definido como crime pela legislação penal. Nesses casos, serão recolhidos aos hospitais de custódia em vez de serem encaminhados para a prisão⁸.

Mas, se forem trazidos os elementos a partir da guerra às drogas (demarcada temporalmente no início do séc. XIX e que se reconfigura ao longo dos séculos XX e XXI)¹¹, pode-se dizer que as razões para que esse público passasse a ser alvo de internações forçadas são as mais diversas e englobam diferentes interesses. Ganham destaque dois principais discursos: o do estatuto médico-jurídico, que fortalece o modelo biomédico como principal paradigma científico, com uma determinada concepção de corpo destituído de seus determinantes sociais, culturais, raciais e de gênero¹²; e o discurso moral-legal, que apresenta como alternativa de superação a estratégia dada pela via da fé. Nessa perspectiva, há um crescimento de clínicas psiquiátricas que se apresentam como alternativas às dificuldades de acesso de vagas no sistema público. No caso brasileiro, esse discurso se constitui em uma conjuntura de expansão das igrejas pentecostais – principais organizadoras das Comunidades Terapêuticas Religiosas (CTRs).

Aqui, destacam-se o crescimento e o fortalecimento de dois tipos de instituições, em um contexto de remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental em curso no País, que integra um projeto geral de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³. Assim, defende-se a tese de que os gastos com IC de pessoas que consomem drogas expressam em si a luta entre os princípios do SUS público e universal e os da RP brasileira antimanicomial versus os interesses privados de remanicomialização.

Visando a decifrar esse fenômeno, este texto apresenta reflexões articulando as instituições que realizam a IC, o direito à saúde e a disputa pelo fundo público. Mais adiante, serão

apresentados os procedimentos metodológicos e a análise sobre os gastos com as ICs no ES. O artigo, portanto, tem como objetivo analisar os gastos com internações compulsórias por consumo de drogas realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa), entre 2014-2019, buscando identificar a sua destinação. Ou, como nos dizeres de Gilson Carvalho¹⁴, pergunta-se: para onde vai o dinheiro da IC no ES?

Parte-se da tese de que se, por um lado, há uma disputa entre os que defendem a RP com a oferta de cuidado pelo SUS pela redução de danos e os que defendem as internações focadas em abstinência; há, por outro lado, as disputas no próprio campo dessas instituições privadas. Ou seja, clínicas psiquiátricas disputam financiamento com as Comunidades Terapêuticas (CTs), e ambas possuem aliados e apoiadores nas três esferas de governo, como em diversas associações do campo não governamental.

As instituições privadas de internação compulsória e a disputa pelo fundo público

As CTs no Brasil têm pressionado o Estado para acesso ao fundo público¹⁵, sendo apoiadas por uma bancada evangélica¹⁶ no Congresso Nacional¹⁷. A constituição e o fortalecimento dessas frentes e federações ocorreram no contexto do governo Dilma (1º e 2º mandatos), que defendeu a ideia de uma ‘epidemia’ de crack, fortalecendo o discurso moral e conservador.

Há, também, a ação da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que advoga a ausência de evidência científica da eficácia do tipo de tratamento ofertado nas CTRs, mas defende uma perspectiva tradicional centrada no modelo biomédico. Ou seja, a ação das CTs se dá não pela ausência de comprovação científica da proposta de ‘tratamento’ preconizada por elas, mas, sobretudo, pela disputa de recurso público, de modo que, em torno da abstinência – defendida por CTs e ABP –, o que as difere é o discurso explicativo do fenômeno adotado por cada uma.

Soma-se a isso a ‘nova’ Lei sobre drogas de 2019 (Lei nº 13.840)¹⁸, que considerou somente dois tipos de internação no art. 23A (§ 3º): a voluntária e a involuntária. Não utiliza no texto a palavra ‘compulsória’, mas mantém a ideia de que essa segunda modalidade – involuntária – se dá sem o consentimento da pessoa, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sistema Nacional sobre Drogas, determinando como deve ocorrer (§ 5º). Essa lei veda a realização de qualquer modalidade de internação nas CTs (§ 9º)⁶. Ou seja, essas normativas sinalizam a postura do governo brasileiro com relação ao tema por meio de diversas prerrogativas, entre elas: a não liberação de qualquer droga no País, a IC de usuários crônicos e mais rigor na punição para pequenos traficantes.

Desde a Lei nº 11.343¹⁹, que ainda está em vigor (mesmo com algumas revogações e alterações pela Lei nº 13.840/2019¹⁸), a atenção e a reinserção social do usuário e do dependente de drogas podiam ser realizadas tanto pelos serviços do SUS quanto por instituições privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos (art. 3º). Ou seja, essas instituições, como as CTs e as clínicas psiquiátricas, tornaram-se elegíveis a subsídios públicos, tais como benefícios fiscais e financeiros (art. 24).

Evidencia-se uma diacronia na direção das políticas implementadas pelo Estado brasileiro no campo da saúde mental, e, mesmo com a ampliação do sistema público, conserva-se o setor privado como complementar, de modo que se acirra a disputa pelo fundo público²⁰ por instituições privadas, o que pode levar a um desfinanciamento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Isso porque o fundo público exerce uma função ativa nas políticas macroeconômicas, sendo essencial tanto para a esfera da acumulação produtiva quanto para as políticas sociais, particularmente, da seguridade social. O fundo público, portanto, tem um papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social²¹.

O financiamento da saúde mental brasileira está longe de alcançar a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (5% do orçamento geral da saúde)²². E mais, o Ministério da Saúde (MS) informa que a rede de serviços existente cobre 72% da demanda da área²³, fazendo com que o princípio da universalidade de acesso seja negado cotidianamente. Esse histórico subfinanciamento da política de saúde (e da saúde mental) sofre uma nova inflexão: a Emenda Constitucional 95, que impõe um processo de desfinanciamento da saúde²⁴, com o congelamento dos gastos sociais pelo período de 20 anos. Com isso, esse contexto de fortes ataques aos direitos sociais somente exacerba as contradições e os efeitos deletérios da crise do capital, a qual atinge de maneira mais explícita algumas camadas da classe trabalhadora.

E as pessoas que consomem drogas e que demandam intervenção no campo da saúde se inserem nesse cenário, sendo ofertada a elas, em muitos casos, a IC, a qual se consolida como principal alternativa, apresentando uma dimensão invisível da questão do consumo de drogas, nem sempre fácil de ser identificada fora dos muros dos serviços que realizam esse procedimento ou das salas do judiciário. Esse espanto hoje com o chamado crescimento dessas ICs é, em verdade, a visibilidade parcial que elas assumem no momento presente. Parcial porque se subsume aí que devem-se decifrar as lógicas do capital, sua expansão predatória e sem limites, decifrar e apreender as determinações desse tempo de barbárie²⁵.

O direito à saúde implica a oferta de serviços e insumos de assistência à saúde, tendo a natureza de um direito social comportando tanto uma dimensão individual quanto coletiva para sua realização. Há um reconhecimento desse direito à saúde como relativo à dignidade humana, de modo que a sua incorporação nas leis, nas políticas públicas e jurisprudências espelha, também, as tensões e percepções sobre as definições de saúde e doença, o modo como isso deve ser alcançado, os direitos da população, as responsabilidades do Estado,

entre outros fatores²⁶. Na realidade brasileira, o direito à saúde está previsto expressamente como um direito social na Constituição Federal (CF) de 1988, no art. 196²⁷, conforme o conceito ampliado de saúde formulado pela VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986⁵.

Nesse cenário, a demanda judicial no âmbito da saúde reflete uma tentativa de aproximar ou de efetivar um aspecto desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance²⁸. Longe de pretender esgotar o tema, reconhece-se, assim, que o termo ‘judicialização’ é polissêmico²⁹, e busca-se aqui uma aproximação com o debate sobre o direito à saúde e a judicialização da vida, quando o objeto em questão é a saúde mental. Entretanto, a reflexão não se esgota nesse debate. Isso exige compreender não somente as consequências práticas das decisões judiciais sobre demandas individualizadas, mas, também, como a Corte tem buscado definir quais valores atualmente contextualizam o direito à saúde³⁰.

Nessa tentativa, o uso da IC, sob o argumento de salvaguardar a pessoa usuária de drogas, na perspectiva de garantir a sua saúde, tem sido a principal justificativa apontada tanto pela justiça quanto pelos profissionais de saúde. Entretanto, como ressalta Ventura et al.²⁸, a ampliação dessa atuação do Sistema de Justiça tem repercussões não somente sobre a vida do indivíduo alvo da medida, mas sobre a gestão. Há um risco de se desenvolver a via judicial como principal meio para se garantir o acesso ao ‘tratamento’ e, nesse sentido, causar prejuízos significativos à efetividade (individual e coletiva) do direito à saúde³¹.

Um elemento dessa passagem da saúde para o direito à saúde é que este último comporta a satisfação de uma dimensão individual ou privada. Individual no sentido de respeitar as subjetividades, os direitos e as liberdades pessoais, e coletiva no sentido de assegurar que esse bem-estar individual tenha um custo aceitável para a sociedade. Ou seja, ao se tentar conciliar interesses individuais e coletivos a partir do cumprimento dos deveres do Estado de proteção da saúde de todos e de cada um,

podem ser necessárias restrições à liberdade de alguns, em prol de um determinado bem coletivo ou interesse social. A questão polêmica nessa conjugação é a legitimidade da norma que restringe a liberdade individual, correlacionada à ideia do que se entende por uma lei justa. O Poder Judiciário, ao se relacionar com o Poder Executivo, demandando que este cumpra uma determinada medida, tem provocado uma forte tensão sobre a legitimidade e a competência técnica e/ou legal-institucional do poder judicial, para decidir sobre o modo como o Executivo da saúde deve cumprir sua tarefa²⁸. Com o agravo de que a justiça, de forma geral, limita-se a determinar o cumprimento da medida indicada por quem reivindica, respaldada por uma prescrição médica.

De maneira geral, essa discussão tem sido feita em diversos estudos sobre a judicialização da saúde, dando destaque para os que enfatizam os efeitos negativos desse tipo de demanda na gestão das políticas de saúde. Aponta-se que esse tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduos³²⁻³⁴. Outros estudos³⁵ apontam as deficiências e insuficiências dos sistemas de saúde e de justiça brasileiros para responder de forma satisfatória às novas e crescentes demandas de saúde. Porém, na visão adotada neste artigo, o fenômeno envolve outros aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de componente jurídico e de gestão/governabilidade dos serviços públicos. Esse debate deve ser feito considerando-se os princípios da integralidade da atenção, da universalidade do acesso e da bioética, tão caros ao SUS.

O próprio Poder Judiciário tem se preocupado com esse fenômeno e tem proposto algumas medidas para debater e encaminhar o tema da judicialização na saúde³⁶, muito motivado pelas demandas de medicamentos de alto custo. E no debate jurídico atual, há diversas posições sobre a eficácia do direito à

saúde e sobre as análises acerca das possibilidades de atuação do Judiciário na determinação de medidas a serem cumpridas pelo SUS. Podem-se destacar algumas: a) uma posição entende que a eficácia desse direito deve ser restrita aos serviços e insumos disponíveis do SUS, determinados pelo gestor público; b) outra defende que o direito à saúde implica garantia do direito à vida e integridade física do indivíduo, devendo o Judiciário considerar a autoridade absoluta da medicina, que emite seu parecer na ação judicial; c) e outra posição compreende que a eficácia do direito à saúde necessita ser a mais ampla possível, devendo o Judiciário ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para fixar o conteúdo da prestação devida pelo Estado²⁸.

Essa terceira posição, para Leivas³⁷, é a que se revela mais adequada à compreensão entre saúde e direito na busca de garantir ao cidadão o acesso à justiça e à saúde. Nesse caso, cabe ao/à juiz/a levar em conta vários aspectos, como, por exemplo: se as alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS dão conta de atender às necessidades de quem demanda; e se a prescrição médica individual requerida, comparada ao que há disponível no SUS, está respaldada por evidências científicas. Essa posição, que parece ser a mais adequada para outros autores, também pode ser favorável à própria redução da demanda judicial. É a partir de uma falsa ideia de epidemia de uso de crack que se justificam as decisões judiciais das internações tratadas aqui.

Se houver compreensão de que o consumo de psicoativos (drogas) é cultural, as motivações para esse uso respondem a inúmeras necessidades sociais. Essas motivações são socialmente determinadas e transformam o modo como os indivíduos se relacionam com os diferentes psicoativos, alterando seu significado e os padrões de consumo. Portanto, esse uso pode se dar de diferentes formas: associado a indicações cientificamente comprovadas; decorrer de autoadministração; ser esporádico; ocasional; recreativo; nocivo. Portanto, para fins deste artigo, não serão abordadas essas

diferenciações (mais comumente apontadas como ‘uso e abuso’), entretanto, é preciso considerar que o ‘uso nocivo ou não’ de psicoativos resulta de interações que envolvem a substância, o indivíduo e as condições sociais particulares. E que o paradigma da proibição das drogas, ao dualizar o que é lícito e ilícito, interdita os indivíduos em seus consumos pelo preconceito e pelo estigma, focando na excessiva repressão às drogas (e aos sujeitos que se relacionam com elas), não importando a relação do indivíduo com as drogas e pressupondo que há uma demanda para intervenções em qualquer situação. De forma contrária, pela redução de danos (alicerçada no SUS), há o princípio do respeito aos usuários de drogas pelo direito às suas drogas de consumo. Direito esse, algumas vezes, resguardado na própria legislação em vigor, mesmo em culturas onde a legislação vigente, em momento algum, proíbe ao indivíduo o uso pessoal de qualquer produto e/ou substância, ainda que supostamente lhe sejam nocivas, como é o caso da Legislação Brasileira e de muitos outros países^{38,39}.

Cabe, portanto, questionar, nesse contexto normativo (e que se relaciona com uma determinada concepção sobre esse uso de drogas), se a população, ao acessar o Judiciário e inflacionar o Executivo com as demandas excessivas por IC, gera ineficiência às gestões ou se essas gestões são ineficientes anteriormente no que se refere à oferta de serviços da Raps, ainda que somente isso não seja o único determinante. E, ainda, se esse fenômeno no campo da saúde mental, em específico, pela questão das drogas, pode ser considerado como um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre o acesso aos direitos à saúde ou se tem sido um recurso que acaba por violar outros direitos.

Metodologia

Trata-se de pesquisa documental com levantamento dos dados disponíveis no Portal de Transparência do Espírito Santo⁴⁰, ferramenta

desenvolvida em 2009 para divulgar os dados públicos necessários para o exercício do controle social. No portal, acessaram-se dados referentes aos pagamentos de internações de pessoas que usam drogas por medida judicial – ‘leitos para transtornos mentais e dependência química’. Foram levantados dados sobre

a internação: tempo de internação, dados da instituição e o valor pago para cada uma. Como procedimento ético, qualquer dado de identificação do sujeito foi resguardado de forma a garantir-se o anonimato dessas pessoas. Também foram organizadas as normativas que instruem a IC na Sesa (*quadro 1*):

Quadro 1. Lista de normativas da Sesa sobre internação compulsória em leitos de saúde mental/álcool e drogas, por ano, governo e conteúdo – Espírito Santo, 2010-2019

Documento	Ano	Governo	Conteúdo
Portaria Sesa nº 237-R ³² (revogada pela Portaria Sesa Nº 32-R) ²⁸	2010	Paulo Hartung	Estabelece que para requerer o Licenciamento Sanitário, inicial ou de renovação, os Estabelecimentos de Assistência à Saúde deverão protocolar o formulário estabelecido pela Sesa.
Portaria Sesa Nº 155-R ³⁰ (revogada pela Portaria Sesa Nº 59-R, de 31/10/2017) ²⁷	2013	Renato Casa-grande	Regulamenta e estabelece critérios de funcionamento no território estadual de clínicas especializadas/unidades mistas de internação que prestem serviços de atenção a pessoas com comprometimento biológico, transtornos mentais e comportamentais, incluindo os decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
Portaria Sesa Nº 090-R ²⁹	2014	Renato Casa-grande	Define os critérios para internação de pacientes nas Clínicas Especializadas no estado do ES.
Portaria Sesa Nº 32-R ²⁸	2015	Renato Casa-grande	Dispõe sobre o processo de licenciamento sanitário de estabelecimentos/serviços de interesse da vigilância sanitária no estado do ES.
Portaria Sesa Nº 59-R ²⁷	2017	Paulo Hartung	Regulamenta e estabelece critérios de funcionamento no território estadual de clínicas especializadas com internação que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Edital de credenciamento Sesa/SASS/Gecorc/NEC/N 006 ²⁶	2018	Paulo Hartung	Credenciamento de instituições privadas (com e sem fins lucrativos) prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar, de forma Complementar, do SUS do estado do ES (artigo 24, da Lei nº 8.080/1990).
Lei Nº 10.987 ²⁴	2019	Renato Casa-grande	Disciplina procedimentos a serem adotados pelos médicos e odontólogos vinculados ao SUS no estado do ES, na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames, procedimentos de saúde e internações compulsórias que serão prestados pela Sesa.

Fonte: Elaboração própria.

Todas essas informações foram organizadas para que se pudessem identificar as instituições que internam, os valores recebidos por elas, a distribuição por região de saúde, a concentração em determinados municípios do ES e como isso se coaduna – ou não – com

as normativas existentes. Quanto ao recorte temporal – 2014 a 2019 –, a escolha se deu baseada nas informações da Sesa, que, somente a partir de 2014, passou a disponibilizar os dados sobre essas internações no sistema próprio da Secretaria. Sobre a análise dos

dados, foram utilizadas a análise estatística descritiva e a análise de conteúdo categorial⁴⁸.

As internações compulsórias por consumo de drogas no estado do Espírito Santo: para onde vai o dinheiro?

O ES possui 78 municípios, em sua maioria, de pequeno porte, que vêm organizando a Raps nas 4 regiões de saúde (Metropolitana, Norte,

Central e Sul) (figura 1)⁴⁹, conforme as diretrizes/normativas do SUS. Porém, ainda há uma desproporcionalidade de ações e serviços nessas regiões de saúde, como apontam estudos anteriores⁵⁰⁻⁵². E, no caso do gasto com a judicialização, esses recursos não constam nem nos Planos Anuais de Saúde nem nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do estado do ES. O recurso da Sesa para essa judicialização é identificado como Fonte 010400000, Ações e serviços de Saúde (0104), Atividade 20.44.901.10302.00474705. Entre 2015 e 2018, foram recebidos 40 mil processos e gastos R\$ 350 milhões com a judicialização na saúde no ES⁵³.

Figura 1. Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde com as Regiões de Saúde do estado do ES



Fonte: Portal de Transparência⁴⁰.

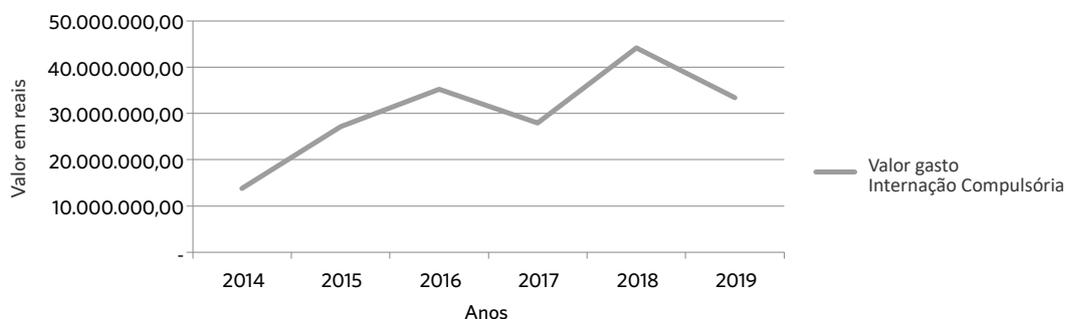
O ‘Relatório de gestão 2015-2018 da Sesa’⁵³ apresenta um item, ‘Judicialização da saúde’, no qual destaca que esse fenômeno tem deformado os princípios republicanos de equidade do SUS⁴⁷. Isso impõe custos assistenciais não programados ao gestor, ampliação de custos administrativos para gerenciar prazos e ônus legais das decisões judiciais. O fenômeno é algo preocupante para a saúde estadual, e, embora os dados sobre o financiamento não sejam detalhados no Relatório, identificou-se a contratação de 40 pessoas em quatro anos para integrar um setor que trata somente de mandados judiciais⁴⁷. Outro aspecto é o número de processos, e, ainda que não esteja especificada a destinação, do total de R\$ 350 milhões, aproximadamente 35% foram destinados para as IC.

A Secretaria implementou um conjunto de ações na definição de regramentos para credenciamento das instituições privadas (Portarias nº 090-R e nº 59-R)^{44,45} voltadas para a IC de

pessoas que consomem drogas, entre 2014-2019. Entre as ações, estava a meta de não internação em CTs e priorização de clínicas credenciadas. Para que uma IC ocorra fora da rede instalada do SUS, a justificativa é que ‘há inexistência de leitos que atendam às necessidades do paciente e a insuficiência ou esgotamento da capacidade instalada na rede SUS’ (justificativa presente nos processos de IC).

Sobre os dados de IC, entre 2014 e 2019, um período de seis anos, o gasto saltou de em torno de R\$ 13 milhões (valor deflacionado em torno de R\$ 19 milhões) para R\$ 39 milhões (valor deflacionado em torno de R\$ 41 milhões) (gráfico 1). Esses dados foram contabilizados considerando o subelemento de despesa Código 4681 – Mandados judiciais na área da saúde –, leitos para transtorno mental e dependência química. Ou seja, contém as internações também por alegação de transtorno mental desvinculada do uso de drogas.

Gráfico 1. Gastos com IC por consumo de drogas por ano (2014 a 2019) no estado do ES



Fonte: Elaboração própria baseada no Portal da Transparência do estado do Espírito Santo em 2019⁴⁰.

Nota: Valores deflacionados para abril de 2020 pelo IGP-M (FGV), usando a calculadora cidadã.

Todos os recursos se referem à compra de leitos em instituições privadas, de caráter filantrópico ou não, com exceção de uma instituição pública (Associação dos Funcionários Públicos do ES), que recebeu em torno de R\$ 25 mil em apenas um ano (2015). Esses recursos partem

do Programa de Atenção Integral à Saúde como uma ação de Assistência complementar à rede pública. Todos os pagamentos são motivados por sentenças judiciais, portanto, com dispensa de licitação, tendo como unidade gestora o Fundo Estadual da Saúde, a partir da Fonte

104 (Ações e serviços de saúde). A Sesa dispõe das informações sobre os leitos disponíveis nas instituições privadas existentes e passa a comprar esses leitos, considerando que as determinações judiciais geralmente estabelecem um prazo reduzido (em torno de 24 a 72 horas) para o gestor atender à demanda. Essa busca deve ser feita pelo profissional regulador (médico/a) quando o SUS não possuir o leito disponível, sendo ele o responsável por julgar e decidir sobre cada caso (Portaria nº 2.048/2002/MS)⁵⁴.

Quanto aos valores pagos por internação, mesmo havendo uma normativa desde 2013 sobre os critérios de funcionamento para as instituições, os valores passaram a ser regulamentados somente em 2018, por meio de edital

de credenciamento (*quadro 2*). Anteriormente a isso, os pagamentos eram feitos com valores diferenciados de diárias a partir dos preços apresentados pelas instituições disponíveis no mercado. E, mesmo com a regulação dos valores das diárias a partir de 2018, nota-se a permanência de uma contradição desde sempre colocada: o tempo que as pessoas ficaram internadas nessas instituições contraria as próprias normativas sobre o quesito tempo de internação. Apenas citando uma das instituições analisadas como exemplo (que recebeu recursos por quatro anos), das 172 pessoas internadas por IC, 72% ficaram em algum momento da internação por mais de 60 dias, sendo que há casos em que essa permanência chegou a um ano ininterruptamente.

Quadro 2. Normativas da Secretaria de Estado da Saúde do ES sobre a IC

Documento	Valor da diária	Número de leitos	Tempo máximo de internação
Portaria Sesa Nº 155-R/201330 (revogada)	Não estabelecia	Não estabelecia	Máximo 02 meses
Portaria Sesa Nº 090-R/201429	Não estabelece	Não estabelece	Máximo 02 meses, com a possibilidade de uma prorrogação, justificada, por mais 01 mês, totalizando 90 dias de internação
Edital Sesa/SASS/Gecorc/NEC/Nº006/201826	* 1-60 dias - R\$ 398,00 * 61- 90dias - R\$ 318,40 Após 60 dias de internação, o valor da diária corresponderá a 80% do valor inicial.	Máximo 02 meses, com a possibilidade de uma prorrogação justificada, por mais 01 mês, totalizando 90 dias de internação	Máximo 02 meses, com a possibilidade de uma prorrogação, justificada, por mais 01 mês, totalizando 90 dias de internação

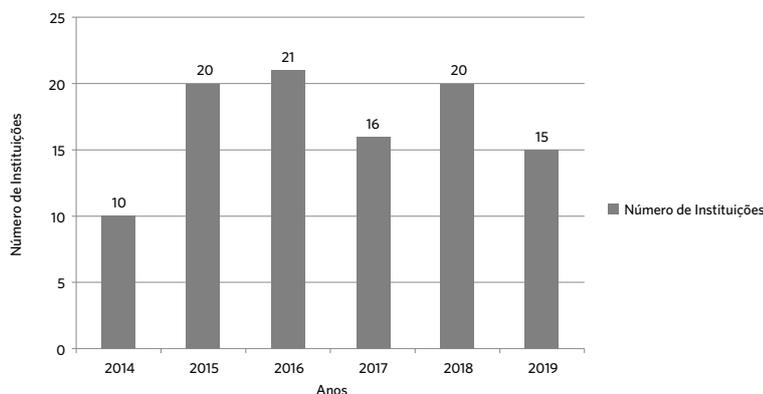
Fonte: Elaboração própria.

*Valor da diária de internação por número de dias de internação.

Quanto ao destino dos recursos, 36 instituições receberam por IC nesse período

(*gráfico 2*), sendo que quatro dessas receberam todos os anos.

Gráfico 2. Número de instituições que receberam recursos de IC por ano (2014 a 2019) no estado do ES



Fonte: Elaboração própria baseada no Portal da Transparência do estado do Espírito Santo em 2019⁴⁰.

Sobre o percentual recebido por cada uma dessas instituições, das 36 instituições, destacam-se seis que mais receberam recursos nesse período, o que corresponde a mais da metade (59,6%) dos recursos empregados para IC. São elas: Espaço Vivere Saúde (16,9% dos recursos); Espaço Viver (9,7%); Instituto Nova Aliança (9,6%); Clínica Green House (9,6%); Clínica Vitale (7,4%); e Centro de Recuperação da Vida (6,0%). Dessas, a primeira destoa das demais por ter recebido mais recurso pelo período de quatro anos (2014, 2017, 2018 e 2019) – R\$ 31.078.802,95. Essa instituição, denominada Espaço Vivere Saúde LTDA, está localizada no município de Anchieta, no Sul do estado, tendo como sócios-proprietários empresários de outros ramos no ES, que também integram uma Associação das Clínicas de Psiquiatria do estado do ES, criada em 2019. A clínica possui uma filial – Clínica Vivere Infância e Juventude – no mesmo município que recebeu recursos em 2014 e 2019, somando um total de R\$ 36.450.943,10, o que corresponde a 19,4% do total gasto.

Quanto à localização das 36 instituições, somente uma está localizada fora do ES (em São Paulo – Hospital Santa Mônica, que recebeu recurso em 2016 pela internação de dois adolescentes). Quanto à distribuição por região de saúde: 62,8% estão na região

Metropolitana; 34,3% na região Sul; e 2,9% na Norte. Essa concentração na região metropolitana ratifica estudos anteriores^{50,51}.

Sobre o ano de surgimento dessas Clínicas, 41,6% surgiram após 2011; 19,4% surgiram entre 2000 e 2010; e 11,1% antes dos anos 2000. Quanto às demais, essa informação não foi localizada. O que se percebe é que o surgimento de novas instituições acompanha o auge do pagamento estadual por medida judicial. Esse fenômeno não está isolado do que ocorre na conjuntura social, cultural e política do País, momento em que o apelo, sobretudo midiático, apresenta a internação como principal meio de ‘minimizar os problemas familiares’ que poderiam ser causados pelo consumo de drogas. Além disso, a Rede do SUS, que não está plenamente efetivada nos territórios, demarca um vazio de serviços em diversas regiões do estado.

Considerações finais

Os dados evidenciaram as disputas pelo fundo público, sem que, necessariamente, esse processo fique evidente para a sociedade. Acompanhar o gasto de recursos da Política pública de saúde com IC desnudou os embates entre Executivo e Judiciário em

torno do direito de acesso ao tratamento da saúde. Evidenciaram-se, ainda, as disputas entre ações da Coordenação estadual de saúde mental pela regulação desse processo e os limites que isso impõe aos técnicos da Secretaria. Apesar dos esforços empreendidos pela área de saúde mental da Sesa para minimamente regular esses processos, seja pelos valores pagos pelas diárias, seja pelos pareceres técnicos dos profissionais da Secretaria, seja pela regulamentação de um tempo máximo de internação, entre outras medidas, é possível perceber que as lacunas entre o que deveria ser feito (garantindo o cumprimento das normativas legais) e o que de fato ocorre na realidade perpassam dimensões muito variadas e complexas. Dimensões que ultrapassam a norma em si e as atribuições de quem deveria deter um certo controle para regular, aplicar e monitorar esse cumprimento.

Além disso, os órgãos de fiscalização, como Ministério Público e os conselhos gestores de

políticas públicas (como saúde e sobre drogas), sequer alcançam a informação sobre o que vem ocorrendo nessa rede paralela ao SUS. Essa análise, portanto, indica a necessidade de manter-se esse monitoramento a partir de novos questionamentos como: os argumentos utilizados pelo Poder Judiciário para ratificar pedidos de IC; o impacto do uso do recurso para o SUS de uma forma mais abrangente; reflexões sobre a ‘manicomialização’ na saúde mental argumentada pelo consumo de drogas na sociedade, entre tantas outras perguntas que o fenômeno contém.

Colaboradoras

Leal FX (0000-0003-1309-0909)*, Garcia MLT (0000-0003-2672-9310)*, Denadai MCVB (0000-0003-0713-9382)* e Campanharo LS (0000-0002-9286-5874) contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Lunze K, Idrisov B, Golichenko M, et al. Mandatory addiction treatment for people who use drugs: global health and human rights analysis. *BMJ*. 2016; (353):i2943.
2. Werb D, Kamarulzaman A, Rafful C, et al. The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review. *Int J Drug Policy*. 2016; (28):1-9.
3. Bardi G. Entre a cruz e a caldeirinha: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2019. 343 p.
4. Santos CCM, Leal FX, Jesus RS. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. *Textos Cont*. 2016; (15):423-436.
5. European Union. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients. Legislation and Practice in EU-Member States [internet]. Mannheim: European Commission; 2002. [acesso em 2019 dez 15]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_08_en.pdf.
6. Leukefeld CG, Tims FM. Compulsory Treatment of

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Drug Abuse: Research and Clinical Practice. NIDA Research Monograph. 1988 [acesso em 2020 mar 29]; (86):236-51. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/20016323_Compulsory_treatment_A_review_of_findings.
7. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001.
 8. Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. Saúde debate. 2014; 38(101):359-367.
 9. Brasil. Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. 11 Jul 1984.
 10. Brasil. Lei nº 7209. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 Jul 1984.
 11. Lima RCC. Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil – Estados Unidos e os organismos internacionais [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
 12. Barbosa RHS. Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
 13. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. O Social em Questão. 2019 [acesso em 2020 mar 7]; 22(44):111-138. Disponível: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf.
 14. Carvalho G. Gasto da união com saúde nos anos 1995-2012. 2013. [acesso em 2013 ago 19]. Disponível em: <https://darcisioperondi.com.br/gasto-da-uniao-com-saude-nos-anos-1995-2012-gilson-carvalho/>.
 15. Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A Política Antidrogas brasileira: velhos dilemas. Psicologia e Sociedade. 2008; 20:267-276.
 16. Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar. Radiografia do novo Congresso. Brasília, DF, 2018. [acesso 2019 dez 19]. Disponível em: <https://www.diap.org.br/index.php/publicacoes/finish/41-radiografia-do-novo-congresso/4045-radiografia-do-novo-congresso-legislatura-2019-2023-fevereiro-de-2019>.
 17. Basilio-Denadai MC. O processo de formulação da política sobre drogas no Brasil pelo Congresso Nacional [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015. 343 p.
 18. Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União. 5 Jun 2019.
 19. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 Ago 2006.
 20. Cislighi JF. Privatização da saúde no Brasil. Em Pauta. 2019; 43(17):60-73.
 21. Salvador E. Fundo público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez; 2010.
 22. World Health Organization. Innovation in deinstitutionalization: A WHO expert survey. Geneva; 2014.
 23. Garcia MLT, Oliveira EA. An analysis of the Federal funding for mental health care in Brazil. Social Work in Health Care. 2017; (56):1-20.

24. Mendes AN, Carnut L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social*. 2020; (22):9-32.
25. Barroco ML. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. *Serv. Soc. Soc.* 2011; (106):205-218.
26. Dallari SG. O Direito à Saúde. *Revista Saúde Pública*. 1988; 22(1):57-63.
27. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
28. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis Rev. Saúde Colet*. 2010; 20(1):77-100.
29. Carvalho ER. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. *Rev. Sociol. Polít.* 2004; (23):115-126.
30. Lima TM. O direito à saúde revisitado entre os ideais da Constituição de 1988 e o drama jurídico atual. *Rev. Inf. Legis.* 2014 [acesso em 2020 mar 20]; 51(202):181-201. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/503044>.
31. Marques SB. Judicialização do direito à saúde. *Revista de Direito Sanitário*. 2008; 9(2):65-72.
32. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(1):101-107.
33. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(2):214-222.
34. Chieffi AL, Barata R. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*. 2009 [acesso em 2020 abr 25]; 25(8):1839-1849. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/20.pdf>.
35. Messeder AM, Osorio de Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):525-534.
36. Dias ER, Silva Junior GBJ. Evidence-Based Medicine in judicial decisions concerning right to healthcare. *Einstein*. 2016 [acesso em 2020 jan 19]; 14(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1679-45082016000100002>.
37. Leivas PGC. Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos. *Rev. Bioética*. 2006; 14(1).
38. Conselho Federal de Serviço Social. O estigma do uso de drogas. *Série Assistente Social no combate ao preconceito*. Brasília, DF: CFESS; 2016.
39. Andrade TM. Redução de danos: um novo paradigma? In: Tavares LA, Almeida ARB, Alves Filho AN, et al. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; 2004. p. 87-95.
40. Espírito Santo. Portal da Transparência do Espírito Santo, Protest. [acesso em 2020 jan 19]. Disponível em: <https://transparencia.es.gov.br>.
41. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA nº 237-R, de 23 de dezembro de 2010. Estabelece que para requerer o Licenciamento Sanitário, inicial ou de renovação, os Estabelecimentos de Assistência à Saúde deverão protocolar o formulário estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA). [acesso em 2020 jan 19]. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-237-2010-es_126597.html.
42. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA nº 32-R, de 19 de junho de 2015. Dispõe sobre o processo de licenciamento sanitário de estabelecimentos/serviços de interesse da vigilância sanitária no Estado do Espírito Santo. 2015. [acesso em 2020 mar 20]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=285994>.
43. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Por-

- taria SESA nº 155-R/2013, de 17 de maio de 2013. Regulamenta e estabelece critérios de funcionamento no território estadual de clínicas especializadas/unidades mistas de internação que prestem serviços de atenção a pessoas com comprometimento biológico, transtornos mentais e comportamentais incluindo os decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA). Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 17 Maio 2013.
44. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA nº 59-R, de 31 de outubro de 2017. Define os critérios para internação de pacientes nas Clínicas Especializadas no Estado do Espírito Santo. Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 31 Out 2017.
 45. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA nº 090-R. Define os critérios para internação de pacientes nas Clínicas Especializadas no Estado do Espírito Santo. Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 14 Out 2014. [acesso em 2020 mar 20]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=275778>.
 46. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. SESA/SASS/GECORC/NEC/Nº006/2018, 28 de dezembro de 2018. Credenciamento de instituições privadas (com fins lucrativos e sem fins lucrativos) prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar, de forma complementar, do Sistema Único de Saúde do Estado do Espírito Santo (artigo 24, da Lei 8.080/1990), conforme Processo no 83802525, devidamente aprovado pela autoridade competente, sendo regido pelas Leis Federais nº 8.666/93, no 8.080/90 e Lei Estadual no 9.090/2008 e suas alterações, bem como pelas demais normas pertinentes e condições estabelecidas no presente Edital. Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 28 Dez 2018.
 47. Espírito Santo. Lei nº 10.987, de 26 de abril de 2019. Disciplina procedimentos a serem adotados pelos médicos e odontólogos vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS no Estado do Espírito Santo, na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames, procedimentos de saúde e internações compulsórias que serão prestados pela Secretaria de Estado da Saúde – SESA e estabelece outras providências [internet]. Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 30 Abr 2019. [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Documentos/diario_oficial_2019-04-30_pag_9.pdf.
 48. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
 49. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR – ES 2011. 2011. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf.
 50. Santos CCM, Leal FX, Jesus RS. Política sobre drogas no estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. Text. Cont. 2016; (15):423-436.
 51. Garcia MLT, Siqueira MM. Instituições especializadas em dependência química no Estado do Espírito Santo. J. Bras. Psiq. 2005; 54(3):192-196.
 52. Oliveira EFA, Garcia MLT. The mental health policy in the State of Espírito Santo, Brazil: between achievements and disappointments. Best Pract. Mental Health: An Inter. J. 2011; (7):60-71.
 53. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Gestão 2015-2018: Avanços e Perspectivas. 2019. [acesso 2020 mar 10]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/GrupodeArquivos/relatorio-de-gestao-3>.
 54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. 5 Nov 2002.

Recebido em 16/06/2020

Aprovado em 28/01/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: os resultados aqui apresentados são parte de 3 projetos de pesquisas financiadas pelos Editais: Fapes/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA nº 25/2018 (PPSUS); Edital Fapes nº 21/2018 – Universal e Edital CNPq/Fapes nº 22/2018 – Programa Primeiros Projetos (PPP)

Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR)

Access barriers for Men who have Sex with Men for HIV testing and treatment in Curitiba (PR)

Vanda Lúcia Cota¹, Marly Marques da Cruz¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112911

RESUMO Mais da metade das novas infecções por HIV em 2018 ocorreu entre populações-chave, incluindo homens *gays* e outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH). O estigma pode trazer uma série de consequências comportamentais, refletindo negativamente na vida dos indivíduos, e pode ser traduzido em barreiras para o acesso aos serviços públicos de saúde. O objetivo deste artigo é o de analisar as principais barreiras para o acesso à testagem do HIV em um Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba e a vinculação dos homens *gays* e outros HSH ao serviço de saúde para o tratamento precoce. Realizou-se a coleta de dados primários seguindo método qualitativo, triangulando as técnicas de observações de campo, análise documental e entrevistas. Os resultados revelam falta de profissionais capacitados, dificuldade de acolhimento nos serviços de saúde, aceitação da sexualidade, medo do resultado e falta de informação como principais barreiras para se testar. Dificuldade na aceitação do diagnóstico, preconceito e discriminação foram algumas barreiras encontradas para o início do tratamento. Pode-se concluir que a ampliação do acesso para a garantia dos direitos daqueles que efetivamente têm mais dificuldade de entrada nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece um grande desafio.

PALAVRAS-CHAVE HIV. Homossexualidade masculina. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *More than half of new HIV infections in 2018 were among key populations, including gay men and other Men who have Sex with Men (MSM). Stigma can have several behavioral consequences, adversely reflecting on the lives of individuals and can be translated into barriers to access to public health services. This paper aimed to analyze the main barriers to accessing HIV testing at a Curitiba Testing and Counseling Center and the linkage of gay men and other MSM with the health service for early HIV treatment. Primary data were collected following the qualitative method, triangulating field observations, document analysis, and interviews. The results pointed to the lack of trained professionals, difficulty receiving health services, acceptance of sexuality, fear of results, and lack of information as the main barriers to testing. Difficulty in accepting the diagnosis, prejudice, and discrimination were some barriers identified to start treatment. We can conclude that the expansion of access to guarantee the rights of those who have more difficulty entering the Unified Health System (SUS) is still a significant challenge.*

KEYWORDS *HIV. Homosexuality, Male. Health evaluation.*

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



Introdução

No Brasil, mais da metade das novas infecções por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em 2018 ocorreu entre as populações mais vulneráveis: profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, homens *gays* e outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), pessoas trans, pessoas privadas de liberdade, e seus parceiros¹. Os homens *gays* e outros HSH responderam por 17% das novas infecções globais. Ainda, de acordo com estimativas da Unaid¹ nos anos de 2010 a 2018, o Brasil viveu um aumento de 21% em novas infecções pelo HIV, o que corresponde a mais de oito mil casos.

Os HSH, um dos grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV^{2,3}, são até 22 vezes mais propensos a adquirir o HIV do que adultos na população geral¹. Os HSH são definidos como homens que fazem sexo com outros homens, independentemente de terem relações sexuais com mulheres ou ter uma identidade pessoal ou social associada a esse comportamento, como aqueles que se enquadram nas categorias 'gay' ou 'bissexual'¹. Ou seja, a categoria HSH é definida pela prática sexual e não pela orientação sexual ou identidade de gênero.

Como no início da epidemia do HIV, há novamente a predominância de casos entre os HSH no Brasil, à exemplo de outros países^{4,5}. O levantamento realizado em dez cidades brasileiras em 2009 usando o método do Respondent Driven Sample (RDS) para recrutar HSH, considerada população de difícil acesso, apresentou uma prevalência de HIV de 12,1%, mas apenas 49% havia sido testada para o HIV pelo menos uma vez⁶. Os resultados de uma segunda pesquisa nacional que usou o mesmo método RDS em doze cidades brasileiras no ano de 2016 mostraram a prevalência de 17,5% em HSH⁷, aumento considerável se comparado também com a primeira pesquisa.

O estigma foi definido como um atributo que desacredita profundamente uma pessoa, rotulando o indivíduo com uma identidade manchada frente à sociedade⁸. Segundo estudo feito por Genberg et al.⁹, numa perspectiva relacional, a associação do estigma de viver com HIV pode

levar a efeitos negativos na prevenção e adesão ao tratamento devido ao medo de isolamento ou rejeição social. A discriminação é considerada, de acordo com Parker¹⁰, uma resposta comportamental a atitudes negativas, sendo uma efetivação do estigma. As ações de discriminação podem trazer uma série de consequências comportamentais, refletindo negativamente na vida dos indivíduos estigmatizados¹⁰.

Várias são as formas de discriminação geradas pela estigmatização da homossexualidade que aumentam a vulnerabilidade individual, diminuem a autoestima e a percepção dos próprios direitos, e dificultam a estruturação de uma identidade plena, levando ao fenômeno da homofobia internalizada¹¹. Diferentes formas de discriminação podem ser traduzidas em barreiras para o acesso aos serviços públicos de saúde. Segundo Obrist et al.¹², o acesso aos serviços de saúde pode ser determinado por situações de vulnerabilidades da população, que depende do capital humano, físico, financeiro e social.

Estudo realizado por Assis e Jesus¹³, identifica avanços na diminuição das iniquidades e na ampliação do acesso na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na atenção básica, desde a publicação da Carta Magna Brasileira, de 1988, que assegurava a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado. Porém, observaram-se também limites relacionados à acessibilidade, fragmentação, descentralização e regionalização da rede de assistência, com inadequação no processo de acolhimento e da atenção a grupos específicos, além das assimetrias regionais. As desigualdades sociais despontam em outros estudos, mesmo em países considerados desenvolvidos como o Canadá e alguns países europeus¹⁴⁻¹⁶.

O acesso, segundo Travassos et al.¹⁷⁽⁹⁷⁶⁾,

expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem os serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde.

A análise proposta neste artigo faz parte de uma pesquisa mais ampla denominada 'Avaliação do acesso de Homens que fazem Sexo com Homens ao Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba', onde foi realizado um estudo de caso único utilizando abordagens quantitativas e qualitativas. A avaliação foi baseada em um projeto de pesquisa inter-vencional realizado no Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) denominado 'A Hora é Agora (AHA)'. A pergunta que motivou o estudo foi se o projeto AHA, desenvolvido no COA de Curitiba, modificou o acesso dos HSH à testagem do HIV e à vinculação dos usuários diagnosticados HIV+ aos serviços de saúde, com vistas ao tratamento precoce do HIV/Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

O AHA foi uma iniciativa voltada à prevenção e controle do HIV entre homens *gays* e outros HSH, principalmente entre os jovens de 14 a 29 anos, que teve início em dezembro de 2014 e término em dezembro de 2017. O projeto visava a ampliar o acesso à testagem, oferecendo testes rápidos de punção digital em uma unidade móvel, ou trailer, posicionada em local estratégico, i.e., proximidade a zonas de sociabilidade, frequentado pelo público alvo; na Organização Não Governamental (ONG) Grupo Dignidade, de atendimento a lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT); na unidade de saúde pública COA; e pela incorporação da testagem do HIV no Consultório na Rua de Curitiba.

Além disso, com o apoio da plataforma virtual (<https://www.ahoraegora.org/>) denominada e-Testing, a população-chave do projeto (HSH) pôde receber o teste de fluido oral em domicílio ou retirar na farmácia popular do Ministério da Saúde para realização do auto teste. O projeto objetivava, ainda, fortalecer a vinculação dos casos positivos para o HIV com os serviços de saúde de atenção ao HIV em Curitiba via 'linkagem', facilitando o acesso ao tratamento antirretroviral e garantindo o acompanhamento dos usuários, por meio do 'linkador' – neologismo derivado da palavra em inglês *linkage*.

O linkador era um membro da equipe do AHA que auxiliava os usuários com resultados reagentes para o HIV com o objetivo de dar início ao tratamento em serviços de saúde pública da atenção primária. Trata-se de um profissional selecionado e capacitado para apoiar os usuários no momento em que descobriam que eram soropositivos, além de facilitar seu acesso aos serviços de saúde e responder às eventuais dúvidas sobre HIV e Aids, incentivando sempre a sua autonomia.

O COA foi implantado em Curitiba em 1992 pela gestão estadual, e em 1995 passou a ser administrado pela gestão municipal de Curitiba. Quando o Ministério da Saúde modificou o nome dos COA para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Curitiba optou por manter o nome COA, entendendo que já havia sido criado uma identidade do serviço por seus usuários. Ele é atualmente considerado um Serviço de Atenção Especializada (SAE) que disponibiliza testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C, aconselhamento, atendimento médico ambulatorial às Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) e é uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). O COA conta com uma equipe de psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e assistentes administrativos.

Apesar de o COA ser uma importante referência para as populações mais vulneráveis e atender a um bom número de HSH, ainda existem barreiras de acesso dessa população aos serviços de saúde devido ao estigma a esse grupo social^{6,18}. A maioria dos HSH deseja privacidade e sigilo quando se trata de sua orientação ou prática sexual e nem sempre é respeitada. Além disso, há necessidade de abordagem mais adequada a esses grupos vulneráveis à infecção pelo HIV para que haja uma maior vinculação e adesão ao tratamento, que têm sido mais baixas.

Trata-se de estudo original no Brasil, porque revela as barreiras e facilitadores encontrados pelos usuários no momento do diagnóstico HIV+ em um serviço de saúde do SUS, a partir de um projeto de intervenção e pesquisa – o AHA.

Diante do exposto, entende-se como fundamental aprofundar a compreensão sobre as diferentes barreiras de acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV por parte dos jovens gays e outros HSH em um serviço do SUS em Curitiba, num contexto de introdução de novas tecnologias para a melhoria da gestão do cuidado. Nesse sentido, o objetivo deste artigo é o de analisar as principais barreiras para o acesso à testagem do HIV em um COA de Curitiba, bem como a vinculação dos homens gays e outros HSH ao serviço de saúde para o tratamento precoce do HIV, a partir do projeto AHA.

Material e métodos

Para atingir o objetivo da análise, realizou-se a coleta de dados primários seguindo método qualitativo, triangulando as técnicas de observações de campo, análise documental e entrevistas com usuários, gestores e profissionais de saúde. A triangulação, segundo Denzin¹⁹, usa fonte de dados diferentes ou dados diferentes da mesma fonte para examinar o mesmo objeto. Este estudo procurou a convergência e confirmação por meio dessas diferentes técnicas utilizadas com o intuito de fortalecer a validade interna da análise. Tais dados forneceram contexto

e profundidade, propiciando uma visão mais densa da intervenção no COA.

As observações de campo foram necessárias para que o pesquisador pudesse fazer um mapeamento de campo, ou seja, uma interação prévia com a realidade dos sujeitos antes da realização das entrevistas. Observaram-se os horários de maior movimento da população-alvo da pesquisa, os HSH; o atendimento dos usuários; o acesso para pessoas com deficiência; a integração da equipe; tempo de espera para atendimento; dentre outras. As observações foram realizadas em três momentos durante os meses de fevereiro a abril de 2018, em todos os dias da semana, em horário integral de funcionamento do COA.

Após a leitura flutuante dos documentos disponíveis do projeto AHA, foram selecionados para análise o protocolo do projeto; atas de reuniões entre os linkadores e a coordenação da linkagem; os formulários de informação de contato usuário e linkador; relatórios semestrais e anuais do acordo de cooperação; os relatórios das visitas de supervisão no COA; e o relatório da avaliação do projeto AHA. Para efeito de análise desses documentos, identificaram-se e organizaram-se, conforme *quadro 1*, o tipo de documento, a sua natureza, a quantidade e a caracterização dos seus conteúdos.

Quadro 1. Análise documental da avaliação do AHA no COA

Documento	Natureza do documento	Número de documentos analisados	Caracterização do conteúdo do documento
Protocolo do Projeto	Documento oficial do projeto AHA	1	Justificativa para o projeto AHA, objetivos, metodologia utilizada, participantes, instrumentos utilizados na coleta de dados, tempo para execução da pesquisa, entre outros.
Atas/ajuda memória de reuniões entre os linkadores e a coordenação de linkagem	Detalhamento das questões abordadas nas reuniões acerca da estratégia da linkagem	29	Barreiras encontradas pelos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Curitiba; barreiras encontradas no COA; dificuldades encontradas pelos linkadores no processo de linkagem.
Relatórios semestral e anual do Acordo de Cooperação	Informações sobre o desenvolvimento/progresso do projeto AHA	5	Dados do processo da testagem e linkagem, materiais de comunicação e informação utilizados, resultados alcançados, avanços e desafios do projeto AHA.

Quadro 1. (cont.)

Documento	Natureza do documento	Número de documentos analisados	Caracterização do conteúdo do documento
Formulários de Registro Usuário/ Linkador	Registro de cada contato feito entre o linkador e o usuário	73	Barreiras encontradas pelos usuários em cada processo: cadastro na UBS, consulta, agendamento de exames, retirada de medicamentos entre outras.
Relatórios das visitas de supervisão	Detalhamento das situações observadas no COA	8	Relações entre profissionais do COA e profissionais do projeto, atendimento dos usuários, estrutura do COA.
Relatório da avaliação do projeto A Hora é Agora	Relatório da avaliação da implementação do projeto	1	Pesquisa de satisfação com os usuários do COA, realizada em 2016; pontos positivos e negativos do COA sob a perspectiva de usuários (entrevistas realizadas em 2016), principais achados de acordo com as variáveis chaves da implementação do projeto AHA.

Fonte: Elaboração própria.

Na sequência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para identificar as barreiras ao acesso dos HSH no COA e em outros serviços de Curitiba. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. Criaram-se três categorias

de acordo com cada pergunta realizada na entrevista, agrupadas segundo as barreiras de acesso: barreiras para os HSH; barreiras para os HSH se testarem; e barreiras para os HSH não iniciarem o tratamento (*quadro 2*).

Quadro 2. Categorias de análise e perguntas relacionadas às barreiras de acesso

Categorias de Análise	Perguntas	Informantes
Barreiras para os HSH	Quais as principais barreiras o usuário HSH pode encontrar ao procurar o COA? Na sua opinião, qual é a maior barreira para se chegar aos HSH de Curitiba?	Todos os usuários e profissionais de saúde
Barreiras para se testar	Você pode descrever algumas das razões pelas quais os HSH podem optar por não fazer o teste do HIV?	Todos os usuários; profissionais de saúde e gestores
Barreiras para se tratar	O que você considera como principal barreira para um usuário (HSH), diagnosticado HIV+, não iniciar o tratamento?	Usuários HIV+ e profissionais de saúde

Fonte: Elaboração própria.

A seleção dos participantes para as entrevistas com os informantes se deu de forma intencional para a obtenção das categorias específicas de participantes considerados importantes aos objetivos da pesquisa. Os linkadores tiveram papel importante na seleção,

pois foram os responsáveis pelos convites e agendamento das entrevistas com os usuários diagnosticados HIV+ que estavam em acompanhamento ou com aqueles que já haviam encerrado a linkagem. Os usuários que foram ao COA para se testar foram abordados na sala

de espera, durante os dias e horários de maior atendimento no serviço, enquanto aguardavam para realizar o teste. Em relação aos profissionais de saúde e gestores, as entrevistas foram previamente agendadas pela pesquisadora e realizadas no COA, em sala reservada.

A quantidade de informantes se baseou no critério de saturação²⁰, ou ponto em que os

temas passaram a se repetir e novas informações deixaram de surgir. Foram realizadas 22 entrevistas, conforme critérios de inclusão e exclusão detalhados no *quadro 3*, e todos os gestores, profissionais de saúde e usuários convidados para entrevistas estavam envolvidos direta ou indiretamente com o COA.

Quadro 3. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

	Gestores e profissionais do COA	Usuários
Características da seleção intencional	Profissionais de saúde do COA (incluindo, superintendência, gerência distrital e coordenação local)	Fez o teste nos últimos 6 meses no COA
	Profissionais contratados pelo Projeto AHA	Nunca fez o teste
Critérios de Inclusão	Ocupa o cargo atual há pelo menos 6 meses	Identifica-se como HSH Morador de Curitiba
	Aceitar participar da pesquisa (TCLE)	Acima de 18 anos Aceitar participar da pesquisa (TCLE)
Critérios de Exclusão	Profissional do COA que não atende a população do projeto (ex. médicos e administrativos)	Não se declara HSH Travesti/transsexual
Entrevistas Realizadas	2 gestores	7 usuários HIV +
	7 profissionais	6 usuários HIV -
	Total: 9	Total: 13

Fonte: Elaboração própria.

Realizou-se uma análise de conteúdo temática, método de tratamento de dados, que visa à interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza manifesta no momento de sua coleta²¹. As etapas dessa análise compreenderam a exploração do material, que se consistiu na codificação e categorização, construindo, dessa forma, categorias temáticas de acordo com as barreiras; e o tratamento dos resultados, que foi a fase da reflexão, da intuição, com embasamento nos materiais empíricos, confronto entre o conhecimento acumulado e o adquirido²¹.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), por meio do parecer 2.539.927 de 12 de março 2018, e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por meio do parecer 2.609.994 de 19 de abril 2018.

Resultados e discussão

As principais barreiras de acesso aos HSH no COA; as barreiras para se chegar aos HSH de

Curitiba; as barreiras que impedem os HSH de se testarem e as barreiras que impedem os HSH diagnosticados HIV+ de iniciarem o tratamento foram analisadas segundo a visão dos usuários, profissionais de saúde e gestores.

A principal barreira mencionada pelos HSH para o acesso ao COA foi o horário de atendimento, que não é uma barreira específica do COA, mas da maioria dos serviços públicos que funcionam em horário comercial. Os profissionais citaram também o número reduzido da equipe do COA, que não consegue atender a demanda, e, muitas vezes, precisa pedir ao usuário para retornar no dia seguinte.

Se o usuário chegar um pouquinho mais tarde, se ele chegar 16 horas para um serviço que pretende... na internet está dizendo que fica até às 18; se ele chegar às 16, não vai conseguir fazer o teste se a gente não estiver aqui. Então talvez seja uma porta na cara, é isso que ele vai receber, e nenhuma escuta do que é, do que aconteceu. (Profissional 6).

Quanto às barreiras para se chegar aos HSH de Curitiba, os profissionais de saúde e gestores citaram o acesso, a localização, humanização, falta de recursos humanos capacitados nos serviços e preconceito.

O COA está localizado em uma região central de Curitiba, com fácil acesso aos terminais de ônibus, embora algumas pessoas tenham dificuldade para pagar o transporte das áreas periféricas até o centro.

A gente também tem que pensar que também tem HSH nas periferias, que, de algum modo, talvez não consigam ter acesso a essa oferta que o projeto ou o COA podem oferecer; que essas questões de testes rápidos não estejam nas unidades lá na periferia, enfim... (Profissional 6).

Segundo os profissionais de saúde, houve também uma preocupação com a falta de humanização no serviço e de pessoas capacitadas para o atendimento dos HSH e outras populações vulneráveis, incluindo servidores preconceituosos. Estudo realizado com HSH

em Brasília revelou que o acesso ao serviço público de saúde é limitado, não há privacidade. Com isso os indivíduos são submetidos ao estigma, à violência, no mínimo simbólica, ou então a um serviço orientado ao público heterossexual²². Ou seja, são serviços pouco humanizados e acolhedores por desrespeitarem a diversidade social e sexual dos grupos mais vulneráveis.

Os usuários entrevistados citaram a falta de informação, o medo, a vergonha e a homofobia como barreiras para se chegar aos HSH de Curitiba. As entrevistas evidenciaram a necessidade de comunicação e informação sobre o tema HIV/Aids para os HSH e outras populações-chave, além de destacarem a falta de materiais informativos e as poucas campanhas existentes na mídia.

Eu tinha parado na época do Renato Russo, do Cazuza. É, não vejo muito na verdade. Tem que ter mais coisas, mais campanhas educativas. (Usuário 3 HIV+).

O medo, a vergonha e a homofobia surgem em todas as questões, desde a ideia de uma conversa sobre o tema, concorda pela necessidade de realizar o teste e inicia o tratamento, caso o resultado seja positivo.

[...] homofobia em relação à doença porque as doenças têm uma questão social, não é? Eu tive um amigo soropositivo que sempre falou que 'É mais social o problema do que realmente é no físico?'. (Usuário 5).

Sobre as barreiras para se testar, os profissionais e gestores citaram: preconceito, falta de acesso das periferias, dificuldade no acolhimento pelos serviços de saúde, a questão da aceitação da sexualidade, o horário de atendimento do COA e falta de equipe no COA. Segundo Lippman et al.²³, apesar das evidências de risco aumentado entre os HSH, a cobertura de teste periódico para o HIV nesse subgrupo populacional ainda é baixa; o que se acredita ser decorrente de barreiras de acesso

que tornam assim esse grupo social ainda mais vulnerável.

Alguns HSH são muito retraídos. Com eles, é difícil o tratamento, é difícil a conversa. É necessário haver uma aproximação muito maior, é preciso utilizar artimanhas para não perder o paciente. Então é uma dificuldade que a gente tenta driblar a cada dia, né? (Profissional 1).

Os usuários listam como barreiras para se testar a falta de profissionais capacitados, a dificuldade de acesso, o tempo para se fazer o teste, o medo de sofrer preconceito, o medo da exposição, o medo do resultado, a falta de informação, o estigma e vergonha. Podem-se dividir essas barreiras como organizacionais e subjetivas, o que denota uma sobreposição de barreiras e, conseqüentemente, de vulnerabilidades.

Segundo alguns profissionais de saúde entrevistados, a necessidade de capacitação da rede de profissionais de Curitiba ficou evidente em algumas questões abordadas, assim como a dificuldade de acesso aos serviços pelas pessoas que residem mais distantes do centro. Para as pessoas que trabalham, o tempo para realizar o teste também foi mencionado por alguns usuários entrevistados, pois os horários dos serviços públicos são limitados e coincidem com o horário comercial da maioria dos trabalhadores. Mesmo que a localização seja próxima, não há tempo suficiente no horário do almoço para a realização do teste, resultado e aconselhamento pós teste. O medo surge na forma de preconceito, da exposição e do resultado do teste.

Medo de ser exposta. Da exposição, com certeza. 'Ninguém gosta de ser visto fazendo um exame de sangue para....', não é? (Usuário 5 HIV-).

As pessoas têm um pré-conceito muito errado do HIV. Eu tinha esse preconceito e hoje eu sofro isso. Hoje eu estou do outro lado. Eu acho que é exatamente isso: preconceito das pessoas. (Usuário 5 HIV+).

[...] mesmo sendo uma pessoa, digamos, assumida, que faz sexo com homens, tem ainda um estigma de 'ah, quem tem HIV é porque não se cuida'. Tem muito assim... Eu vejo até entre pessoas vivendo com HIV que existe uma certa: 'ah... você tem porque você não se cuidou', então isso é uma coisa meio moral assim... (Usuário 3 HIV+).

Quanto à falta de informação, foi respondida a necessidade de a mídia influenciar mais, para tentar diminuir o preconceito e fazer com que as pessoas tenham mais coragem para ir se testar. Estudos realizados com HSH na Alemanha e em Malawi confirmaram a vergonha e o medo do estigma como as maiores barreiras para os HSH se testarem^{24,25}. Em Curitiba, o estigma e a vergonha foram barreiras mencionadas por todos os entrevistados.

Tornar mais comum para se tirar essa vergonha das pessoas, como: eu vou entrar num prédio onde eu sei que ali está sendo realizado teste de HIV. A pessoa que está me olhando do lado de fora, que está na rua andando e sabe que ali fazem testes, ela vai olhar e pensar: 'Está com Aids!'. Então, acho que isso que acaba trazendo um certo receio para a gente, principalmente como homossexual, de que tem que entrar num lugar assim. (Usuário 6 HIV-).

Os profissionais de saúde entrevistados falaram sobre as barreiras que impedem os usuários diagnosticados HIV+ de iniciarem o tratamento: negação do diagnóstico, questão da aceitação da sua sexualidade, preconceito, questão religiosa, falta de recursos financeiros, como, p. ex. o dinheiro para transporte.

Porque a gente atende aqui, e já atendemos muitas pessoas que não conseguiram ir a uma consulta porque não tinham passagem de ônibus. (Profissional 1).

[...] já perdi usuário por causa de religião; como a família falou que Jesus iria curar, ele não quis fazer o tratamento. Em relação à família, medo de mostrar para a família por... medo de se identificar

com o medicamento, medo de levar o medicamento para casa. (Profissional 4).

Os benefícios já amplamente reconhecidos da introdução precoce da Terapia Antirretroviral (Tarv), segundo Marsicano et al.²⁶, parecem ser negligenciados pelo estigma e medo de ser positivo. Os usuários diagnosticados HIV+ entrevistados citaram como barreiras para iniciar o tratamento o medo da medicação e seus efeitos colaterais, da falta de informação e da vergonha.

Em consonância com estudo realizado por Silva et al.²⁷, as pessoas normalmente têm medo daquilo que elas não conhecem; por isso, tamanha importância da informação e comunicação. O medo da medicação e dos efeitos colaterais foi mencionado por todos os entrevistados como a principal barreira, razão pela qual os farmacêuticos apareceram como importantes mediadores na garantia do acesso às UDMs. *“Medo da medicação, dos efeitos colaterais da medicação. Há relatos de pessoas que ficam o dia todo com diarreia”* (Usuário 1 HIV+).

Apesar dos benefícios significativos do tratamento precoce em países de rendas médias elevada e baixa, as pessoas continuam a testar tardiamente a infecção pelo HIV²⁸ devido às barreiras do teste de HIV, muitas das quais são comuns em contextos e populações²⁹.

Todos os usuários entrevistados tiveram sucesso no seu processo para iniciar o tratamento, mas, de acordo com as atas das reuniões e formulários de registros analisados, alguns usuários, mesmo conseguindo iniciar o tratamento, encontraram algumas barreiras durante o processo:

a) Dificuldade de aceitação do diagnóstico – alguns usuários que aceitaram a linkagem, não quiseram conversar sobre o processo de linkagem logo após o teste rápido; pediram um tempo para ‘digerir’ o diagnóstico, o que causou um certo atraso em todo o processo. Houve um usuário que revelou que queria cometer suicídio após o diagnóstico, além de outros casos em que o companheiro foi

considerado culpado pela transmissão do vírus.

b) Cadastro na Unidade Básica de Saúde (UBS) – para que o usuário inicie o tratamento, é necessário que ele realize o cadastro na UBS, embora tenha sido uma barreira significativa para o usuário que escolheu uma unidade mais distante do seu local de residência. Mesmo a descentralização da rede pública de saúde de Curitiba para o atendimento das pessoas vivendo com HIV/Aids, o território de moradia dos usuários foi uma questão importante para algumas UBS, por exemplo, de Mãe Curitibana, Vila Guaíra, Campina do Siqueira e Iperotiga. Assim, aqueles usuários que escolhiam o atendimento longe de suas casas, especialmente, para não serem reconhecidos por seus vizinhos no atendimento ou para que a UBS onde já eram cadastrados não soubesse do diagnóstico, eram impedidos por morarem em uma região que não correspondia à área atendida pelo serviço de saúde. Os linkadores conseguiram reverter a situação em alguns casos, e, em outros, os usuários foram direcionados para o COA. Esse fato causou desmotivação em alguns usuários, necessitando maior intervenção dos linkadores.

c) Tempo de espera para marcação de consultas e exames – em alguns dos casos relatados, a primeira consulta foi difícil de ser marcada, demorando até dois meses e gerando a transferência de UBS. Além disso, um linkador foi impedido de entrar na consulta médica com o usuário em uma UBS e, em outra UBS, foi observado o despreparo de uma das equipes para atender às PVHA. Houve também demora em relação ao agendamento dos exames considerados fundamentais para a prescrição da Tarv tais como CD4 e carga viral, assim como exames de raio-x do tórax para usuários com suspeita de tuberculose. De acordo com o relatório final da linkagem, 22 usuários tiveram dificuldade com marcação da consulta e 30 encontraram dificuldades com os exames laboratoriais.

d) Preconceito e discriminação – há alguns casos relatados nas atas das reuniões, como

encaminhamento de um usuário para outro serviço, haja vista que as PVHA podem ser atendidas em qualquer unidade de saúde; estigma/discriminação durante a consulta médica nas UBS de Bacacheri, Ouvidor Pardinho e Mãe Curitibana; um usuário foi expulso de casa após o pai descobrir que ele estava infectado pelo HIV; um usuário informou o número de um amigo para o linkador, com medo que a família descobrisse o seu diagnóstico.

O estudo realizado em Brasília (DF) por Pimenta e Merchan-Hamann²² chama à atenção de que há necessidade de reformulação na

educação e ensino dos profissionais de saúde para que haja redução das vulnerabilidades dos cidadãos homossexuais. Além disso, Gomes et al.¹⁸ mostram o quanto é fundamental o papel da sociedade civil na ocupação de espaços de controle social para a eliminação de barreiras que comprometem o acesso aos serviços de saúde.

Enfim, de forma a trazer uma síntese das barreiras de acesso (*quadro 4*) anunciadas pelos diferentes sujeitos, deixam-se registrados aspectos que se colocam como questões norteadoras para a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado aos HSH e a outros grupos vulneráveis.

Quadro 4. Síntese das barreiras de acesso

BARREIRAS DE ACESSO	
Barreiras para os HSH	Os profissionais e gestores citaram o horário de atendimento como a principal barreira para o HSH no COA; além de falta de equipe Para se chegar aos HSH de Curitiba, os profissionais e gestores mencionaram: acesso, humanização, falta de recursos humanos capacitados nos serviços, preconceito Para se chegar aos HSH de Curitiba, os usuários citaram: falta de informação, medo, homofobia, vergonha. Os usuários reagentes citaram: medo, preconceito, vergonha
Barreiras para se testar	Sob a visão dos profissionais e gestores: preconceito, falta de acesso (periferias), dificuldade no acolhimento nos serviços de saúde, questão da aceitação da sexualidade, horário de atendimento do COA, falta de equipe capacitada no COA Os usuários apontaram como barreiras: falta de profissionais capacitados; tempo para se fazer o teste; dificuldade de acesso; medo de sofrer preconceito; medo da exposição; medo do resultado; vergonha Os usuários HIV+ citaram: medo, preconceito, estigma, falta de informação
Barreiras para se tratar	Os profissionais citaram: negação do diagnóstico, questão da aceitação da sua sexualidade, preconceito, questão religiosa, falta de recursos financeiros (dinheiro pra transporte por exemplo) Os usuários HIV+ citaram como barreiras: medo da medicação, dos efeitos colaterais; falta de informação, vergonha e quando a pessoa quer 'desistir da vida'

Fonte: Elaboração própria.

Considerações finais

Esta pesquisa abordou o acesso dos Homens que fazem Sexo com Homens, uma das populações

mais vulneráveis à infecção pelo HIV, numa intervenção que visou a ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce para o HIV com o objetivo de priorizar tal população.

Os resultados da pesquisa revelaram que as estratégias do AHA convergiram para aumentar a visibilidade do COA entre os HSH e que a entrada do projeto AHA proporcionou também aumento da testagem no COA, abordagem mais adequada ao aconselhamento e atendimento.

O horário de atendimento do COA foi a principal barreira encontrada, podendo ser identificada como a barreira mais facilmente percebida como dificultadora do acesso. Além disso, ficou evidente a necessidade de ampliação da equipe do COA, pois o projeto AHA modificou o acesso de HSH no COA, mas a demanda só conseguiu ser absorvida devido à equipe contratada pelo projeto. Vale ressaltar a importância dessa equipe, profissionais capacitados que ajudaram na redução do tempo entre diagnóstico e tratamento e, também, na introdução de uma nova cultura organizacional.

As barreiras citadas para se chegar aos HSH, para os testar e para iniciar seus tratamentos imediatamente levam à conclusão que há necessidade de mais informação sobre o HIV/Aids e prevenção para toda a população, não somente para população-chave. Informações sobre o tratamento são também fundamentais para que as pessoas tenham conhecimento antes mesmo de um possível diagnóstico. Recomenda-se que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde possam desenvolver mais ações nessa área para a população em geral, sem focar nas populações-chave como tentativa de diminuir o estigma. Ações com o Ministério da Educação, como o extinto projeto Saúde e Prevenção nas Escolas poderiam surtir efeito, pois focarão justamente na população jovem, onde a epidemia predomina.

Ainda sobre o estigma, este estudo trouxe a necessidade de maior aprofundamento no tema, haja vista uma sobreposição encontrada. O estigma está presente não apenas na doença e nas categorias HSH, pessoas trans/travestis, mas também na situação de vulnerabilidade em que cada indivíduo se encontra, como a sua condição socioeconômica e as barreiras de acesso e

tratamento que essas condições podem trazer. É importante que haja educação permanente e rodas de conversa com a rede de atenção básica, incluindo também tópicos como sexo, sexualidade, gênero e vulnerabilidades. Além disso, cabe melhor mediação e interação com as organizações da sociedade civil e com os canais de comunicação para tematizar questões sensíveis para os jovens *gays* e outros HSH que precisem melhorar o acesso e o cuidado para uma vida sexual mais saudável.

Por fim, cabe enfatizar que a maioria dos entrevistados e usuários desta pesquisa possuem ensino médio completo ou acima e são, portanto, privilegiados em relação ao acesso, haja vista que o acesso está diretamente ligado ao nível de conhecimento e instrução do indivíduo. Nesse sentido, a ampliação do acesso para a garantia de direitos daqueles que efetivamente têm mais dificuldade de entrada nos serviços de saúde do SUS se revela ainda um grande desafio.

Agradecimentos

Juliane Cardoso, Tereza Kindra, Teresio de Freitas, Guilherme Passos, Carlos Henrique Gonçalves e José Henrique Vacillotto. Um agradecimento especial à Solange Kanson, Suely Deslandes e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp.

Colaboradoras

Cota VL (0000-0002-6823-9304)* contribuiu para concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Cruz MM (0000-0002-4061-474X)* contribuiu para concepção e planejamento, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. Communities at the centre. Global Aids update 2019. [acesso em 2020 jan 1]. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>.
2. Brignol S, Dourado I, Amorim LD, et al. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(5):1-14.
3. Torres RMC, Cruz MM, Perissèc ARS, et al. High HIV infection prevalence in a group of men who have sex with men. *The Brazilian Journal of Infected Diseases*. 2017; 21(6):596-605
4. Snowden JM, Wei C, McFarland W, et al. Prevalence, correlates and trends in seroadaptive behaviours among men who have sex with men from serial cross-sectional surveillance in San Francisco, 2004-2011. *Sexually Transmitted Infections*. 2014; 90(6):498-504.
5. Van Sighem A, Vidondo B, Glass TR, et al. Swiss HIV Cohort Study. Resurgence of HIV infection among men who have sex with men in Switzerland: mathematical modelling study. *PLoS One*. 2012 [acesso em 2019 jul 20]; 7(9):e44819.
6. Kerr LRFS, Mota RS, Kenadl C, et al. HIV MSM Surveillance Group. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*. 2013; 27(3):427-435.
7. Keer LRFS, Kendall C, Guimarães MDC, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine*. 2018; 97(supl1):S9-S15.
8. Goffman E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 2021.
9. Genberg BL, Kawichai S, Chingono A, et al. Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries. *AIDS and Behavior*. 2007; 12(5):772-780.
10. Parker R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública. In: Monteiro S, Vilela W, organizadores. *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
11. Silva AS. Por um lugar ao sol: construindo a memória política da homossexualidade (ou Homossexualidade: a história dos vencidos?). Bagoas. 2012 [acesso em 2019 maio 18]; (8):77-102.
12. Obrist B, Iteba N, Lengeler C, et al. Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLOS Medicine*. 2007; 4(10):1584-1588.
13. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(11):2865-2875.
14. Cock KM, Fleming PL, Karon JM, et al. HIV in the United States at the turn of the century: an epidemic in transition. *Am J Public Health*. 2001; (91):1060-1068.
15. Montaner JS, Tyndall MW, Wood E, et al. Prevalence and correlates of untreated human immunodeficiency virus type 1 infection among persons who have died in the era of modern antiretroviral therapy. *J Infect Dis*. 2003; (188):1164-1170.
16. Del Amo J, Broring G, Fenton K. HIV health experiences among migrant Africans in Europe: how are we doing? *AIDS*. 2003; (17):2261-2263.
17. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(4):975-986.
18. Gomes RRFM, Batista JR, Ceccato MGB, et al. HIV Knowledge among men who have sex with men in Brazil: applying the item response theory. *Rev. Saúde Pública*. 2014; (48):206-215
19. Denzin NK. Moments, mixed methods, and paradigm dialogs. *Qualitative Inquiry*. 2010; 16(6):419-427.

20. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011 [acesso em 2019 out 30]; 27(2):389-94.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
22. Pimenta FA, Merchan-Hamann E. Uso dos serviços de saúde por parte de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal. *Tempus: Actas de Saúde Colet*. 2011; 5(4):35-53.
23. Lippman SA, Veloso VG, Buchbinder S, et al. Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test kits: time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2014; 18(3):239-44.
24. Schmidt AJ, Marcus U. Self-reported history of sexually transmissible infections (STIs) and STI-related utilization of the German health care system by men who have sex with men: data from a large convenience sample. *BMC Infect Dis*. 2011; (11):132.
25. Wirtz AL, Kamba D, Jumbe V, et al. A qualitative assessment of health seeking practices among and provision practices for men who have sex with men in Malawi. *BMC Int Health Human Rights*. 2014; 14-20.
26. Marsicano E, Dray-Spira R, Lert F, et al. Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study. *AIDS Care*. 2014; 26(supl):S97-S106.
27. Silva AEP, Nascimento HO, Anjos JGX, et al. Epidemias no Estado do Amazonas: HIV e Aids em destaque. *Revista Soc. Cient*. 2020 [acesso em 2020 out 12]; 3(4). Disponível em: <https://www.scientificsociety.net/2020/06/epidemias-no-estado-do-amazonas-hiv-e-aids-em-destaque/>.
28. Maccarthy S, Hoffmann M, Ferguson L, et al. The HIV care cascade: models, measures and moving forward. *J Int AIDS Soc*. 2015; (18):19395.
29. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Brien N, et al. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: a qualitative study. *J. Inter. Aids Society*. 2017; (20):21385.

Recebido em 30/03/2020

Aprovado em 19/10/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Satisfação e acesso à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids no nordeste brasileiro

Access to and satisfaction with oral health care among persons with HIV/Aids in Northeastern Brazil

Lizaldo Andrade Maia¹, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer^{2,3}, Maria Vieira de Lima Saintrain⁴, Sharmênia de Araújo Soares Nuto^{3,4}, Ana Patrícia Pereira Morais⁵

DOI: 10.1590/0103-1104202112912

RESUMO Este estudo objetivou avaliar, na perspectiva das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), uso e satisfação com os serviços públicos de saúde bucal no Sistema Único de Saúde em Fortaleza (CE). Aplicaram-se questionários estruturados sobre perfil socioeconômico, uso e satisfação dos serviços públicos de saúde bucal para 241 PVHA que frequentam 8 Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids. A idade média dos usuários foi de $37,8 \pm 9,6$ anos; 161 (68,3%) do sexo masculino; com ensino médio completo ($n=79$; 32,8%); 59 (24,5%) ganham até 1 salário mínimo (US\$ 255). Apenas 155 (64,3%) foram ao dentista nos dois anos anteriores. Destes, 68 (28,2%) frequentavam serviços públicos, 31 (45,6%) dos quais não completaram o tratamento por falta de materiais/equipamentos defeituosos/reformas nas unidades de saúde. A nota média atribuída pelo paciente ao atendimento dos profissionais foi 7,6 ($\pm 2,5$), 50 (73,6%) declararam-se muito satisfeitos/satisfeitos. Quanto ao atendimento humanizado, 59 (86,7%) estavam muito satisfeitos/satisfeitos. Pacientes encaminhados pelo Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids e os que residem perto das unidades de saúde tiveram probabilidade significativamente maior de usar os serviços públicos. Apesar do uso limitado dos serviços públicos de saúde bucal, principalmente devido ao acesso insuficiente e aos procedimentos ineficazes de agendamento, os serviços usados pelos entrevistados foram avaliados satisfatoriamente.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Acesso aos serviços de saúde. HIV.

ABSTRACT *This study aimed to investigate, from the perspective of People Living with HIV/Aids (PLWHA), the use of and satisfaction with public oral health services within the Unified Health System (SUS) in Fortaleza (Northeastern Brazil). Structured questionnaires on socioeconomic profile and public oral health service use and satisfaction were administered to 241 PLWHA attending eight Specialized Healthcare Services (SAE) in HIV/Aids. The mean age was 37.8 ± 9.6 years, 161 (68.3%) were male, 79 (32.8%) had completed high school, and 59 (24.5%) reported earning ≤ 1 minimum wage (USD 225). Only 155 (64.3%) had been to the dentist in the preceding 2 years. Of these, 68 (28.2%) attended public services, but nearly half (45.6%) did not complete treatment due to lack of supplies, malfunctioning equipment or ongoing repair of facilities. On average, the service was graded 7.6 ± 2.5 , and 50 PLWHA (73.6%) reported being satisfied/very satisfied. As for humanized care, 86.7% were satisfied/very satisfied. Patients referred by SAE or residing near the facility were significantly more likely to use public services. Despite the limited use of public oral health services, mainly due to insufficient access and ineffective appointment scheduling and referral procedures, the services were mostly graded as satisfactory.*

KEYWORDS Oral health. Access to health services. HIV.

¹Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMSF) – Fortaleza (CE), Brasil. lizaldo@gmail.com

²Centro Universitário Christus (Unichristus) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil.

⁵Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.



Introdução

Com a introdução da terapia antirretroviral para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no final dos anos 1990, a expectativa e a qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) melhoraram consideravelmente. Além disso, o número de novas infecções por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em todo o mundo diminuiu 19% na última década¹. Apesar desses avanços, o HIV/Aids continua sendo um sério problema de saúde pública, principalmente devido à sua alta prevalência e a altos índices de morbimortalidade^{2,3}.

Em todo o mundo, havia 37,9 milhões de PVHA em 2018⁴. No Brasil, de 1980 a 2019, foram identificados 966.058 casos de Aids; e 338.905 pessoas morreram tendo o HIV/Aids como causa básica entre 1980 e 2018³. No entanto, o atendimento integrado de PVHA – desde medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos até recuperação e acompanhamento multidisciplinar – ainda é um desafio no cenário da atenção à saúde pública⁵, apesar da forte legislação apoiando essa população⁶.

É importante enfatizar que a promoção da saúde é conceituada como determinante e condicionante da saúde por se preocupar com o modo de viver da população, fatores econômicos, ambientais, ecológicos e culturais; incorporando iniciativas políticas orientadas^{7,8}. A prevenção de agravos, por sua vez, busca a ausência de doença, com enfoque no conhecimento epidemiológico, objetivando o controle da transmissão e a redução do risco de agravos à saúde⁹.

A crescente sobrevivência das PVHA implica uma demanda crescente por atenção à saúde bucal. O treinamento e a disposição dos dentistas para tratar as PVHA são essenciais para o atendimento integrado, principalmente por causa da manifestação precoce de lesões relacionadas com a Aids na cavidade oral. Tais lesões são vistas em até 80% dos pacientes com essa síndrome, sendo um importante marcador de imunossupressão¹⁰.

Criado em 1988, ancorado nos princípios da universalidade, equidade e atendimento integrado, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece atenção primária, secundária e terciária a todas as pessoas¹¹. O SUS é o primeiro sistema de saúde de um país em desenvolvimento a proporcionar acesso gratuito e universal para tratamento das PVHA, incluindo a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais de forma sistemática⁶.

Na década de 1990, o Ministério da Saúde incentivou os governos estaduais e municipais a implantarem o Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), que é responsável pelo acompanhamento dos pacientes, inclusive com encaminhamentos de pacientes HIV positivos para atendimento odontológico na atenção primária e dispensação da medicação antirretroviral¹².

O SUS fornece uma ampla gama de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) sob a égide da Estratégia Saúde da Família (ESF). O acesso aos serviços de APS é realizado por Equipes de Saúde da Família (EqSF), que incluem médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Desde o ano 2000, a ESF também é atendida por Equipes de Saúde Bucal (ESB)¹³. Cada ESF/ESB, instalada nos Centros de Saúde da Família (CSF), cobre uma área geográfica específica¹⁴ e, se necessário, encaminha os pacientes para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Em 2019, as ESF cobriam 96% dos municípios brasileiros, correspondendo a 64,2% da população. Da mesma forma, no mesmo ano, 28.797 ESB estavam implementadas em todo o País, correspondendo a uma cobertura de 42,8% da população¹⁵. No município de Fortaleza, Ceará (CE), além dos 8 SAE, a Rede de Atenção, em 2019, era composta de 109 CSF, 10 hospitais públicos municipais (atenção secundária e terciária), 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 11 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), 4 CEO e 4 Policlínicas. Informações do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) revelam uma cobertura da ESF no município de 56% (379 EqSF) e 33% de Saúde Bucal (260 ESB)¹⁵.

Estudos têm mostrado baixos níveis médios de escolaridade e renda entre as PVHA^{16,17}, indicando que uma parte importante dessa população depende de serviços públicos para suas necessidades de saúde. No entanto, pouco se sabe sobre acesso, uso de serviços e satisfação com os serviços públicos de saúde bucal em países com sistemas universais de saúde gratuitos como o Brasil. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar, na perspectiva das PVHA, o uso e a satisfação dos serviços públicos de saúde bucal em uma grande cidade brasileira.

Material e métodos

Estudo quantitativo, descritivo analítico, realizado em todos os SAE em Fortaleza (CE). Localizada na região Nordeste, é a quinta maior capital do Brasil (2,5 milhões de habitantes). Nessa região pobre, a taxa de detecção de Aids está acima da média nacional em 2018 (Fortaleza e Brasil, taxas de detecção 26,4 e 17,8 por 100 mil hab. respectivamente)^{3,18}.

A população do estudo consistiu em 2.153 PVHA residentes em Fortaleza (CE) e registradas em todos os oitos SAE municipais, de acordo com dados secundários obtidos no Serviço de Vigilância Epidemiológica do município e na Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids/Hepatites virais. Com o nível de significância estatística estabelecido em 90% e o erro amostral em 5%, foi calculado um tamanho amostral de 241 indivíduos.

Para inclusão como participante do estudo, era necessário ser PVHA, usuário de um dos SAE em Fortaleza (CE). As PVHA foram recrutadas proporcionalmente em todos os oito SAE. Após consulta de rotina aos infectologistas, o paciente era questionado se poderia participar da pesquisa pelo médico. Esses profissionais previamente contatados pelo pesquisador, sendo sensibilizados a apoiar a pesquisa. Todos os infectologistas aceitaram participar na captação de pacientes

para o presente estudo. Os pacientes eram encaminhados ao pesquisador após aceite em participar da pesquisa. Os pacientes foram excluídos da amostra se: i) residiam fora de Fortaleza (CE); ii) tinham menos de 18 anos; iii) estavam em sua primeira consulta; e iv) tinham diagnóstico de HIV há menos de dois anos. As informações foram coletadas por meio de questionário estruturado, aplicado presencialmente em 2013 por um único pesquisador em uma sala reservada, englobando questões sobre o nível socioeconômico, uso e satisfação do serviço público de saúde bucal, cuidado humanizado e os processos de assistência à saúde, conforme definido por Donabedian¹⁹.

No *software* estatístico Epidata 3.1., construiu-se o banco de dados, sendo processado e analisado no Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Os resultados descritivos foram processados por meio de frequências simples e percentuais. Além disso, a análise das associações entre as variáveis categóricas realizou-se mediante referência cruzada, calculando o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2). O valor de *p* foi considerado significativo quando menor ou igual a 0,05.

Todos os participantes foram informados dos objetivos e da metodologia do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob o número 357459.

Resultados

Um total de 241 PVHA, distribuídas proporcionalmente nos 8 SAE de Fortaleza (CE), foi incluído na pesquisa. Sete sujeitos recusaram participação. A idade média foi de 37,8 \pm 9,6 anos (variação: 18-65). A maioria era do sexo masculino ($n=161$; 68,3%), parda ($n=183$; 75,9%), solteira ($n=152$; 63,1%), com ensino médio completo ($n=79$; 32,8%), sem filhos

(n=126; 52,3%). Sobre as condições econômicas, 49 (20,3%) não têm renda, 59 (24,5%) ganham até um salário mínimo e 83 (34,4%) recebem entre um e dois salários mínimos – no momento da redação deste artigo, o salário mínimo oficial era equivalente a R\$ 998,00 (US\$ 255) por mês.

Quanto ao uso do serviço público de saúde bucal, 122 (50,6%) relataram receber tratamento odontológico em clínicas particulares, 78 (32,4%) possuíam plano de saúde, 68 (28,2%) frequentavam serviços públicos (CSF/CEO), 44 (18,3%) usavam serviços prestados por sindicatos, 16 (6,6%) foram atendidos na Faculdade de Odontologia e 5 (2,0%) possuíam seguro funeral com cobertura odontológica. Apenas 155 (64,3%) dos entrevistados foram ao dentista nos últimos 2 anos, 83 (34,4%) foram ao dentista há mais de 2 anos e 3 (1,2%)

nunca receberam atenção em saúde bucal. No primeiro desses subgrupos, 120 (77,4%) eram consultas de rotina; 19 (12,6%), emergências; e 16 (10,3%), atendimento especializado.

Os entrevistados relataram frequentar serviços públicos como CSF (n=61; 25,3%) e CEO (n=7; 2,9%) ou outros serviços (n=173; 71,8%). Metade (n=34; 50%) das PVHS que utilizam serviços públicos (CSF/CEO) o fez por demanda espontânea, enquanto 19 (27,9%) foram encaminhadas pelo SAE. Quase dois terços (64,7%; n=44) dos pacientes que utilizam o sistema público de saúde informaram que tiveram seu problema de saúde bucal resolvido. A *tabela 1* mostra a avaliação dos entrevistados que utilizaram o sistema público de saúde em relação à facilidade de acesso, resolução de problemas e finalização do tratamento (n=68).

Tabela 1. Forma de acesso, resolução do problema e tratamento completo nos serviços de saúde bucal (CSF/CEO). Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza (Ceará, Brasil) – n=68

	n	%
Como conseguiu acesso à consulta?		
Referenciado pelo SAE	19	27,9
Por meio do agendamento com o ACS ou ASB	3	4,4
Fichas distribuídas no dia	34	50,0
Outros	12	17,7
Está satisfeito com esta forma que conseguiu acesso à consulta?		
Sim	56	82,4
Não	10	14,7
Em parte	2	2,9
Considera que seu problema foi resolvido?		
Sim	44	64,7
Não	21	30,9
Em parte	3	4,4
O dentista completou o tratamento?		
Sim	37	54,4
Não	31	45,6
Por que o dentista não completou o tratamento?		
Falta material, problema no equipamento ou CSF em reforma	18	58,1
Dentista faltou ao trabalho	2	06,4

Tabela 1. (cont.)

	n	%
Dentista não agendou o retorno	4	12,9
Paciente faltou à consulta e não foi remarcar	3	9,7
Dentista soube que usuário era HIV+, disse que procurasse outro CSF	4	12,9

Fonte: Elaboração própria.

CSF = Centro de Saúde da Família; CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; SAE = Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids; ACS = Agente Comunitário de Saúde; ASB = Auxiliar em Saúde Bucal.

Na *tabela 2*, estão os resultados da avaliação dos pacientes em uma subamostra de 39 pessoas que receberam atenção em saúde bucal em clínicas públicas (CSF/CEO) e privadas. Dois deles (5,2%) consideraram CSF/CEO melhores ou muito melhores que as clínicas privadas, 19 (48,7%) conceituaram CSF/CEO

piores ou muito piores, enquanto 18 (46,1%) julgaram as duas opções semelhantes. Muitos usuários dos serviços públicos de saúde relataram ter omitido sua condição de HIV positivo durante as consultas odontológicas (n=16; 23,5%). Quatorze (87,6%) o fizeram por medo de discriminação ou negação da consulta.

Tabela 2. Participação em atividade educativa, comparação do serviço público com o particular e discriminação ou resistência por parte da equipe nos serviços de saúde bucal (CSF/CEO). Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza (Ceará, Brasil) - n=68

	n	%
Participou de atividade educativa com equipe de saúde bucal?		
Sim	18	26,5
Não	50	73,5
Se sim, foi satisfatória?		
	18	100,0
Se foi atendido em serviço particular (hospital, consultório, plano de saúde), como classificaria o atendimento prestado no CSF/CEO?*		
Muito melhor	1	2,6
Melhor	1	2,6
Igual	18	46,1
Pior	15	38,4
Muito pior	4	10,3
Passou por alguma forma de discriminação/preconceito durante o atendimento?		
Sim	2	2,9
Não	66	97,1
Você observou algum tipo de resistência por parte do dentista ou das auxiliares em atendê-lo ou durante o atendimento?		
Sim	4	5,9
Não	64	94,1

Tabela 2. (cont.)

	n	%
Omitiu alguma vez que é HIV+ durante o atendimento odontológico no CSF/CEO?		
Sim	16	23,5
Não	52	76,5
Se sim, por que omitiu?		
Receio de discriminação	09	56,3
Receio de não ser atendido	5	31,3
Dentista conhecia família do paciente	1	6,3
Pensou que não deveria falar	1	6,3

Fonte: Elaboração própria.

CSF = Centro de Saúde da Família; CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; SAE = Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids.

*Baseado em uma subamostra de 39 pacientes que receberam atendimento tanto no CSF/CEO quanto em clínicas particulares.

A *tabela 3* apresenta as respostas dos entrevistados em relação à localização, à estrutura física e à disponibilidade de suprimentos nas unidades públicas de saúde (CSF/CEO). Apenas 68 (28,2%) compareceram a serviços públicos, 31 (45,6%) não completaram o tratamento por várias razões, incluindo falta

de materiais/suprimentos, equipamentos com defeito ou reformas na infraestrutura da unidade de saúde. Quase metade (n=32; 47,1%) considerou a estrutura física adequada, enquanto 28 (41,2%) confirmaram a disponibilidade dos suprimentos necessários para o tratamento de sua condição.

Tabela 3. Estrutura física do consultório odontológico e distância deste a residência do usuário. Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza (Ceará, Brasil) - n=68

	n	%
A estrutura física do consultório do CSF/CEO é adequada para o atendimento?		
Sim	32	47,1
Não	15	22,1
Em parte	3	4,4
Não sei	18	26,5
O consultório do CSF/CEO tem todos os materiais necessários para o atendimento?		
Sim	28	41,2
Não	22	32,4
Em parte	5	7,4
Não sei	13	19,1
Nos últimos 12 meses, o serviço parou por falta de material ou de manutenção?		
Sim	38	55,9
Não	1	1,5
Não sei	29	42,6

Tabela 3. (cont.)

	n	%
Se sim, por quanto tempo?		
Entre duas e quatro semanas	2	5,3
Entre um e dois meses	9	23,7
Entre dois e quatro meses	13	34,2
Entre quatro e seis meses	9	23,7
Entre seis meses e um ano	3	7,9
Mais de um ano	1	2,6
Não sei	1	2,6
Mora no bairro perto do CSF/CEO em que foi atendido?		
Sim	42	61,8
Não	26	38,2
Se não, por que do atendimento longe do bairro onde mora?		
Solicitação do usuário	11	42,3
Encaminhamento do SAE	11	42,3
Outro	4	15,4
Teve dificuldade de deslocamento de sua casa até o CSF/CEO em que foi atendido?		
Sim	9	13,2
Não	59	86,8

Fonte: Elaboração própria.

CSF = Centro de Saúde da Família; CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; SAE = Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids.

Quando os usuários do CSF/CEO foram solicitados a classificar os cuidados recebidos (de 0 a 10), a pontuação média foi de $7,6 \pm 2,5$. Três quartos ($n=50$; 73,6%) estavam satisfeitos/muito satisfeitos com o serviço, enquanto um quarto ($n=18$; 26,5%) não estava muito satisfeito/insatisfeito. A tabela 4 mostra as respostas dos usuários do CSF/CEO em relação às práticas de cuidado humanizado observadas durante a consulta.

Para verificar a associação entre o uso do serviço público de atenção à saúde bucal e as variáveis das tabelas 1 a 4, os achados foram submetidos à tabulação cruzada e ao teste do qui-quadrado. Os resultados indicam que os pacientes encaminhados pelo SAE e os pacientes que residem perto das unidades de saúde tiveram uma probabilidade significativamente maior de usar os serviços públicos ($p \leq 0,001$ e $p \leq 0,01$ respectivamente).

Tabela 4. Dispositivos da humanização do cuidado nos serviços de saúde bucal (CSF/CEO). Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza (Ceará, Brasil) - n=68

	n	%
O dentista está preparado para resolver os problemas de saúde bucal do paciente?		
Sim	57	83,8
Não	6	8,8
Em parte	1	1,5
Não sei	4	5,9
Grau de satisfação geral do atendimento por parte do dentista		
Muito satisfeito	15	22,1
Satisfeito	35	51,5
Pouco satisfeito	10	14,7
Insatisfeito	8	11,8
Em relação ao respeito e à atenção no atendimento por parte dentista		
Muito satisfeito	23	33,8
Satisfeito	36	52,9
Pouco satisfeito	6	8,8
Insatisfeito	3	4,4
Em relação ao repasse de informações de forma clara durante o atendimento por parte do cirurgião-dentista		
Muito satisfeito	19	27,9
Satisfeito	31	45,6
Pouco satisfeito	11	16,2
Insatisfeito	7	10,3
Em relação ao acolhimento, a escutar a queixa, a compreender os medos, angústias, vulnerabilidade, por parte do dentista		
Muito satisfeito	27	39,7
Satisfeito	28	41,2
Pouco satisfeito	5	7,4
Insatisfeito	8	11,8
Em relação ao esforço do dentista em buscar interações com outros profissionais da EqSF ou ajuda de outros setores no sentido de atender a todas as suas necessidades de paciente		
Muito satisfeito	4	5,9
Satisfeito	2	2,9
Pouco satisfeito	1	1,5
Insatisfeito	3	4,4
Não sabe	58	85,3

Fonte: Elaboração própria.

CSF = Centro de Saúde da Família; CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; SAE = Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids; EqSF = Equipe de Saúde da Família.

Discussão

Devido à sua amplitude, este estudo permitiu uma melhor compreensão do uso e satisfação referente ao serviço público de saúde bucal entre as PVHA e alguns dos aspectos que podem moderar seu uso na perspectiva dessas pessoas. Além disso, o nível de satisfação das PVHA com a qualidade, acesso e resolutividade dos serviços possibilita o entendimento dos desafios enfrentados por sistemas universais gratuitos que englobam a atenção à saúde bucal, servindo de base para formulação de políticas públicas na área.

Considera-se a amostra desta investigação representativa da população geral das PVHA vivendo em Fortaleza (CE), pois foram entrevistadas onde os medicamentos antirretrovirais são dispensados. Devido ao alto custo dos medicamentos antirretrovirais e sua dispensação gratuita por meio do SUS, é improvável que uma proporção significativa de PVHA não usaria o sistema público de saúde para adquirir seus medicamentos.

O atendimento integrado por equipes multiprofissionais é necessário para minimizar o risco de complicações de saúde evitáveis². No entanto, o acesso limitado das PVHA à atenção à saúde bucal é um problema sério, considerando que essas têm uma maior necessidade dessa atenção do que a população geral^{20,21}. As necessidades não atendidas de atenção à saúde bucal são comuns entre as PVHA, e as barreiras ao atendimento parecem estar associadas à raça e a situação socioeconômica²². De fato, conforme demonstrado pelos indicadores socioeconômicos pesquisados, as necessidades de atenção à saúde bucal são substanciais nesses pacientes. Apenas um terço dos entrevistados cursou até o ensino médio, um quarto não possuía renda, e a maioria ganhava menos de dois salários mínimos. Esses achados são corroborados por outros estudos que apontam baixos níveis de escolaridade e renda entre as PVHA^{16,17}. Devido a condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis, uma proporção significativa de PVHA depende

exclusivamente do SUS e tem uma necessidade urgente de acesso aos serviços públicos.

Em um estudo baseado em uma amostra da população dos Estados Unidos da América (EUA), quase metade dos participantes relatou ter necessidades de saúde bucal não atendidas após o diagnóstico de HIV²². No Mississippi, a atenção à saúde bucal e o exame oral foram as necessidades não atendidas com maior frequência entre as PVHA²³. Contudo, é preciso compreender que a comparação entre Brasil e EUA não pode ser direta, haja vista uma discrepância entre os modelos de atenção à saúde utilizados nos dois países. Enquanto o Brasil possui um sistema público, universal e gratuito, que engloba a saúde bucal, os EUA possuem um sistema privado, acessado pela maioria da população via seguros de saúde, quem nem sempre incluem saúde bucal no rol de procedimentos disponíveis²⁴. Assim, é compreensível o baixo acesso dos pacientes PVHA entre os norte-americanos, o que não seria tão previsível no sistema brasileiro.

Em uma amostra de pacientes nigerianos, as necessidades não atendidas foram relatadas por 79,4%²⁵. Estudo brasileiro demonstrou uma alta demanda por serviços de atenção à saúde bucal em PVHA¹⁶. Por outro lado, a participação em programas governamentais voltados à melhoria do acesso à atenção à saúde bucal foi associada ao bem-estar geral em PVHA de baixa renda²⁶, o que deveria incentivar esses pacientes a buscarem atenção à saúde bucal. No entanto, neste estudo, o uso de serviços públicos gratuitos de saúde foi limitado, pois apenas um quarto da amostra relatou que conseguiu atendimento no CSF/CEO.

Entendendo a importância da atenção à saúde bucal na qualidade de vida das PVHA, buscou-se compreender como ela está sendo realizada no grupo pesquisado. Os resultados revelaram que mais de um terço dos entrevistados não se consultou com o dentista nos últimos dois anos, e que, dos que foram atendidos, mais da metade fez tratamento odontológico utilizando serviços privados. Nesse contexto, é importante mencionar que

os achados de Cavalcante et al.²⁷ e Araújo¹⁶ ressaltam que 21,0% e 45,1% dos usuários, respectivamente, afirmaram ter consultado um cirurgião-dentista há menos de um ano; enquanto em um estudo nos EUA, a maioria dos pacientes (52,4%) não havia consultado há mais de dois anos, 48,2% relataram uma ou mais necessidades orais não satisfeitas após o diagnóstico do HIV e 63,2% classificaram a saúde de seus dentes e gengivas como ‘regular’ ou ‘ruim’²⁷. Tendo em vista que os custos de serviços odontológicos particulares são altos e que a população estudada, em sua maioria, é de nível socioeconômico baixo, evidencia-se, assim, o interesse das PVHA na consulta odontológica e uma baixa acessibilidade dos serviços públicos odontológicos a essa população. Isso destaca a importância do desenvolvimento de estratégias para reduzir custos, aumentar o uso e reduzir as barreiras pessoais à atenção à saúde bucal, principalmente considerando o impacto da saúde bucal precária nessa população²².

Adiciona-se a preocupação da dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte dessa população, o baixo nível de atividades de educação em saúde desenvolvida pela ESB às PVHA. Mais de dois terços dos usuários do SUS que foram atendidos nos CSF/CEO não participaram dessa atividade educativa, resultados concordantes com outros estudos^{16,27}. Essa descoberta é preocupante, haja vista que a atenção em saúde bucal impacta a qualidade de vida das PVHA²⁸, principalmente quando apoiadas pela educação em saúde para a prevenção de doenças periodontais, bem como infecções bucais oportunistas².

No entanto, ter acesso ao serviço público de atenção à saúde bucal não é sinônimo de resolutividade/conclusão do tratamento. Quase metade dos usuários relatou não ter finalizado o tratamento odontológico. A falta de materiais, os problemas nos equipamentos ou as reformas nos CSF foram os motivos mais citados pelas PVHA que não completaram tratamento odontológico. Essas dificuldades, com a superlotação e a falta de vagas no CSF,

foram descritas por quase a totalidade dos usuários que tentaram, mas não conseguiram ser atendidos nos serviços municipais. Esses achados indicam um sério problema de acesso e resolutividade no atendimento às PVHA que buscam atenção à saúde bucal pública em Fortaleza (CE). Araújo¹⁶ destaca a falta de vagas nos serviços públicos como o principal problema das PVHA para conseguir acesso à consulta odontológica, apontado por 46,2% dos usuários. Além disso, esse autor resalta a recusa dos profissionais ao atendimento como um relevante incômodo. Isso pode explicar a alta porcentagem de pacientes que omitem sua condição de HIV positivo para os profissionais de odontologia²³.

A discriminação, ou o receio desta, pode induzir as PVHA a se autodiscriminarem na busca da assistência odontológica, fazendo com que elas escondam sua soropositividade e/ou procurem tratamento longe de seu domicílio, onde, teoricamente, são menos conhecidas, e, conseqüentemente, possuem menor vínculo com o serviço e maior dificuldade de acesso. Corroborando os resultados da literatura^{16,17,23,25-27}, a presente investigação demonstrou que mais de um terço dos usuários que tiveram acesso ao CSF/CEO foram atendidos longe do bairro em que residem; e, destes, quando encaminhados pelo SAE para o cirurgião-dentista, quase a metade solicitou atendimento longe da sua residência.

Pesquisas evidenciaram que mais da metade das PVHA não revelou ao cirurgião-dentista sua condição sorológica ante o tratamento odontológico. As principais justificativas dessas pessoas para omitir seu estado na condição de HIV positivo podem consistir no medo de recusa do atendimento e no receio de serem discriminadas ou tratadas com preconceito^{16,17}. Igualmente, na presente investigação, quase um quarto dos usuários atendidos afirmou já ter omitido alguma vez a condição de HIV positivo durante o atendimento odontológico. Quase 90% apontaram como motivos o medo de ter atendimento recusado ou serem discriminados.

As dificuldades para acessar o serviço podem ser consequência da vulnerabilidade e do preconceito que esse grupo sofre. Também podem estar relacionadas com a precária formação humanística e técnica dos profissionais da saúde; com a forma do processo de trabalho das EqSF, que não favorecem a criação de vínculo com o usuário e o território vivo; com a não priorização de grupos vulneráveis, o que pode permitir que a discriminação (explícita ou implícita) se instale nos CSF; com a estrutura social, cultural, econômica e política da sociedade. Essas questões podem ser consideradas como violência estrutural às PVHA, a qual se expressa nas oportunidades desiguais, na discriminação e na injustiça, como, por exemplo, no acesso à educação e a serviços de saúde. Johan Galtung²⁹ a define como uma violência que não é praticada por um agente concreto com o objetivo de infligir sofrimento, mas é gerada pela própria estrutura social. A violência estrutural não é, necessariamente, um processo ativo e deliberado, podendo revelar-se pela ausência de proteção e de garantia de direitos e necessidades. Ela está intimamente ligada à injustiça social, já que afeta as pessoas de maneiras diferentes dentro das diversas estruturas sociais³⁰. Esses aspectos levam, então, a refletir sobre a importância de aplicação dos princípios da ética e da bioética no atendimento das PVHA, visto que, ambientes discriminatórios e preconceituosos, que geram invasão de privacidade, dificultam a assistência a esse grupo de usuários³¹, e podem comprometer seu acesso e sua adesão ao tratamento, afetando sua saúde.

Considerando todas essas questões em discussão, evidenciou-se, também, que, para efetivação de uma atenção à saúde bucal resolutiva e contínua, é necessária, além de amplo acesso e boa qualidade do serviço, a adesão do usuário ao tratamento. Para tanto, a prática do cuidado humanizado às PVHA, por parte da ESB, pode contribuir de maneira significativa, apoiando esses usuários na continuidade do tratamento. A humanização da atenção deve ser efetivada no cotidiano dos serviços, concretizando uma

boa relação profissional-paciente e buscando a melhoria da qualidade de vida dos usuários³². Tecnicamente, humanização é sinônimo de assistência de qualidade, associada ao reconhecimento da subjetividade, direitos e referências culturais dos pacientes³³. Nesse sentido, a humanização da atenção busca alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, estabelecendo vínculo/responsabilização das equipes com os usuários. A autonomia deve ser respeitada, considerando sua singularidade, e, em se tratando da atenção às PVHA, sua vulnerabilidade, levando em conta a subjetividade da doença^{32,33}.

Sobre as práticas de cuidado humanizado observadas durante a consulta das PVHA, verificou-se, no presente estudo, nota de 7,6 ($\pm 2,5$) atribuída pelos pacientes ao atendimento prestado pelo cirurgião-dentista. A maioria dos usuários entrevistados acredita que os profissionais que os atenderam estão preparados para resolver seus problemas de saúde bucal, declarando-se muito satisfeitos ou satisfeitos em relação ao grau de satisfação geral do atendimento. Mais de 70% das PVHA atendidas nos CSF/CEO assinalaram muito satisfeitos ou satisfeitos, considerando o respeito, a atenção e o repasse de informações de forma clara durante o atendimento.

Em contraste com estudo anterior³⁴, na presente investigação, quando perguntado às PVHA atendidas nos CSF/CEO se já haviam passado, durante o atendimento odontológico, por alguma forma de discriminação e/ou preconceito, ou ainda se haviam observado algum tipo de resistência por parte dos profissionais em atendê-las, apenas um percentual muito baixo respondeu que sim. Esse achado é relevante, pois comprova que, ao menos sob a ótica das PVHA atendidas, a ESB tem conseguido oferecer assistência humanizada, considerando os resultados discutidos. Ou seja, os profissionais que se dispõem a atender as PVHA o fazem de forma humanizada e desprovida de preconceito.

É interessante enfatizar, como já discutido anteriormente, que a maior adesão do usuário

ao tratamento passa por várias questões, que vão desde a acessibilidade (por exemplo, distância da unidade de saúde de sua residência, disponibilização de horários para seu atendimento), passando pela presença de material odontológico em quantidade e qualidade necessários, profissionais qualificados para o atendimento, aptos a acolher e a resolver as demandas do paciente, até questões mais subjetivas, como humanização do cuidado e criação de vínculo paciente-profissional. Dessa forma, é necessário que políticas públicas voltadas ao cuidado desses pacientes compreendam e trabalhem esses aspectos, enfocando a formação profissional, a organização da rede de atenção, a qualificação do processo de referência e contrarreferência, a estruturação dos serviços de saúde bucal, entre outros aspectos.

Considerações finais

Pode-se concluir que o atendimento odontológico humanizado às PVHA nos CSF/CEO de Fortaleza (CE) pode ser uma ferramenta fundamental no processo de adesão do usuário ao tratamento, bem como sua importância na avaliação desses serviços. Assim, a metodologia utilizada no presente estudo permitiu uma descrição da realidade, com grande parte dos usuários declarando-se satisfeita com a qualidade do serviço odontológico prestado pelas ESB, embora tenham sido observadas queixas quanto à interrupção do tratamento ocasionadas pela deficiência de recursos

físicos e materiais. Evidencia-se, portanto, que a atenção à saúde bucal às PVHA em Fortaleza (CE) é de difícil acesso e possui entraves nos procedimentos de agendamento e encaminhamento dos pacientes. Os profissionais dispostos a tratar as PVHA foram percebidos como oferecendo um nível satisfatório de atendimento, embora os avanços significativos no acesso a medicamentos antirretrovirais e do estabelecimento de centros de referência para as PVHA, os serviços públicos de saúde integrados – incluindo atenção à saúde bucal – ainda estejam em estágio inicial.

O presente estudo esclareceu a importância do atendimento integrado às PVHA, sendo necessária a distribuição de medicamentos antirretrovirais, que se mostra insuficiente para apoiar totalmente a qualidade de vida desses pacientes. Outrossim, esta pesquisa pode contribuir para uma relevante discussão a respeito dessas questões enquanto levadas em consideração pelos sistemas que pretendem enfrentar o desafio de cuidar das PVHA.

Colaboradores

Maia LA (0000-0003-0634-1757)*, Vieira-Meyer APGF (0000-0003-4237-8995)*, Saintrain MVL (0000-0003-1514-3218)*, Nuto SAS (0000-0002-4763-6773)* e Morais APP (0000-0001-6188-7897)* colaboraram igualmente para concepção e planejamento da pesquisa; para análise e interpretação dos dados e para redação e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Buchala CM, Cavalheiro TR. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e a aids: uma proposta de core set. *Acta Fisiátrica*. 2008; 15(1):42-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 2020 jan 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>.
- Report on the global AIDS epidemic. Relatório Informativo. Geneva: UNAIDS 2019. [acesso em 2019 dez 6]. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/11/2019_UNAIDS_WAD2019_FactSheet.pdf.
- Naidoo P. Barriers to HIV Care and Treatment by Doctors: A review of the literature. *S Afr fam pract*. 2006; 48(2):55-16e.
- Brasil. Lei nº 9.133, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União*. 14 Nov 1996. [acesso em 2019 set 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm.
- Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010 [acesso em 2012 set 12]; 14(2):368-376. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/21.pdf>.
- Mooneya B, Timmins F, Byrneb G, et al. Nursing students' attitudes to health promotion to: Implications for teaching practice. *Nurse educ. today*. 2011 [acesso em 2013 ago 15]; 31(8):841-848. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com.ez18.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S026069171000256X#bb0255>.
- Czeresnia D. O Conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CME, organizadores. *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(9):700-706.
- Barros AJD, Santos IS, Bertold ID. Can mothers rely on the Brazilian health system for their deliveries? An assessment of the use of public system and out-of-pocket expenditure in 2004 Pelotas Birth Cohort Study, Brazil. *BMC Health e Serv Res*. 2008; (8):57-63.
- Borges MJL. Integralidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids: uma avaliação de serviços de assistência. [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 137 p.
- Giovanella L. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: Cebes; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2019 dez 6]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Informação e Gestão da Atenção Básica. Histórico de Cobertura. 2019. [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/reIHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml>.
- Araújo DB. Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de Fortaleza-Ceará. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2010. 110 p. [acesso em 2019 set 7]. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1011/1/2010_dis_dbaraujo.pdf.
- Pires MBO, Martelli Júnior H, Melo Filho MR, et al. Dificuldades percebidas por pacientes vivendo com HIV/AIDS em obter tratamento odontológico. *Arq Odontol*. 2008; 44(3):25-31.

18. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Fortaleza; 2019. [acesso em 2020 jan 12]. Disponível em: saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/BOLETIM-AIDS-2019_29_11_2019.pdf.
19. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12):1743-1748.
20. Jones J, Mofidi M, Bednarsh H, et al. Increasing access to oral health care for people living with HIV/AIDS in rural Oregon. Public Health Rep. 2012; 127(supl2):65-72.
21. Fox JE, Tobias CR, Bachman SS, et al. Increasing access to oral health care for people living with HIV/AIDS in the U.S.: baseline evaluation results of the Innovations in Oral Health Care Initiative. Public Health Rep. 2012; 127(supl2):5-16.
22. Jeanty Y, Cardenas G, Fox JE, et al. Correlates of unmet dental care need among HIV-positive people since being diagnosed with HIV. Public Health Rep. 2012; 127(supl2):17-24.
23. Krause DD, May WL, Butler Jr KR. Determining unmet, adequately met, and overly met needs for health care and services for persons living with HIV/AIDS in Mississippi. AIDS Care. 2012; 25(8):973-979.
24. Noronha JC, Ugá MAD. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: Buss PM, Labra ME, organizadores. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. 265 p. [acesso em 2019 set 30]. Disponível em: <http://books.scielo.org>.
25. Adedigba MA, Ogunbodede E, Jeboda SO, et al. Self-perceived and unmet general health need among PLWHA in Nigeria. East Afr J Public Health. 2008; 5(3):199-204.
26. Bachman SS, Walter AW, Umez-Eronini A. Access to oral health care and self-reported health status among low-income adults living with HIV/AIDS. Public Health Rep. 2012; 127(supl2):55-64.
27. Cavalcante CAT, Gonçalves DHA, Maia DKA, et al. A atenção em saúde bucal para DST/HIV/AIDS na rede municipal de Belo Horizonte: diagnóstico loco-regional. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2006. [acesso em 2015 ago 18]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/atencaoem-saudebucalparadsthiv aids.pdf>.
28. Brown JB, Rosenstein D, Mullooly J, et al. Impact of intensified dental care on outcomes in human immunodeficiency virus infection. AIDS Patient Care STDS. 2002; 16(10):479-86.
29. Galtung J. Violence, Peace, and Peace Research. J Peace Res. 1969; 6(3):167-191.
30. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, et al. Structural Violence and Clinical Medicine. PLOS Med. 2006; 3(10):1686-1691.
31. Carneiro HG. Ética e Bioética no atendimento aos pacientes portadores de HIV/aids no Sistema Único de Saúde. Cad IberAmer Direito Sanit. 2013; 2(2):839-849.
32. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface (Botucatu). 2005 [acesso em 2019 ago 27]; 9(17):398-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>.
33. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da Assistência hospitalar. Ciênc. Saúde Colet. 2004; 9(1):7-14.
34. Andrade JT, Holanda VMS, Gondim APS. Em busca do humano: avaliação do Humaniza SUS em ações municipais de saúde em Fortaleza. Relatório Final. Observatório de Recursos Humanos em Saúde – CETREDE / UFC; Fortaleza: Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde Coletiva – UECE; 2007. [acesso em 2015 set 30]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Busca_humano.pdf.

Recebido em 15/03/2020

Aprovado em 05/11/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Práticas estéticas e corporais: criação e produção de subjetividade na atenção psicossocial

Aesthetic and body practices: creation and production of subjectivity in psychosocial care

Elizabeth Araújo Lima^{1,2}, Guilherme Providello^{2,3}, Juliana Araújo Silva^{1,2}, Juliana Maria Padovan Aleixo², Livia Pellegrini², Paula Carpinetti Aversa², Tais Barrenha², Tanya Marques Cardoso²

DOI: 10.1590/0103-1104202112913

RESUMO Práticas estéticas e corporais têm ocupado um lugar significativo na atenção psicossocial, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Propostas que inventam outras formas de produção de saúde e de subjetividade, associadas à participação social, têm valorizado a diversidade de formas de expressão em saúde mental e a diferença nas formas de existência. Com o intuito de estudar essas práticas e criar um campo de comunicação e produção coletiva de suas singularidades e seu plano comum, um grupo de pesquisadores se reuniu no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista e desenvolveu pesquisas articuladas ao projeto ‘Práticas estéticas e corporais na atenção psicossocial: processos de criação e produção de subjetividade’. Nessas pesquisas, foram exploradas as relações entre arte e saúde mental, a produção das políticas públicas relacionadas ao campo, o desenvolvimento das práticas clínicas, artísticas e culturais e a formulação de conceitos e perspectivas teóricas que sustentem essas práticas. Neste texto, serão apresentadas, brevemente, as políticas públicas de saúde e cultura que foram desenvolvidas no Brasil nos últimos 30 anos, sua articulação intersetorial e algumas experiências práticas nesse campo, que temos desenvolvido e pesquisado.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Política pública. Arte. Cultura.

ABSTRACT *Aesthetic and body practices have played a significant role in psychosocial care, in the context of the Brazilian Psychiatric Reform. Proposals that invent other ways of producing health and subjectivity, associated with social participation, have valued the diversity of expression in mental health and the difference in forms of existence. In order to study these practices and create a field of communication and collective production of their singularities and their common plan, a group of researchers met in the Graduate Program in Psychology at Universidade Estadual Paulista, creating the line of research ‘Aesthetic and body practices in the psychosocial care: processes of creation and production of subjectivity’. In the inquiries developed, the relations between art and mental health, the production of public policies related to the field, the development of clinical, artistic and cultural practices and the formulation of concepts and theoretical perspectives that support these practices were explored. In this paper, the health and culture public policies that have been developed in Brazil in the last 30 years, their intersectoral articulation and some practical experiences in this field, which we have developed and researched, will be briefly presented.*

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
beth.araujolima@gmail.com

²Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Assis (SP), Brasil.

³Centro Universitário de Ourinhos (Unifio) – São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS *Mental health. Public policy. Art. Culture.*



O risco – estou arriscando descobrir terra nova.
(Clarice Lispector, em *Água Viva*)

Introdução

A atenção psicossocial se configurou como um conjunto de práticas e saberes que orientam a invenção de dispositivos de cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Entre esses dispositivos, as práticas estéticas e corporais ganharam relevância, ampliando as possibilidades de atenção em projetos de caráter artístico e cultural. Essa perspectiva começou a ser desenvolvida a partir dos anos 1980, quando movimentos sociais e mobilizações públicas pela democracia provocaram importantes transformações no cenário político do País. A luta pelo fim da ditadura militar, a construção da abertura política e o fortalecimento de diversos movimentos em defesa dos direitos de todos criaram as condições para a promulgação de uma nova Constituição, em 1988, à qual se seguiu a construção de políticas públicas pautadas nas ideias de saúde e cultura como direitos fundamentais.

Essas políticas foram fortalecidas nos últimos 30 anos e encontram-se, hoje, fortemente ameaçadas por uma agenda de retrocessos. Evidencia-se, assim, que a construção das políticas não indica o fim das lutas. É sempre no entroncamento das lutas que se estabelecem formas de produzir e exercer direitos, que só podem ser garantidos no espaço público quando se pertence a uma comunidade no interior da qual é possível agir e participar, segundo Arendt¹. Foi para construir esse espaço público que trabalhadores de saúde, cultura e artes e usuários e familiares de serviços públicos se juntaram aos movimentos sociais e abriram um caminho de atuação intersetorial, resignificando a presença das atividades artísticas e culturais a partir de uma perspectiva ético-estético-política.

Nesse contexto, práticas estéticas e corporais passaram a instigar a invenção de outras formas de produção de saúde e subjetividade, associadas à participação social e à produção cultural. Promovem-se, assim, novas articulações entre as experiências singulares e a vida coletiva, na afirmação dos direitos de fruição e produção cultural e na valorização da multiplicidade de formas de existência e da diversidade de formas de expressão.

Com o intuito de criar um campo de comunicação e investigação coletiva dessas práticas, suas singularidades e seu plano comum, foi criado o projeto ‘Práticas estéticas e corporais na atenção psicossocial: processos de criação e produção de subjetividade’, na linha de pesquisa ‘Atenção psicossocial e políticas públicas’ do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp). O projeto articula uma rede de pesquisas que investigam as relações entre arte e saúde mental, a produção das políticas públicas relacionadas ao campo, o desenvolvimento das práticas clínicas, artísticas e culturais e a formulação de conceitos e perspectivas teóricas que sustentem essas práticas²⁻⁹.

A cartografia é o *ethos* metodológico que ambienta essas pesquisas, que acompanham processos e que são marcadas por uma atitude crítica de transdisciplinaridade. Essa atitude faz atravessarem-se as disciplinas na construção de um plano composto por materiais e procedimentos heterogêneos – “componentes teóricos e tecnológicos, mas também estéticos, éticos, econômicos, políticos e afetivos”¹⁰⁽⁷⁴⁾ – na afirmação do caráter construtivo e inventivo da produção de conhecimento. As pesquisas que envolveram seres humanos foram realizadas de acordo com princípios éticos e foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesp.

Neste texto, serão apresentadas, brevemente, as políticas públicas de saúde e cultura que foram desenvolvidas no Brasil nos últimos 30 anos, sua articulação intersetorial e algumas experiências nesse campo, que temos desenvolvido e/ou pesquisado.

A construção de políticas públicas de saúde e cultura

Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial

As lutas sociais voltadas à defesa e à promoção da saúde como direito mobilizaram diferentes atores e grupos da sociedade civil em torno de um projeto comum e, através do Movimento da Reforma Sanitária, possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nos princípios de justiça social, equidade, integralidade e universalidade. A proposição do SUS expressa, assim, uma radicalização do projeto democrático, que vai muito além da oferta de serviços de saúde e garantia de acesso e consumo desses serviços, apostando na criação de práticas de saúde comprometidas com a dimensão pública da vida¹¹.

No contexto da criação do SUS, e influenciada pelas experiências de transformação dos modelos de atenção em saúde mental em diversos países, surge a Luta Antimanicomial. Esse movimento político e social, formado por trabalhadores da saúde mental, familiares e pessoas com sofrimento psíquico, tem lutado pelo fim dos manicômios e das práticas de violência, tortura e maus tratos que são realizadas ali, tendo como um de seus princípios a ideia de que a aproximação à experiência da loucura deveria se dar no espaço cultural.

Um dos resultados da Luta Antimanicomial foi a construção da RPb como política pública de saúde mental, pautada na estruturação de uma rede de atenção não hospitalocêntrica. A RPb foi profundamente influenciada pela Psiquiatria Democrática Italiana, que considerava que os desafios colocados para os profissionais de saúde mental não seriam a cura e a adaptação à vida produtiva, mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade. Na articulação entre a materialidade do espaço institucional e a potencialidade dos recursos subjetivos, nomeada por Franco Rotelli¹² como

economia terapêutica, deveria emergir uma comunidade marcada pela solidariedade e pela afetividade. A materialidade do espaço institucional compreende a forma como o serviço se organiza, o tipo de modelo assistencial que o caracteriza, o regime de trabalho e a remuneração do profissional de saúde. Nesse contexto, o deslocamento da noção de cura para a de produção de vida potencializa mudanças subjetivas ao mesmo tempo que promove o desmonte da lógica asilar. Nesse processo de mudança de paradigma, todos os atores são convocados à construção do sentimento de pertencimento e à tessitura dos laços comunitários.

A transmutação dessa proposta em política pública implicou a criação de uma série de diretrizes e portarias que direcionaram a mudança paradigmática, além de alocar recursos para sua implantação, possibilitando o acesso à cultura, ao lazer e à saúde de modo interdisciplinar e intersetorial. A Lei nº 10.216, de 2001, defende o direito à saúde mental em novos modelos de assistência e é operacionalizada pelas portarias nº 336 e nº 189, de 2002, que instituem os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e possibilitam a abertura dos Centros de Convivência e Cooperativas (Cecco) ou Centros de Convivência e Cultura (Cecc). Nesses estabelecimentos, são realizadas oficinas terapêuticas, artísticas e culturais inscritas na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), por meio da Portaria nº 728, de 2002. Seu conceito é reforçado pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental, e na IV Conferência, em 2010, foi reconhecido seu papel na construção da rede intersetorial.

Sua efetivação e transformação em ações de cuidado requerem a superação do paradigma psiquiátrico e implicam, segundo Amarante, uma atuação em quatro dimensões: a dimensão teórico-conceitual, que problematiza teorias e conceitos que sustentam o saber psiquiátrico tradicional; a dimensão técnico-assistencial, relativa aos modos de cuidar; a dimensão jurídico-política, voltada para a discussão e

redefinição das legislações que envolvem os doentes mentais; e a dimensão sociocultural, que abarca o conjunto de ações que visam a transformar a relação que a sociedade possui com a loucura. A dimensão sociocultural – que busca provocar e desestabilizar o imaginário social relacionado à loucura e envolver a sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica, a partir da produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos – é uma das dimensões “mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica”¹³⁽⁷³⁾.

A articulação dessas quatro dimensões alicerça um novo modo de agir em saúde mental: a atenção psicossocial, que propõe o deslocamento do paradigma psiquiátrico para o paradigma psicossocial, compreendendo o tratamento do sujeito dentro de uma clínica ampliada e transdisciplinar. A atenção psicossocial tem como elemento nuclear a desinstitucionalização, compreendida como um processo de ruptura com o modelo asilar e uma proposta de nova relação com as experiências de sofrimento psíquico, oferecendo tratamento no território, produzindo aproximação entre usuários e comunidade, repensando as condições de cidadania e desenvolvendo ações coletivas para fortalecimento de processos democráticos e construídos com os usuários¹⁴.

Os aparatos institucionais da RPB são, antes de tudo, “dispositivos de produção de subjetividade e subjetivação”¹⁵⁽⁵⁵⁾ que fazem coincidir as práticas em saúde mental com práticas de produção de subjetividades e de produção de cultura, o que demanda

uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado¹⁶⁽²⁹⁾.

A desconstrução do modelo manicomial e asilar foi acompanhada, assim, da criação de uma ampla rede de dispositivos de cuidados e produção de subjetividade com foco da assis-tência no território sociocultural, entre eles, as

oficinas, os ateliês e as cooperativas presentes nos Caps e nos Ceccos, como já citado. Várias experiências culturais e artísticas, orientadas pelo paradigma psicossocial, começaram a ser gestadas e implementadas, ampliando a atenção em saúde mental com propostas para assegurar oportunidades de acesso, exercício e expressão dos potenciais criativos, artísticos, culturais e intelectuais.

A saúde mental passou a ser vista na sua relação com o viver, a convivência e as experiências culturais. Concebendo a vida como movimento, assegurar a liberdade desse movimento e sua sustentação seria criar condições favoráveis para a invenção de múltiplas saúdes possíveis¹⁷.

Cultura como direito e diversidade cultural

No mesmo período em que ocorreram avanços na direção de uma atenção ampliada em saúde mental, uma alteração significativa nas políticas culturais desencadeou um processo de democratização da cultura, valorização da diversidade cultural e incentivo, por parte do Estado, a iniciativas que emergem em diferentes regiões do País. Questões de subjetividade, território, acessibilidade e diferença passaram a compor as pautas de políticas culturais que concebem a cultura como direito e importante elemento para o desenvolvimento e para a redução da pobreza e da desigualdade.

Lima e Ortellado argumentam que as políticas culturais do período deslocaram o foco da democratização do acesso aos produtos culturais para dar suporte, fomento e acesso às atividades de produção cultural e ao processo criativo aí envolvido, na direção de uma efetiva democracia cultural. Segundo os autores, a atividade cultural gera produtos ou serviços, mas sua verdadeira riqueza está no processo que se realiza num tempo estendido, e envolve esforços constantes de criação, pesquisa e formação¹⁸.

Um conceito ampliado de cultura orienta essas novas políticas, nas quais as manifestações culturais ganham em diversidade,

linguagens e funções sociais. A cultura passa a ser vista como experiência comum, vinculada à produção de sentidos e valores e expressão da multiplicidade de formas de vida presente em uma determinada sociedade¹⁹. Em consonância, as políticas culturais voltam-se a segmentos considerados mais vulneráveis, e passam a incluir em sua agenda a cultura popular, a cultura indígena, das comunidades quilombolas, do povo cigano; voltam-se, também, para a expressão artística de pessoas em sofrimento psíquico e das pessoas com deficiência, valorizando suas expressões artístico-culturais no que estas têm de diversidade e singularidade. Cultura e saúde começam a se imbricar.

Saúde e cultura: intersectorialidade

A partir de 2003, uma série de iniciativas intersectoriais começa a ser desenvolvida entre o Ministério da Cultura e o Ministério da Saúde. Um exemplo dessas iniciativas foi a realização da Oficina ‘Loucos pela Diversidade – da diversidade da loucura à identidade da cultura’, que, em 2007, congregou artistas, produtores culturais, profissionais da saúde, pesquisadores e usuários de serviços de saúde mental comprometidos com o desenvolvimento de projetos artístico-culturais no campo da saúde mental²⁰. A ela seguiu-se o Prêmio ‘Loucos pela Diversidade’, que, em 2009, premiou projetos artísticos desenvolvidos por pessoas em sofrimento psíquico, por grupos autônomos ligados à experiência em saúde mental ou por equipes de instituições e equipamentos de saúde ou cultura.

Os pontos de confluência do conjunto de experiências que se apresentaram a esse prêmio, vindas de setores da cultura e/ou da saúde, foram: a afirmação da saúde e da cultura como direito; a ideia de que práticas culturais podem produzir saúde, e práticas no campo da saúde podem produzir arte e cultura; e a aposta de que experimentações artísticas e culturais com sujeitos que vivem ou viveram experiências de sofrimento e medicalização podem alterar padrões de discriminação e

estigmatização, ampliar territórios de circulação e troca, produzir novos sentidos para o sofrimento, criar novas linguagens e expressões culturais e produzir uma vida mais rica para todos²¹.

Para Yasui²², produzir a intersectorialidade implica

construir um processo que envolve um intenso diálogo, que pressupõe reconhecer e respeitar as especificidades e as diversidades de cada campo; explicitar os conflitos e os interesses envolvidos, para que se possam negociar e pactuar ações; unir potências, produzir encontros ao redor dos temas que perpassem por todos esses campos, a saber: a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população²²⁽¹⁵⁵⁾.

Esse desejo de intersectorialidade recoloca o papel das políticas públicas como potencializadoras da força criativa existente em todos e qualquer um, especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade e risco social, apoiando-se sobre os eixos da criação, expressão, acesso, difusão, participação e produção de subjetividade. Trata-se, principalmente, de revigorar a dimensão pública das políticas, reconhecendo o protagonismo da criação de políticas no âmbito dos coletivos e dos espaços públicos plurais²³. Público aqui não é aquilo que é estatal, mas se refere ao espaço no qual se está entre os seres humanos como seres políticos, isto é, o espaço no qual as pessoas podem exercer sua potência de agir.

Experimentações no território vivo das cidades

As práticas em saúde mental no paradigma psicossocial buscam desconstruir os manicômios, substituí-los por novas instituições que se expandem e se movimentam na relação com outros setores. Essas ações pedem a exploração de um mundo extramuros que anseia pelo trabalho territorial e por uma clínica peripatética²⁴.

O paradigma psicossocial propõe a potencialização dos recursos que o próprio território oferece para cuidar em liberdade, incentivando as trocas, as relações interpessoais, a participação sociocultural, numa rede que sustente desestabilizações para que a vida possa seguir seu curso e suas errâncias. Essa rede é composta por diversos dispositivos, programas e serviços de saúde e cultura, iniciativas da sociedade civil e de grupos autônomos. Juntas, essas iniciativas buscam criar as condições para um acompanhamento efetivo no território vivo da cidade, que envolve elementos materiais e imateriais do lugar: ruas, casas, relações interpessoais, afetos, memórias, histórias e universo cultural, num jogo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização²⁵.

No âmbito das ações que articulam arte, saúde e cultura, as chamadas ‘oficinas’ ganharam destaque, introduzindo nos serviços de saúde mental diversos campos de atividades: artesanais, artísticas, esportivas, produtivas e educacionais. O intuito desses dispositivos é instaurar espaços grupais de socialização, expressão e participação, funcionando como ambiente de convivência e cuidado, de modo a romper com ações iatrogênicas do modelo asilar e desestabilizar enquadres da clínica tradicional⁵.

A seguir, serão apresentadas algumas experimentações que se deram num ambiente intersetorial e que foram estudadas nas pesquisas que realizamos. Nelas, a produção de saúde e subjetividade implicou o desenvolvimento de “processos de criação voltados para construção de novas línguas, novos territórios, novos sentidos”²⁵⁽⁵⁹⁹⁾.

Uma Oficina de Artes Visuais: inventando relações

Experimentações em artes visuais no âmbito da Reforma Psiquiátrica acontecem em muitos Caps, Ceccos e instituições culturais, abertas aos interessados em diferentes modalidades artísticas, constituindo espaços do comum nos quais predomina a heterogeneidade.

Uma oficina de artes plásticas ocorrida no ano de 2016, na periferia de uma cidade do interior de Minas Gerais, ilustra a potência desses dispositivos, que se constituem como laboratórios, nos quais modos de ser e de estar no mundo podem ser explorados e ganhar expressão através da oferta de materiais, técnicas e repertórios artísticos. Essa oficina se desenvolveu em encontros semanais em um Centro de Esporte e Cultura Unificado, contou com a ajuda do Centro de Referência da Assistência Social (Cras) da região e constituiu, para seus participantes, um território de existência. As experimentações que aí tiveram lugar dialogavam diretamente com a arte contemporânea, na medida em que esta tem explorado e borrado deliberadamente os limites entre vida e arte, dando margem para que a vida se torne estética e a arte se torne viva³.

No contexto desse borramento, muitos artistas contemporâneos têm explorado fortemente aquilo que Nicolas Bourriaud denominou estética relacional²⁶: um regime de encontro casual intensivo que coloca a arte no horizonte das trocas humanas e do seu contexto social, acentuando sua prerrogativa de gerar relações inusitadas com o mundo. As estéticas relacionais produzem configurações artísticas coletivas cujo fundamento é dado pela intersubjetividade e que têm como questão central o ‘estar-junto’ e a criação de redes de conexão, colocando em relevo situações por vezes modestas ou cotidianas, paisagens e situações obstruídas, silenciadas ou apartadas. Partindo do mote da coabitação, essas propostas colocam em questão as formas rígidas e padronizadas de relações humanas, dando passagem a novas formas de se relacionar, de amar, de viver. São lugares onde se elaboram sociabilidades alternativas e momentos de convívio construídos, produzindo espaços-tempo relacionais que tentam se libertar das restrições da comunicação de massa.

Desta forma, a arte contemporânea contribui para que as singularidades possam coabitar um mundo comum, evidenciando uma sintonia preciosa com as propostas antimanicomiais.

Do material que tece a vida – o prosaico, o cotidiano e o imprevisto –, as artes plásticas encontram meios de expressão, em exercícios de colaboração coletiva, instaurando um estado de participação com o mundo. Como afirma Bourriaud²⁶⁽⁵¹⁾ “é só, mas é muito”. A partir de pequenos gestos, utilizando poucos recursos, muitas vezes precários, a arte volta-se à tarefa de “recosturar pacientemente o tecido das relações”.

Na oficina de artes plásticas, contando com o que tínhamos – sobretudo, conosco, nossos corpos e vidas –, realizou-se uma série de encontros nos quais eram produzidos objetos e acontecimentos nas linguagens da colagem, assemblagem ou performance, e tentava-se dar uma forma ao que emergia no grupo. Tendo como referência a estética relacional, pensamos a própria oficina como obra de arte, na medida em que operava no horizonte da convivência e das interações sociais. Filmes, documentários, roda de conversa, debates, referências artísticas serviram de trampolim para a produção de objetos ou performances artísticas que problematizavam, principalmente, temas como gênero e sexualidade, que emergiam dos encontros, o que levou à criação do ‘Coletivo Diversos Muitas’.

Ao oferecer a oficina como território de existência, campo de experiência estética e enlace social, a proposta aproxima práticas artísticas e práticas clínicas, contemplando o que se espera das políticas de atenção psicossociais, reforçando mais uma vez que a atividade artística é um campo privilegiado para a construção de novas subjetividades, de novas formas de estar-junto que sejam potentes, generosas e mais solidárias.

Uma Oficina de Dança do Ventre: dançar o feminino

No Centro de Convivência Rosa dos Ventos, em Campinas, a equipe desenvolve práticas conectadas às novas formas de produção e de sensibilidades no campo do cuidado. Entre elas, oficinas de artesanato, práticas de yoga,

ateliê de artes e um grupo de dança do ventre. Os Centros de Convivência surgiram no decorrer do processo da RPB e desenvolvem ações que têm como foco a produção de encontros entre os usuários da saúde mental e a comunidade em que vivem, através de oficinas, grupos e ações comunitárias. Trata-se de um equipamento idealizado a partir das diretrizes do SUS e da atenção psicossocial, onde se promovem convivência, pertencimento e grupalidade na relação com o território, com a rede de saúde, com a comunidade, buscando construir relações intersetoriais e fazendo interfaces com ações culturais e artísticas².

O grupo de dança teve início em 2011 e conta atualmente com cerca de 30 participantes. Desde o princípio, reuniram-se ali muitas mulheres, com faixa etária diversa, chegando de lugares e caminhos muito diferentes. Avós vinham com suas netas e filhas, procurando o grupo espontaneamente; adolescentes chegavam por indicação de outras meninas; mulheres eram encaminhadas ao grupo pelas equipes dos Centros de Saúde, dos Centros de Atenção Psicossocial, do Ambulatório de Transtornos Alimentares, do Centro de Referência à Mulher Vítima de Violência. E assim elas vêm chegando e indicando o espaço da dança para outras mulheres.

O trabalho desenvolvido compõe movimentos tradicionais da dança oriental árabe com alongamento, movimentos de improvisação, práticas de consciência e expressão corporal alinhados a abordagens da Técnica Klauss Vianna, criando espaços para que o grupo possa construir uma linguagem corporal singular a partir da escuta do corpo e da pesquisa e investigação do movimento.

Ao longo desses anos, partilhamos trabalhos cênicos-artísticos, experiências estéticas, transitamos em eventos no circuito da saúde e adentramos o universo da dança, da arte e da cultura de Campinas. São vivências que ampliam o repertório de experiências das mulheres, fortalecendo a grupalidade e construindo outros lugares e outras formas de poder levar a vida, potencializando-a, intensificando-a.

O foco do trabalho não é exclusivamente terapêutico, artístico, pedagógico ou de socialização. O dispositivo é experimentado em seu caráter híbrido, de modo que o universo das artes, do cuidado e da promoção de saúde se transversaliza, borrando fronteiras e criando espaços de intercessão na produção de encontros.

Para dançar em apresentações e eventos é necessária a preparação dos corpos e a construção de personagens. As mulheres se arrumam juntas, atentas à maquiagem, aos cabelos, ao figurino, aos acessórios. Desviando dos lugares cristalizados do dia a dia, transportam-se a outros universos, conectam-se a outras formas de expressão e linguagem e acessam o feminino, tão invadido e devastado na atualidade. São muitas Marias: Maria-mulher-trabalhadora-dançarina; Maria-mulher-mãe que também dança; Maria-mulher marcada por perdas e sofrimento; muitas Marias com marcas que rotulam e que, ao dançar, deslocam-se, inaugurando novos territórios existenciais.

Não se trata de terapeutizar a cultura em tempos de grande patologização da vida. Trata-se de possibilitar a experimentação de formas intensivas de vida. Colocar o corpo em outros movimentos, em experimentação nas linguagens expressivas, em novas direções, para disparar processos de subjetivação.

Falar do grupo de dança do Centro de Convivência Rosa dos Ventos nos faz compartilhar testemunhos de vidas que se expandiram e se deslocaram do senso normativo pautado numa saúde ideal. É preciso pensar e exercitar uma outra saúde que nos aproxime dos processos expressivos como fonte de potencialização da vida. Uma saúde frágil²⁷, que, exatamente por sua fragilidade, intensifica-se nas linhas de vida, agarrando-se às potências.

Uma Oficina de Teatro: experiências de travessia

Os corpos estão em travessia. Os estados estão em constante mutação, pois estão em plano de experimentação, partindo de um território conhecido para embarcar em uma viagem afetiva:

[...] não se trata de privilegiar o corpo sobre o espírito: trata-se sim, de adquirir um conhecimento das potências do corpo para descobrir paralelamente as potências do espírito que escapam à consciência²⁸⁽⁷⁷⁾.

Ao se encontrarem, os corpos afetam e são afetados, atraem-se ou se repelem. O corpo vibrátil, imperceptível, é ativado, e o corpo organismo alcança um outro estado de atenção. E, assim, na composição desse encontro, um plano de consistência é traçado, delineando um território. A geografia é existencial. As sensações marcam o corpo, forjando uma memória afetiva, tecendo cartografias e fazendo emergirem narrativas, como a que segue abaixo.

Inverno. Tarde de sexta-feira azul. O verde da figueira além-muro. Em nosso quintal há de haver sombra e também sol. A oficina inicia-se e estamos todos um tanto desanimados. Lá estão o tecido, delineando a arena, cds, livros, bolinhas. Nice chegou e já se sentou no chão mais inquieta hoje. Silvia anda ao redor observando. Seo Chico já deitado com os pés ao sol, olha absorto o tempo passar. Um silêncio milenar suspende-nos. Eu havia preparado um roteiro de aula mas imersa nessa atmosfera percebi que os corpos pediam chão e ele já estava aquecido para nos receber. Uma largueza estendida. Poder deitar junto... horizontalizar... espreguiçar e em contato com o chão, respirar, deixando o ar entrar e sair, alongando e esticando (o limite é o próprio corpo) mãos, pés, braços, pernas... e logo em seguida relaxar entregando-se ao chão. Soltar sons se o corpo pede voz. Desconfortos, queixas? Silvia para e vira de lado, me aproximo e ela está de olhos fechados como uma criança que se aconchegou. Nice respira, solta a voz fazendo um solilóquio, descrevendo as sensações corporais. Enquanto isso, Seo Chico transcende, mergulhado na temperatura do chão, em seu olhar-menino – silêncio de semente? Introduzo uma música que passa a dar ritmo ao instante e as pessoas iniciam movimentos corporais,

sempre no tempo-desejo de cada um(a). Com minha voz convido-xs a experimentar modos de caminhar (com pés e mãos, engatinhando, na ponta dos pés, calcanhares, parte interna e externa dos pés) em diferentes velocidades que gradualmente se aceleram e desaceleram. Corpos que ao se encontrar com outros vão dialogando com o movimento, com o olhar, em silêncio de fala. Continuar a mover-se até retornar à posição inicial. Seo Chico levanta-se e senta-se, pernas cruzadas a observar o que acontece. Silvia experimenta os andares e se diverte, de pouco em pouco insinua parar. Nice tem dificuldade de andar, mas ela mesma se resolve, não sem reclamar, experimentando intensidades diversas: andando como passarinho, como tigre, como a aranha; galopando, saltando como canguru e enfiando os pés no chão como se de lama fosse. Está concentrada em seu fazer, e vai intensificando os movimentos junto com a expressão vocal em fio contínuo com a expressão do corpo. Nice cresce e contagia todo o grupo a produzir coletivamente. Xs participantes iniciam um diálogo corporal-vocal que se sustenta no tempo enquanto há vontade de interação. Para finalizar a oficina, compartilhamos em roda como foi a experiência para cada um(a). Estamos suando, perguntando se já acabou, se tem lanche agora, levantando, colocando os sapatos... Nice está sentada e, ainda ressoando a experiência, olha e toca as pernas esticadas. Há um tremor: 'Nossa! Senti, hoje, que tenho perna. Olhem como elas estão? E não por causa do haldol não, é diferente'. Silêncio. Nos olhamos. 'Quem sabe do meu corpo sou eu!'. Ela ri. Todxs rimos^{6(75,76)}.

A possibilidade de experimentar o corpo de modo extracotidiano traçou um plano de consistência em que Nice pôde atravessar estados de ir tornando-se. Nadar, boiar, afogar, remar junto. Ao produzir algo singular, esse algo a ultrapassa. (Re)invenções de si e do mundo. A obra em processo inacabado, fazendo-se num Caps no interior de São Paulo.

Uma Oficina de Literatura: a vida ficcionada

Entre as modalidades de oficina presentes nas experiências da atenção psicossocial, encontramos as oficinas literárias, nas quais se trabalha com formas de expressão através da palavra. Experiências com a literatura oferecem possibilidades de contar as dores e, nesse sentido, forjar ferramentas que ajudem a lidar com o sofrimento. Comunicar essa experiência possibilita produzir marcas e inscrevê-las no mundo. Os relatos e as narrativas potencializam o desejo de arriscar-se a existir muito além do diagnóstico, que, ao se transformar em rótulo, restringe o autorreconhecimento e a autovalorização.

Histórias têm o poder de ensinar, conservar a memória ou alterar o passado; nelas, as vidas são como textos sujeitos à revisão, onde o autor é também o intérprete de si mesmo, o que possibilita uma aproximação à ficção no sentido da permanente reelaboração, da autoinvenção²⁹⁽¹³⁰⁸⁾.

Uma experiência de oficina literária aconteceu em 2012, em uma cidade do interior do Paraná. A proposta buscou proporcionar um espaço de escuta e acolhimento aos usuários do serviço de saúde da cidade, em particular, aos usuários de saúde mental. Num primeiro momento, com o objetivo de esclarecer sobre a proposta, foram organizadas algumas rodas de conversa. Observou-se que os usuários tinham grande dificuldade em entender como esse trabalho poderia contribuir para o tratamento, posto que o atendimento desse serviço era quase que exclusivamente ambulatorial, com consultas mensais e prescrição de medicamento, o que os usuários e familiares consideravam a única e melhor forma de cuidado em saúde.

Para facilitar a chegada dos interessados à oficina, e enfrentar tanto a condição de 'psiquiatrização' que compromete a integridade do cuidado quanto as dificuldades de locomoção até o serviço, optou-se por flexibilizar o acesso: as oficinas aconteciam em dias

diversos, na Unidade Básica de Saúde, que funcionava no mesmo prédio do Ambulatório de Saúde Mental, nos horários de funcionamento do serviço. O usuário poderia participar no mesmo dia em que fosse para a consulta.

Nos encontros, eram disponibilizados livros com poesias, alguns textos e material para que os participantes pudessem produzir seus próprios escritos se assim desejassem. A partir dessa proposta disparadora, surgiam, em forma de narrativas, questões pessoais e familiares, troca de experiências, problematização de situações cotidianas e expectativas com relação ao tratamento. Os textos em germinação possibilitavam vislumbrar esboços de vida que se arriscavam a existir.

Nessa experiência, procurou-se pensar as oficinas literárias como ferramenta da clínica em saúde mental. Num contexto em que o cuidado ainda esbarrava em um modelo medicalizador e individualista, pautado na doença, a arte e as produções literárias surgiam como uma forma de transgressão dessa lógica utilitarista.

Pensar a literatura e sua relação com a loucura é pensar na resistência aos discursos que reduzem a subjetividade à identidade; é pensar em processos de singularização. A literatura é a arte de criar ou recriar textos através da escrita e da fala, de forma a transgredir o controle dos corpos e da subjetividade, permitindo certa plasticidade com relação ao mundo habitado pela loucura⁴. É através da narrativa (em função de sua aproximação com a ficção) que um movimento de reinvenção é possível, e o grupo, por sua vez, é o espaço onde essa resistência se materializa em uma permanente reelaboração de experiências.

Para Foucault³⁰, a resistência não é um processo de cristalização, mas de combate e, sobretudo, de criação de novos modos de ser e de sentir, de transformar situações e de se transformar. Saltar do plano da sintomatologia para o plano da experimentação foi o exercício praticado nos encontros das oficinas. Acontecimento que marca os corpos-pensamentos de quem atravessou e deixou-se ser atravessado pela força intensiva da vida.

Fazendo música e movimento

A música, no contexto da RPb, aponta para uma diversidade de práticas com formatos, objetivos e métodos distintos. Em uma pesquisa realizada nesse campo, foram identificadas cinco formas principais de se trabalhar com música, organizadas nas categorias: musicoterapia; oficinas sonoras e/ou musicais; bandas, corais, grupos musicais e trabalhos solos; blocos carnavalescos; e experiências de rádios e webrádios⁵.

Entre esses diversos formatos, chamam a atenção os grupos musicais que circulam no cenário da música popular. Em territórios de fronteira, ao habitarem propostas intersetoriais, esses grupos que exploram múltiplos estilos e gêneros musicais aventuram-se numa existência sem vinculações institucionais fixas. Muitos desses grupos tiveram origem em contextos de serviços de saúde e se desvincularam, buscando autonomia e uma inserção nos circuitos artístico-culturais. Seguem, assim, sustentando-se, algumas vezes de forma precária, através de parcerias e cooperações que possibilitam espaço físico para promoverem seus ensaios, conexões com outros atores da saúde e da cultura e participação na formação de estudantes e pesquisadores que desejam se conectar a essas experiências, entre outras possibilidades que alimentam um persistir nesse território híbrido. Exemplos de experiências como essas encontram-se nas trajetórias do Projeto Cidadãos Cantantes e da Banda Lokonaboa, que apresentaremos a seguir.

O PROJETO CIDADÃOS CANTANTES

Em 1992, surgia o Coral Cênico de Saúde Mental, em forma de oficina aberta, no Centro Cultural São Paulo (CCSP), conjugando produção artística com produção de saúde e subjetividade. Dez anos depois nasceu, ligada a esse projeto, a Oficina de Dança e Expressão Corporal, quando o coral passou a se nomear Projeto Cidadãos Cantantes, compreendendo

as oficinas de coral e dança e promovendo espaços de singularidade e invenção coletiva⁸.

A Oficina de Coral Cênico trabalha com ritmos, velocidades, ideias e gostos diferentes. Nela, cada voz importa, e cada um cuida um pouco do outro. As relações que se estabelecem na sala de ensaio transbordam-na, produzindo amizades e levando o canto para outros espaços, ao encontro do público. O trabalho de regência, que foi descrito como um “afinar as diferenças”³¹⁽¹²⁴⁾, busca uma harmonia inusitada no conjunto de tantas vozes diferentes em seus timbres e afinações. Quando o grupo explora uma afinação coletiva, não está à procura da perfeição, que poderia vir a barrar o processo criativo, impondo um crivo à seleção das músicas pela capacidade dos participantes em manter sons agudos e graves. A afinação é construída numa tentativa de compor vozes, ouvir e perceber os timbres de cada um, em um desafio coletivo para produzir uma conexão com os sentidos do que se trabalha nos repertórios. O incentivo às composições dos próprios participantes é forte, e comumente utilizam-se nos repertórios poesias e letras que surgem ali, numa criação que se faz em muitos. As letras das canções tecem o trabalho com sua força expressiva. Elas são elementos importantes no trabalho do Coral; ao escolhê-las, fazem-se conexões entre sons e enunciados, emergindo uma temática que constitui o eixo do trabalho num determinado momento. As apresentações do coral são acontecimentos que começam no trajeto, quando se dá o aquecimento vocal: o grupo conversa, relembra as letras, canta músicas de repertórios antigos. Antes de entrarem em cena, todos se preparam juntos, compartilhando maquiagens e adereços. Pequenos desajustes saltam na hora da apresentação, mas a resposta do público é sempre muito forte e acolhedora.

A Oficina de Dança e Expressão Corporal (Odec) é um laboratório de movimento e contato de improvisação: os corpos se encontram uns com os outros e consigo mesmos,

com as formas que possuem, com suas possibilidades de habitar os espaços, com as sensações que emergem da experimentação. A partir da investigação dos movimentos, é possível uma qualidade de conexão consigo que potencializa o encontro com o outro e ajuda a tecer relações. Explora-se, assim, a potência da dança de promover o exercício de apropriação de si e das possibilidades de transformar-se e de vincular-se. Cada encontro é diferente, tem um clima próprio, uma sequência de músicas particular, uma configuração dada pelas pessoas presentes, uma proposta construída naquele dia. Essas construções poéticas coletivas possibilitam que se entre em estados de jogo com o que está posto no campo social, para que possa surgir uma expressão singular.

Poiéses são atos de tecer sentidos e formar poéticas com matérias diversas, com elementos de um campo coletivo, com os sons e com o corpo. Essas produções coletivas desviantes são, também, atos de resistência, já que através delas experimentam-se corpos, linguagens e sensibilidade que constroem escapes ao uso normativo e capitalista do corpo e às ‘formas moldantes’, com as quais somos bombardeados cotidianamente nas mídias e nas redes sociais, que veiculam um cuidado com o corpo como vigilância.

A BANDA LOKONABOA

Outra experiência musical que foi acompanhada em nossas pesquisas foi a da Banda Lokonaboa, uma iniciativa do Projeto de Extensão Universitária ‘Atenção Psicossocial na Saúde Coletiva’, do Curso de Psicologia da Unesp-Assis. Em sua forma embrionária, a banda foi uma oficina de música oferecida junto ao Caps Ruy de Souza Dias, da cidade de Assis, por estudantes ligados ao projeto de extensão. A oficina foi desenvolvida por vários anos, e o grupo se apresentava em eventos da Luta Antimanicomial ou da Faculdade, até que, em 2002, surgiu a ideia de criar uma banda, que foi um

desdobramento natural do projeto, dada sua qualidade musical.

Posteriormente, a banda firmou uma parceria com a Pirassis, Associação de trabalhadores, familiares, amigos e usuários da saúde mental da cidade. Em 2009, os ensaios passaram a acontecer no Galpão Cultural de Assis, um espaço compartilhado por vários grupos e Organizações Não Governamentais (ONGs), que havia se tornado um Ponto de Cultura.

Pautada em uma gestão descentralizada e desierarquizada, a banda se servia de uma perspectiva democrática com relação às decisões de figurino, repertório, uso dos recursos e proposta estética. Buscava, assim, introduzir transformações que tocavam, também, os micropoderes, buscando a horizontalização das relações de poder.

O projeto trabalhou sempre com uma perspectiva que se articula diretamente com a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica: a produção de um espaço social para a loucura. Para ser possível travar um diálogo entre os ditos são e os ditos não são,

é necessário antes que a experiência que temos da loucura seja desmistificada, seja deslocada, de modo a permitir que a palavra dos 'não-sãos' tenha aceitação. Seja palavra não mais interdita⁷⁽⁹⁰⁾.

Tal questão pode ser apreendida quando se considera que as apresentações da banda produzem estranhamento e ruptura da perspectiva dos ouvintes, constituindo momentos de reconhecimento cultural das manifestações dos loucos.

Mas a experiência da Banda produz alterações nas paisagens sonoras e sensíveis, principalmente de seus integrantes. A criação de marcas, a apropriação de conteúdo, a reorganização de sensações, que ganham sentidos, tudo isso possibilita a construção de territórios subjetivos, inseridos em uma temporalidade e uma ritmicidade próprias, que encontram um lugar no mundo³².

Algumas reflexões para finalizar

Nos exercícios e experiências que pudemos vislumbrar nos breves relatos acima, artes, cultura e clínica se atravessam, potencializando seus vetores de invenção e conectando os processos de criação à produção de saúde e subjetividade. Esboçar exercícios como esses, que tocam a ação política e a invenção de novas formas de vida e do viver, é uma urgência para todos nós³³.

São ações que promovem novas articulações entre as experiências singulares e a vida coletiva, tornando possível superar a noção de arte e cultura como recursos terapêuticos, para que possam acessar seu potencial clínico, como experiência estética que dá novos sentidos à vida. Na construção de propostas que restituem a vida na dimensão coletiva e criativa, possibilidades de pertencimento são ampliadas, formas de encontro e convivência são fortalecidas e a participação cultural é intensificada, o que contribui para a efetivação de políticas de caráter verdadeiramente público.

A proposição de políticas públicas e ações intersetoriais coloca em evidência o caráter público e comum das artes, da saúde e da cultura. Trata-se de sedimentar progressivamente uma transversalidade entre processos de subjetivação e processos de constituição do mundo, que têm por referência a produção do comum. Estão em pauta aqui experimentações públicas e coletivas no mundo comum, que comportam a invenção de territórios existenciais, a criação de valores e a constituição de processos de subjetivação, tendo por critério a expansão da vida, e não sua exploração, limitação ou cerceamento. “O Comum não é uma escolha, mas um imperativo da vida humana, em sua requisição radical de relação, de alteridade”²³⁽¹²¹⁾.

No momento político atual, em que as políticas governamentais e estatais abandonam os planos coletivo e público, as recentes experimentações nos âmbitos da saúde mental, das

artes e da cultura que buscaram e buscam de alguma forma abrir-se em direção à dimensão pública que toda política comporta são um patrimônio imaterial de valor inestimável para futuras recomposições mais justas e democráticas da política que virá.

Agradecimentos

Agradecemos ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Campus Assis, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) por todo o apoio que recebemos nos anos em que desenvolvemos nossas pesquisas. Gostaríamos de agradecer também ao Professor Silvio Yasui

pela parceria e pelo suporte que nos ofertou no desenvolvimento de nosso projeto de pesquisa.

Colaboradores

Lima EA (0000-0003-0590-620X)* coordenou a elaboração deste artigo coletivo, organizando o processo, participando da escrita juntamente com os outros autores e realizando a revisão final do texto. Providello G (0000-0001-9069-6571)*, Silva JA (0000-0002-2028-9417)*, Aleixo JMP (0000-0002-7120-7725)*, Pellegrini L (0000-0002-9867-0621)*, Aversa PC (0000-0002-9348-1266)*, Barrenha T (0000-0001-6828-4482)* e Cardoso TM (0000-0003-4293-4963)* contribuíram para a elaboração do manuscrito, tendo participado da concepção, escrita do texto e aprovação de sua versão final. ■

Referências

1. Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
2. Aleixo JMP. Centro de Convivência e Atenção Psicossocial: Invenção e produção de encontros no território da diversidade. [dissertação]. Assis: Universidade Estadual Paulista; 2016. 117 p.
3. Aversa PC. Passagens: encontros em artes, produções de vida. [tese]. Assis: Universidade Estadual Paulista; 2018. 170 p.
4. Barrenha TS. Escrever para não morrer: Stela do Patrocínio e a literatura como dispositivo de resistência, cuidado e produção de subjetividade. [dissertação]. Universidade Estadual Paulista; 2019. 86 p.
5. Cardoso TM. A que(m) serve a Música na Reforma Psiquiátrica brasileira? Linhas de Audibilidade nas práticas musicais e sonoras da Saúde Mental Coletiva. [dissertação]. Universidade Estadual Paulista; 2014. 184 p.
6. Ferreira LVP. Corpos em travessia: ensaio de uma clínica dos fluxos. [dissertação]. Universidade Estadual Paulista; 2016. 109 p.
7. Providello GGD. Projeto Banda Lokonaboa: criando um

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- acorde entre arte, loucura e Reforma Psiquiátrica. [dissertação]. Universidade Estadual Paulista; 2011. 104 p.
8. Silva JA. Poéticas e marginalidades: experiência no Projeto Cidadãos Cantantes. [dissertação]. Universidade Estadual Paulista; 2012. 212 p.
 9. Cardoso TM. Tem barulho nesse emaranhado: ensaios sobre música, poder e subjetividade e proposição das linhas de audibilidade para análise de dispositivos sonoro-musicais. [tese]. Assis: Universidade Estadual Paulista; 2020. 185 p.
 10. Passos E, Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2000; 16(1):71-79.
 11. Barros RB, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005; 10(3):561-571.
 12. Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.
 13. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
 14. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante PA, organizador. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU; 2003. p. 13-44.
 15. Costa-Rosa A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Editora UNESP; 2013.
 16. Costa-Rosa A, Yasui S. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde debate.* 2008; 32(78/79/80):27-37.
 17. Lima EMFA. A Saúde Mental nos caminhos da Terapia Ocupacional. *Mundo saúde.* 2006; 30(1):117-122.
 18. Lima L, Ortellado P. Da compra de produtos e serviços culturais ao direito de produzir cultura. *Dados.* 2013; 56(2):351-382.
 19. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. The General Conference of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. The 2005 Convention on the Protection and Promotion of the Diversity of Cultural Expressions. Paris, 2005. [acesso em 2020 jan 30]. Disponível em: <https://en.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/passeport-convention2005-web2.pdf>.
 20. Brasil. Ministério da Cultura. Loucos pela Diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório Final. Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social. Rio de Janeiro: LAPS; 2008.
 21. Amarante P, Torres EHG. Loucura e Diversidade Cultural: inovação e ruptura nas experiências de Arte e Cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface.* 2017; 21(63):763-774.
 22. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
 23. Guizard F, Cavalcanti F. Por um mundo democrático produzido democraticamente. *Lugar Comum.* 2009; 27(1):103-123.
 24. Lancetti A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec; 2008.
 25. Lima EMFA, Yasui S. Territórios e Sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na Atenção Psicossocial. *Saúde debate.* 2014; 38(107): 593-606.
 26. Bourriaud N. Estética Relacional. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
 27. Deleuze G. Conversações. São Paulo: Editora 34; 2010.
 28. Deleuze G. Filosofia Prática. São Paulo: Escuta, 2002.
 29. Meneguel SN, Moraes SCC. Oficinas de pontos e narrativas: produções discursivas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev. Mal-Estar Subj.* 2009; 9(4):1303-1322.

30. Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Foucault M. *Ética, sexualidade, política. Ditos e Escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
31. Maluf JCG. *Afinando diferenças: o processo de construção artística do Coral Cênico Cidadãos Cantantes*. [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2005. 331 p.
32. Providello GGD. *Música e subjetividade: experimentações híbridas do pensamento*. [tese]. Assis: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2018. 100 p.
33. Lima EMFA. Explorando arte e corpo em um campo expandido: Uma experiência de produção de comum. *Ilinx Revista Lume*. 2017; 12(3):8-90.

Recebido em 03/03/2020

Aprovado em 18/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Códigos de Financiamento 001 (uma bolsa de mestrado e duas de doutorado no País, uma delas beneficiada com doutorado-sanduiche); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Processo nº 1750406 (bolsa de doutorado no país); Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) - processo 2011/16633-7 (bolsa de mestrado no País)

Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho – obrigação legal de base técnica se transforma em imbróglio político-social: reflexões sobre possíveis saídas

List of Work Related Diseases – legal requirement turns into a social-political embroilment: thoughts about possible resolutions

Elizabeth Costa Dias¹, João Silvestre Silva-Junior², Karla Freire Baeta³, Marcia Bandini⁴

DOI: 10.1590/0103-1104202112914

Introdução – afinal, qual é a questão?

A publicação da atualização 2020 da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) do Ministério da Saúde do Brasil e sua imediata revogação, após quase três anos de trabalho, gerou indignação em muitos setores sociais envolvidos no movimento pela Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e da Reforma Sanitária. No vácuo legal, foi necessário ressuscitar a versão 1999 para que o País tivesse uma LDRT vigente.

Este imbróglio demonstrou que diversos atores sociais e governamentais desconhecem a atribuição do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) de atualização periódica da LDRT, previstas na Lei Orgânica da Saúde¹. Um dos aspectos positivos foi a inédita repercussão nas mídias no País e as reações das instituições públicas e da sociedade civil.

Elaborar uma LDRT é um processo complexo que incorpora o conhecimento técnico científico sobre as relações trabalho-saúde-doença, bem como reflete o movimento de contrapoderes entre forças sociais e os interesses econômicos envolvidos no reconhecimento da relação do adoecimento com o trabalho. O legado de Bernardino Ramazzini, médico italiano que se relacionou pela primeira vez em 1700, tem o propósito de facilitar o reconhecimento da relação entre adoecimento e trabalho, e assim orientar ações assistenciais, de vigilância da saúde e processos de reparação previdenciária. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou sua primeira lista no início do século XX e foi seguida por diversos países². Conforme levantamento realizado em 2019 com dados da OIT, 99 países informaram LDRT como parte dos seus marcos legais em segurança e saúde no trabalho.

No Brasil, a primeira normativa sobre doenças relacionadas ao trabalho remonta à década de 1940, que obrigava a notificação de quadros relacionados a 14 exposições de risco no trabalho³. No início da década de 1990, houve a atualização da legislação previdenciária, que apresentou uma lista de 27 agentes patogênicos sem estabelecer identificação das doenças ou efeitos sobre a saúde decorrentes da exposição ocupacional^{4,5}. Eram frequentes as confusões e equívocos no reconhecimento das Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT), consideradas pela legislação previdenciária como uma extensão do conceito de acidente do trabalho. Portanto, nunca houve

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Centro Universitário São Camilo (Cusc) – São Paulo (SP), Brasil.
joaossj@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

⁴Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.



uma definição rigorosa de DRT que atendesse aos objetivos e necessidade dos serviços de saúde para desenvolver a atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde atribuiu ao SUS as ações de vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho e a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho¹. Mas apenas no final dessa década, a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (Cosat), vinculada à época à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, implantou, dentre as iniciativas destinadas a qualificar a atenção à saúde dos trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos, a formulação da proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador; o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária; a ampliação dos processos de capacitação dos trabalhadores de saúde e do controle social; e a elaboração da lista de doenças profissionais ou do trabalho para orientar o diagnóstico das doenças e o estabelecimento da relação com o trabalho e ações de vigilância epidemiológica e dos ambientes e condições de trabalho no âmbito do SUS. À época, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 220/97, recomendou ao Ministério da Saúde a instituição da Lista de Doenças Ocupacionais no SUS e a obrigatoriedade de sua notificação.

Assim, em 1999, o Ministério da Saúde publicou a LDRT com o propósito de apoiar as atividades de promoção, proteção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores no SUS^{6,7}. A elaboração da Lista foi iniciada a partir dos 27 agentes patogênicos de risco reconhecidos pela previdência social e resultou na elaboração de duas listas: a Lista A – organizada a partir dos agentes e respectivas doenças e a Lista B – organizada a partir das doenças e respectivos agentes de risco. Foi utilizada a taxonomia da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10). O critério de Schilling^{8,9}, utilizado

internacionalmente, foi adotado como base conceitual, pois sistematiza o impacto do trabalho sobre a saúde em três categorias:

- GRUPO I: Doenças em que o Trabalho é causa necessária, tipificadas pelas ‘doenças profissionais’ clássicas e pelas intoxicações profissionais agudas;
- GRUPO II: Doenças em que o Trabalho pode ser um fator contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças ‘comuns’ mais frequentes ou precoces em determinados grupos ocupacionais em que onexo causal é de natureza clínico-epidemiológica, como, por exemplo, hipertensão arterial e neoplasias malignas em determinadas ocupações;
- GRUPO III: Doenças em que o Trabalho desencadeia ou agrava um distúrbio latente ou doença pré-existente, ou seja, atua como concausa. Como exemplo, citam-se as doenças alérgicas de pele ou respiratória e distúrbios mentais em determinadas ocupações.

Ao final do processo, a LDRT de 1999 foi integralmente adotada pela previdência social com o objetivo de auxiliar os profissionais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) no estabelecimento da espécie acidentária dos benefícios previdenciários⁵. Também se tornou referência para decisões do Judiciário e do Ministério Público em reclamações trabalhistas e ações civis públicas; tem sido usada para pautar organizações de trabalhadores e empregadores; e para nortear processos de formação, capacitação e educação continuada de profissionais do campo da saúde do trabalhador. Importante ressaltar que a LDRT não é exaustiva, ou seja, enfermidades que não estão nela incluídas podem ser reconhecidas como relacionadas ao trabalho se houver histórico de exposição ocupacional que justifique o nexode causa ou concausa.

Passados quase 20 anos de sua publicação, tornou-se imperativa sua revisão, dadas as

grandes transformações ocorridas nos processos produtivos, suas consequências para a saúde dos trabalhadores, os avanços do conhecimento técnico-científico e a experiência acumulada pelos serviços de saúde, em especial dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest). Assim, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador, do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (CGSAT/DSASTE/SVS/MS), cumprindo o dispositivo legal, constituiu um grupo de trabalho para apoiar o processo de atualização da LDRT de 1999. O processo contou com a contribuição de especialistas no tema indicados por: serviços de saúde da rede SUS; universidades e institutos de pesquisa, como a Fundacentro e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); representantes de sindicatos patronais e de trabalhadores; instituições governamentais, da Secretaria Especial do Trabalho e da Previdência Social; Instituto Nacional do Câncer (Inca); Serviço Social da Indústria (Sesi Nacional); Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Associação Médica Brasileira, entre outras partes interessadas.

Ao longo do processo, o documento preliminar foi submetido à consulta pública por 60 dias e todas as sugestões foram tecnicamente analisadas para decisão sobre a incorporação. A versão publicada foi previamente aprovada pelas instâncias do Ministério da Saúde, dentre as quais obteve parecer favorável da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, com a recomendação de que a LDRT seja atualizada periodicamente em um prazo máximo de cinco anos. Também foi apresentada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), espaço de governança e de pactuação da organização e funcionamento das ações da rede de atenção à saúde, antes da assinatura pelo Ministro da Portaria GM/MS nº 2.309, de 28 de agosto de 2020, publicada no Diário Oficial

da União (DOU) de 1º de setembro.

A atualização 2020 da LDRT também está organizada por dupla entrada: Lista A, contendo agentes ou fatores de risco com respectivas doenças relacionadas ao trabalho, e Lista B, contendo doenças relacionadas ao trabalho com respectivos agentes ou fatores de risco. Este referencial representa importante instrumento para a efetivação da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras, pois orienta os profissionais de saúde da rede dos serviços do SUS a realizar diagnóstico clínico e epidemiológico de doenças potencialmente relacionadas ao trabalho. Orienta, também, o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica, de ambientes e de processos de trabalho, visando à promoção, proteção, prevenção de riscos, agravos e doenças do trabalho.

As centenas de pessoas que participaram desse longo processo de revisão, legítimo e legalmente amparado, comemoraram a finalização do trabalho para a qualificação do diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho no SUS. Mas a celebração durou menos do que 24 horas, porque o então Ministro Interino da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.345, de 2 de setembro de 2020, revogando a atualização 2020 da LDRT, descumprindo e desrespeitando os ritos processuais exigidos pela revogação, dado que não repristinou a lista anterior.

A repristinação ocorre quando uma lei é revogada por outra e posteriormente a própria norma revogadora é revogada por uma terceira lei, que irá fazer com que a primeira tenha sua vigência reestabelecida, caso assim determine em seu texto legal. No caso da Portaria nº 2.345/2020, essa ação intempestiva também derrubou a LDRT de 1999, criando um clima de insegurança jurídica.

O Ministério da Saúde não emitiu nota esclarecedora quanto à decisão de revogar a Portaria nº 2.309/2020, mas notícias divulgadas na imprensa indicam que o principal motivo teria sido a inclusão da Covid-19 na LDRT atualizada. Entretanto, tal informação não foi confirmada, visto que o documento

foi apresentado em diversas instâncias, bem como aprovado juridicamente pelo próprio Ministério da Saúde. É possível que a Covid-19, doença infectocontagiosa reconhecida como relacionada ao trabalho em diversos países, esteja sendo usada como justificativa para impedir os avanços importantes que a lista atualizada trouxe, como a reestruturação da forma de apresentação dos aspectos de risco relacionados à biomecânica do trabalho e aos fatores organizacionais ou psicossociais.

A LDRT também apresenta uma revisão na nomenclatura de agentes de risco físico, químico, biológico, e introduz novos agentes. Além disso, o quantitativo de códigos diagnósticos por categoria, cujo modelo contém uma letra e dois números, passou de 182 para 347, envolvendo, principalmente, os transtornos mentais e comportamentais, e as neoplasias, ou seja, tumores, dado que são doenças com ampla discussão sobre a multifatorialidade etiológica, nas quais a participação do trabalho tem sido crescentemente reconhecida.

Diante do clima de insegurança jurídica criado com a revogação, instâncias dos poderes executivo, judiciário e legislativo fizeram manifestações imediatas. A Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador do Conass e o Ministério Público do Trabalho protestaram contra a revogação da lista e propuseram sua retomada; e na Câmara dos Deputados foi proposto o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 388/2020. Após essas ações, e com atraso de uma semana, foi publicada uma terceira normativa, republicando a LDRT de 1999 pela Portaria nº 2.384, de 8 de setembro de 2020. Naturalmente, tal reviravolta causou perplexidade e indignação nos setores sociais envolvidos com a questão, uma vez que não houve uma justificativa plausível para tantos sobressaltos.

O CNS, por meio da Recomendação nº 058 e da Resolução nº 643, indicou a adoção da atualização 2020 da LDRT, publicada pela Portaria nº 2.309/2020, cumprindo seu papel de instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, e exercendo sua missão de fiscalizar,

acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas. Como se encarrega de levar as demandas da população ao poder público, é chamado de controle social na saúde. Também, o Conass publicou nota recomendando que a Portaria nº 2.309/2020 seja reestabelecida e que a LDRT versão 2020 seja adotada, em definitivo. No âmbito do Legislativo, além do já mencionado PDL nº 388/2020, apresentado na Câmara dos Deputados, o Senado Federal apresentou o PDL nº 396/2020, para recolocar a Covid-19 na LDRT.

A LDRT se tornou assunto nas mídias em todo o País. O acompanhamento das notícias e das redes sociais mostrou que, apesar de mais de duas décadas, ainda não havia clareza sobre o seu propósito. Várias declarações confundiram a finalidade de vigilância em saúde do trabalhador com a reparação pela previdência social. Com o passar dos dias, os discursos foram se modificando à medida que ficava evidente o equívoco de algumas declarações inconsistentes, confundindo a finalidade da LDRT-2020 elaborada para o setor saúde e que se ajustaram nos debates. Bom, mas insuficiente. Ainda há espaço para divulgar mais e esclarecer o uso da LDRT no SUS e, por que não, além do SUS? Certamente, sua implantação beneficia a todos, pois o objetivo final é eliminar riscos ocupacionais e doenças relacionadas ao trabalho, que são, em sua maioria, quadros preveníveis e, portanto, inaceitáveis.

Apesar das perdas e lamentações quanto aos possíveis retrocessos que essas medidas do Ministério da Saúde podem acarretar aos trabalhadores e à qualidade do trabalho no SUS, existe um saldo positivo desse processo que deve ser reconhecido, qual seja, a redescoberta da LDRT, a discussão do adoecimento relacionado ao trabalho e o posicionamento firme do CNS.

Como se vê, muito aconteceu em pouco tempo, levando a crer que outros desdobramentos ainda acontecerão. Sem querer incorrer em erros de um exercício de futurologia, podemos levantar algumas conclusões. A começar que é preciso falar muito sobre a LDRT, sua origem, sua finalidade, sua aplicação

e, até mesmo, suas limitações, porque, embora a lista contenha 347 doenças, é apropriado dizer que há outras não incluídas. Também, a presença de um código-diagnóstico na LDRT não significa o reconhecimento automático denexo ocupacional, sendo necessário fazer um adequado diagnóstico, que inclui diagnóstico diferencial e o necessário estudo da relação com o trabalho.

A elaboração de uma LDRT não é exclusiva de um grupo de especialistas e da participação social, em especial dos trabalhadores: é essencial para trazer os saberes da prática para a ciência. Finalmente, a LDRT não tem e não pode ter um ‘dono’. A LDRT é da sociedade brasileira, e, como patrimônio público, deve ser defendida e integrada às práticas de saúde do trabalhador como uma referência potente que auxilia os profissionais de saúde, os trabalhadores e os empregadores, ao mesmo tempo em que se apresenta como uma poderosa ferramenta de capacitação e formação no campo da saúde do trabalhador.

Se alguém entendeu que o embate e a correlação de forças acabaram em dois de setembro com a revogação da Portaria nº 2.309/2020, fica o alerta. Está apenas começando uma nova fase de retomada da consciência do direito fundamental e indisponível da saúde, em um período de crise sanitária decorrente da pandemia do novo coronavírus, que evidenciou também, a crise política, econômica e humanitária e os arranjos geopolíticos, pela submissão à agenda neoliberal e ao mercado, em contraposição à vida.

Colaboradores

Dias EC (0000-0003-1708-1014)*, Silva-Junior JS (0000-0001-7541-5946)*, Baeta KF (0000-0002-9981-8835)*, Bandini M (0000-0003-2899-090X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990. [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
2. International Labour Organization. List of occupational diseases (revised 2010). Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. Geneva: ILO; 2010.
3. Brasil. Decreto-Lei nº 4.449/1942. Torna obrigatória a notificação de doenças profissionais. Diário Oficial da União. 10 Jul 1942. [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4449-9-julho-1942-414640-publicacaooriginal-1-pe.html>.
4. Brasil. Decreto nº 2.172, de 5 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União. 9 Abr 1997.
5. Brasil. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 7 Maio 1999.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Dispõe sobre a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Diário Oficial da União. 19 Nov 1999. [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.339-de-19-de-maio-de-2020-257608309>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 29 Set 2017. [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html.
8. Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice?. *Occupational Medicine*. 1984; 34(3):71-79.
9. Dias EC. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexos causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

Recebido em 04/10/2020
Aprovado em 18/02/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Pra nem morta ser calada: arte afro-brasileira como fortalecimento identitário entre estudantes de medicina

Even in death, unsilenced: Afro-Brazilian art as identity fortification instruments among medicine students

Marina Moreira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112915

RESUMO Assolada pela violência e pela discriminação racial, a população negra integra os piores índices de vulnerabilidade à violência e indicadores de saúde. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo enquanto central na produção de iniquidades, mas não é capaz de superar a influência das teorias eugênicas no campo de saúde. Embora sejam parte expressiva dos profissionais da saúde, mulheres negras continuam encarando a inexpressiva produção de conhecimento sobre sua própria saúde. Questionando essa realidade excludente, este relato de experiência teve o objetivo de explorar a utilização da técnica de estêncil como instrumento de resistência para construção identitária e demarcação de território por alunas e alunos de medicina atingidos por processos de marginalização. Utilizando-se de materiais comuns ao cotidiano de profissionais de saúde, foi possível retratar diferentes imagens relevantes para a luta das minorias e para a identidade pessoal dos participantes. A partir da cultura negra, essa oficina atuou como centro de ensino e de mobilização social, possibilitando a criação de instrumentos de resistência e autoafirmação.

PALAVRAS-CHAVE Construção social da identidade étnica. Saúde das minorias étnicas. Arte.

ABSTRACT *Plagued by violence and racial discrimination, the black population experiences the worst levels of vulnerability as to violence and health indicators. The National Policy for Comprehensive Health of the Black Population recognizes racism as central to the production of inequities, but is not able to overcome the influence of eugenic theories in the health field. Even though a significant part of health professionals, black women continue to face the inexpressive production of knowledge about their own health. Questioning this excluding reality, this experience report aims at exploring the use of the stencil technique as an instrument of resistance for identity construction and demarcation of territory by medical students affected by marginalization processes. Using materials common to the daily lives of health professionals, it was possible to portray different images that are relevant to the struggle of minorities and the personal identity of the participants. Based on the black culture, this workshop served as a center for teaching and social mobilization, enabling for the creation of both resistance and self-affirmation tools.*

KEYWORDS *Social construction of ethnic identity. Health of ethnic minorities. Art.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
marinamoreira32@gmail.com



Introdução

O 'Atlas da Violência de 2020' aponta para um Brasil dividido em dois países completamente distintos quando o tema é vulnerabilidade à violência¹. A desigualdade racial se aprofundou na última década; e, entre 2008 e 2018, as taxas de homicídio aumentaram 11,5% para os negros, enquanto diminuíram 12,9% para os não negros. No ano de 2018, 75,7% das vítimas de violência letal foram negros e negras. Segundo o próprio anuário, na terra de Zumbi dos Palmares, o estado de Alagoas, a taxa de homicídios de negros supera em 17,2 vezes a de não negros, sendo o estado que apresenta maiores diferenças de vitimização entre negros e não negros¹.

Violência também é questão de saúde pública, e cada corpo negro caído no chão impacta direta e indiretamente a saúde física e mental da sua comunidade². O medo afeta a forma como os negros se portam no mundo, sendo o racismo um fardo psicológico sobre pessoas negras^{2,3}. Como já demonstrado por inúmeras pesquisas, o racismo expõe cotidianamente negros e negras a situações degradantes e humilhantes, tornando-os especialmente suscetíveis a desenvolver transtornos como taquicardia, hipertensão arterial, úlcera gástrica, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se abrir, ataques de raiva violenta e aparentemente não provocada, comprometimento da identidade e distorção do autoconceito³.

Ao contrário do senso comum amplamente divulgado de tolerância e aceitabilidade do negro no Brasil, baseado no mito da democracia racial, temos que a discriminação racial tem efeitos diretos na saúde da população negra⁴, tornando-se, portanto, um problema de saúde pública. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde, e instituída em 2009 pelo Ministério de Saúde, reconheceu o racismo como central na produção de iniquidades em saúde, destacando sua forma institucional, dentro do próprio Sistema Único

de Saúde⁵. Esse reconhecimento, apesar de importante no campo político, não foi capaz de superar a influência racista das teorias eugênicas no campo da saúde⁶.

Apesar de negados nos estudos atuais, não se deve esquecer o papel central que a medicina brasileira teve no fortalecimento de comportamentos discriminatórios e racistas ao abraçar os ideais eugenistas internacionais⁷. A divulgação desse conteúdo racista foi extensamente protagonizada por médicos brasileiros, por meio de atos como a criação da Sociedade Eugênica de São Paulo, em 1918, a realização do Congresso Brasileiro de Eugenia, a fundação da Liga Paulista de Higiene Mental e a publicação do periódico Boletim da Eugenia⁷. Segundo a produção desses influentes médicos do século XIX, que tinha caráter e *status* científico, ao nascer negro ou mestiço, a pessoa estaria determinada a uma maior propensão à loucura e a doenças por motivos biológicos, e não sociais⁸. Ao desqualificar as reais causas de adoecimentos e sofrimentos das pessoas negras e mestiças, associando-as a uma degeneração psíquica e social, a influência da história racista da medicina brasileira ultrapassou os consultórios e hospitais, passando a influenciar políticas públicas e sociais⁷.

Os efeitos históricos desse pensamento continuam a se manifestar nas diversas áreas de produção de conhecimento, favorecendo que a maior parte da produção científica brasileira permaneça alheia ao sofrimento de minorias étnicas². Um exemplo claro é o caso das mulheres negras, que, ainda que sejam parte significativa dos profissionais da saúde e detentoras de vasta experiência histórica e cultural na arte de cuidar, seguem enfrentando a inexpressiva produção de conhecimento científico sobre sua própria saúde, que permanece um assunto vago, pouco abordado nos currículos de graduação e pós-graduação e ignorado pela maioria dos pesquisadores, estudantes, professores e profissionais de saúde no Brasil⁶.

Instigados a questionar essa realidade excludente que permeia a academia e a clínica, e com o propósito de trazer diferentes olhares

para a perspectiva formacional dos futuros profissionais de saúde, dois alunos do curso de graduação em medicina de uma universidade federal decidiram organizar uma oficina de estêncil para pintar as paredes brancas do centro acadêmico de estudantes com cores vivas e temática negra, retomando, por meio da arte, o espaço institucionalmente negado.

A oficina, realizada no dia 25 de setembro de 2018, foi aberta à comunidade acadêmica durante a semana universitária na Faculdade de Saúde e recebeu o nome 'Pra nem morto ser calado!', inspirado em uma música do *rapper* Djonga⁹, de seu álbum 'Heresia', que tem como verso "largando linhas, pra nem morto ser calado". Dessa forma, este relato de experiência tem o objetivo de explorar a utilização da arte negra durante a oficina como instrumento para discussão de processos de construção identitária e demarcação do território por alunos e alunas atingidos por processos de marginalização.

Material e métodos

A pintura em estêncil é uma técnica popular do grafite que consiste na aplicação de tinta,

em aerossol ou não, sobre molde geralmente feito de papel ou acetato. Os moldes utilizados na oficina foram elaborados pelos próprios participantes, a partir da reciclagem de chapas de raio-x cortadas com bisturis.

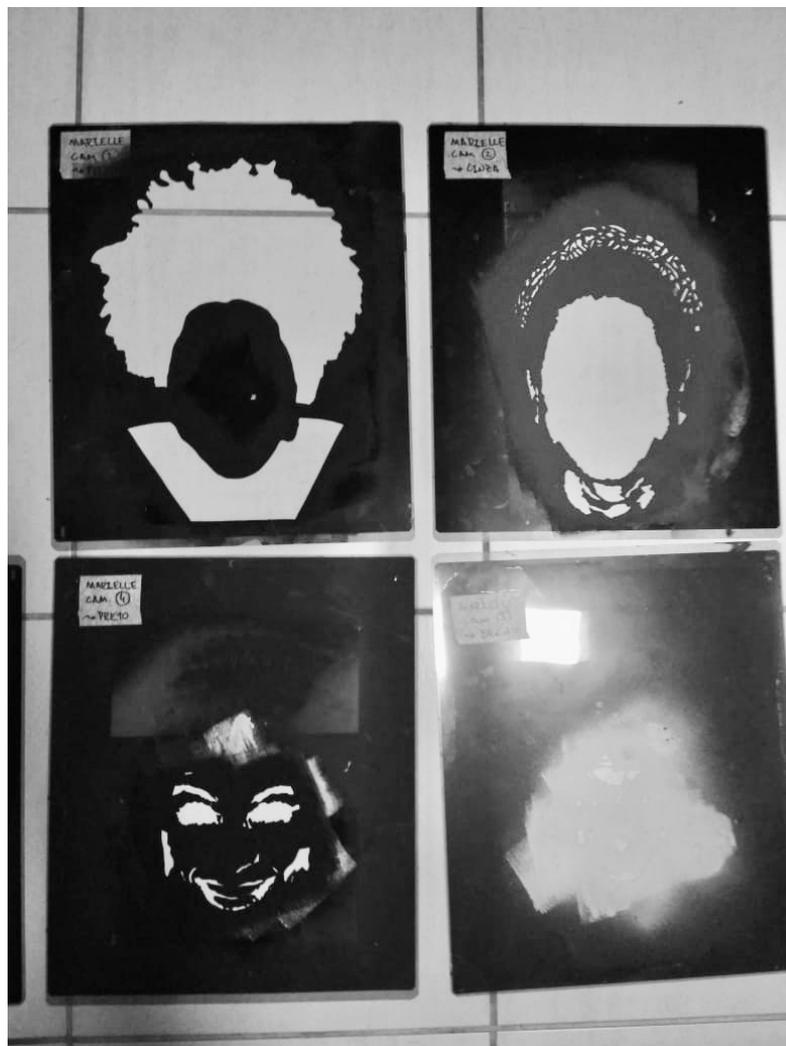
Inicialmente, foram escolhidas quatro imagens relevantes para a identidade pessoal dos participantes: o rosto de Marielle Franco (quatro camadas de tinta, quatro moldes); o símbolo do Partido dos Panteras Negras (quatro camadas de tinta, quatro moldes); o rosto de uma mulher negra em perfil com fundo do continente africano (camada e molde únicos); e um desenho gráfico acompanhado de um trocadilho questionando a heteronormatividade (camada e molde únicos).

As imagens passaram por tratamento de edição no computador (*figura 1*), conferindo-lhes camadas de cor que simulam a iluminação natural, de forma a alcançar o efeito desejado ao estêncil. A quantidade de camadas variou conforme a complexidade das imagens: apenas uma para as mais simples, e até quatro para as figuras mais complexas, como as de rostos humanos (*figura 2*).

Figura 1. Imagem do rosto de Marielle Franco após edição digital. O estêncil final terá quatro camadas de cor sobrepostas: preto, cinza, branco e preto



Figura 2. Foto das quatro chapas que correspondem a cada camada de cor do estêncil do rosto de Marielle Franco



As camadas geradas foram então impressas em folhas brancas de papel de tamanho A3, utilizadas como moldes temporários para transferir as imagens para os moldes finais. Para tanto, foram sobrepostas às chapas de raio-x e cortadas em conjunto, com o uso de bisturis, seguindo os contornos e demarcações das folhas impressas. Nessa etapa, a mais demorada e delicada do processo, foram utilizadas mesas com tampo de vidro, de forma a aumentar o controle

da superfície cortante e da pressão colocada sobre a folha.

Após o corte, as chapas de raio-x foram utilizadas como moldes para a aplicação de cada uma das camadas de tinta que, ao se combinarem, deram forma às imagens escolhidas para ocupar as paredes do centro acadêmico (figuras 3, 4 e 5). Durante toda a oficina, foram tocadas músicas de temática cultural negra, como o samba, o *rap* (sigla do inglês que significa ritmo e poesia), o *funk* e o *hip-hop*.

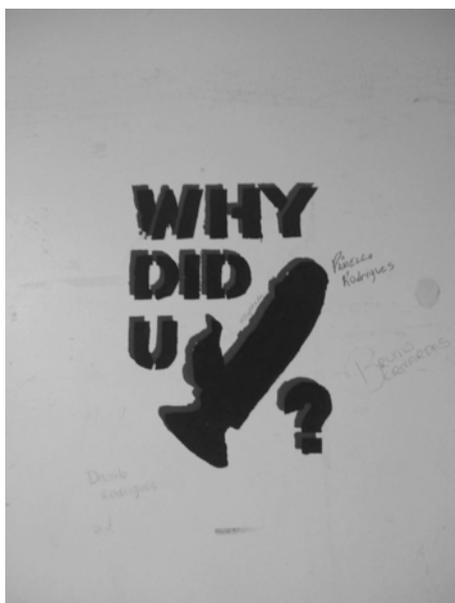
Figura 3. Foto da arte final de estêncil aplicada na parede de símbolo do Partido Panteras Negras com a assinatura dos estudantes



Figura 4. Foto da arte final de estêncil aplicada na parede do rosto de Marielle Franco com a assinatura da estudante deprezada



Figura 5. Foto da arte final de estêncil aplicada na parede de desenho gráfico rodeada de assinaturas de estudantes. Toda esta arte foi posteriormente deprezada



A arte como resistência

A escolha dos materiais – chapas recicladas de raio-x (cortesia do Hospital Universitário) e bisturis, utilizados no dia a dia de profissionais da saúde – não se deu ao acaso. Buscou-se reinventá-los e ressignificá-los, mostrando que é possível utilizá-los para fazer arte urbana e para retratar a cultura negra, como forma de resistência. Cultura, aqui, no sentido empregado por Stuart Hall, de guardar as tradições, mediante as quais as lutas sobrevivem na experiência histórica dos negros na diáspora, por meio da estética negra, dos repertórios culturais próprios e das contranarrativas que o povo negro luta para expressar¹⁰. A cultura urbana negra tem diversas manifestações que utilizam o espaço público como espaço de reunião, a exemplo do grafite, das danças e dos diversos estilos musicais. Dessa forma, para além do entretenimento e da arte, a música, uma das principais manifestações da cultura negra, apresenta-se como meio de construção de identidade e resistência¹¹, o que explica seu uso durante o processo de criação e aplicação das pinturas.

Assim sendo, as organizações de jovens em torno de movimentos artísticos étnicos (como o *funk*, o *hip-hop* e o *rap*) configuram instâncias educativas, já que os que participam delas o fazem em locais de educação política, com um espírito crítico e uma leitura mais criativa da realidade¹². São espaços que possibilitam a expressão da voz do marginalizado, bem como a reflexão sobre aquilo que exclui as classes menos favorecidas, sendo o *rap* especificamente o relato da violência, da exclusão, mas também da resistência e da riqueza cultural¹¹. Gustavo Pereira Marques, popularmente conhecido por seu nome artístico Djonga, é um dos maiores nomes do rap nacional¹¹. Nascido na favela do Índio em Belo Horizonte, foi aluno do curso de história da Universidade Federal de Ouro Preto e, atualmente, produz músicas que abordam o local social do negro, aprofundando-se em temas como racismo, violência policial, orgulho negro, tradições

e ancestralidade, com evidente engajamento na construção da identidade e da resistência negra¹¹. Portanto, a escolha de seu verso para nomear a oficina evidencia o caráter de denúncia e esperança que esta compartilha com sua arte.

A educação política como projeto não é novidade para o movimento negro. Assumir a responsabilidade pela educação do seu povo tem sido uma constante na história das expressões africanas no Brasil; e como já evidenciado em vários projetos e práticas desse movimento, cultura e educação se relacionam intimamente¹². Infelizmente, os estudantes negros e cotistas sofrem, no espaço acadêmico, dupla discriminação: por serem cotistas e por serem negros, e o mero acesso à educação superior não tem sido garantia de uma identidade negra fortalecida¹³. Ainda assim, é importante que esses estudantes se sintam parte desse novo espaço, para que se identifiquem com os demais universitários e com a cultura universitária¹³. Assim, a universidade pública federal, que vive uma mudança no perfil hegemonicamente branco dos acadêmicos desde a instauração das políticas de ações afirmativas¹³, tem a responsabilidade de fomentar eventos e oficinas de ressignificação cultural, física e emocional se quiser realmente construir um ensino integralizado e que dialogue com questões sociais. Somente possibilitar o acesso não é o suficiente.

O incômodo causado pela arte da oficina foi suficiente para levantar questionamentos e até mesmo depredações por outros do mesmo centro acadêmico. Dessa forma, ao participarem de eventos como essa oficina, os estudantes que se sentem marginalizados atuam como agentes políticos, e sua organização para a valorização da cultura afro-latina e do ‘fazer arte negra’ funciona não só como centro de ensino, mas também de mobilização social, tendo como epicentro as manifestações artísticas negras. Medidas educativas instrumentalizadas pela arte são ferramentas produtivas e intelectuais para a possibilidade de expressão pessoal e comunitária artística e

emotiva. Desse modo, ao trabalharmos temas visuais culturais negros, estamos possibilitando a criação de instrumentos de resistência e autoafirmação em cada um.

Assim, a autoafirmação negra ganha o sentido de enaltecimento das características físicas fenotípicas (cabelo, nariz, boca e pele) e culturais estéticas (roupa, música e arte) permeando a revalorização de cada um desses traços, menosprezados historicamente¹³. Viver em um mundo de peles negras, máscaras brancas¹⁴, em especial em ambientes extremamente elitizados como o acadêmico, amplifica os efeitos de séculos de desvalorização pública e privada na autoestima de pessoas negras¹³. Logo, é necessário escolarizar-se também em maneiras de destruir os sentimentos de inferioridade dos traços corporais e culturais do negro, tanto em uma perspectiva acadêmica quanto social.

Para além disso, as vulnerabilidades em saúde são produtos da hierarquização social criadas por fatores estruturantes da sociedade, como o racismo e o sexismo⁶. No Brasil, essas vulnerabilidades foram acentuadas por séculos de práticas médicas eugênicas, como a esterilização involuntária⁷. As iniquidades são descritas em diversas pesquisas, sendo que mulheres negras apresentam menores chances de passar por consultas ginecológicas e de pré-natal completas, receber informações sobre o parto e seus sinais, sobre a alimentação saudável na gravidez e sobre o aleitamento materno e sua importância⁴. Em contrapartida, apresentam maiores chances de ter o primeiro filho com até 16 anos, de engravidar sem querer, de não receber assistência médica durante a gravidez e de não serem examinadas de forma correta⁴. Dados mais recentes apontam que, durante a pandemia mundial de Covid-19, populações de grupos étnicos minoritários foram desproporcionalmente afetadas¹⁵, sendo que, no Brasil, a mortalidade materna para mulheres negras em decorrência dessa infecção é quase duas vezes maior do que para mulheres brancas¹⁶.

Dessa forma, a escolha da figura da mulher negra, além de valorizar seus traços fenotípicos, possibilita trazer a discussão da

invisibilidade das iniquidades que atingem essas mulheres. Deve-se recordar que as visões preconceituosas e estereotipadas de parcela dos profissionais de saúde colocam-se entre eles e os usuários pertencentes a grupos raciais marginalizados, abalando as relações de confiança interpessoais e entre os indivíduos e o sistema de saúde⁶. A falta de representatividade e discussão dessas iniquidades, na academia e na clínica, contribui para a manutenção da incapacidade dos profissionais de perceber as desigualdades de saúde, negando-as e colaborando para sua manutenção e ampliação⁴.

Racismo institucional, conceito cunhado por membros do Partido dos Panteras Negras, é um processo intrínseco do colonialismo que descreve a face sem rosto – mas ainda assim perversa e destrutiva – que opera a partir das forças respeitadas e estabelecidas na sociedade, evitando que serviços públicos, como a saúde, sejam ofertados na sua plenitude a pessoas por causa da sua cor, da sua cultura ou da sua origem étnica¹⁷. Provavelmente a dimensão mais ignorada do racismo, o racismo institucional é deslocado da dimensão interpessoal e praticado por indivíduos para a dimensão estrutural, valendo-se de ações e comportamentos de instituições públicas e privadas que produzem e reproduzem as hierarquias raciais, impregnando todo o sistema de saúde em todos os seus níveis e esferas⁶. Referência na luta antirracista, o símbolo do Partido dos Panteras Negras foi escolhido pelos participantes da oficina em reconhecimento ao extenso legado de produção cultural e acadêmica, representatividade, atos, legislações, histórias e esperança que o grupo representa para o povo negro em ascensão em todo o mundo.

Considerando-se o estêncil como ferramenta de resistência, ao pintarem as paredes do centro acadêmico com o rosto de Marielle Franco, os estudantes demarcaram território ideológico. Mãe, negra, mulher, bissexual e moradora da favela da Maré, Marielle Franco era vereadora da Câmara Municipal do Rio

de Janeiro. No dia 14 de março de 2018, foi assassinada com quatro tiros na cabeça, em um atentado que atingiu o veículo em que ela e seu segurança se encontravam. Marielle havia acabado de participar de um debate intitulado 'Jovens negras movendo estruturas' na Casa das Pretas, com uma plateia cheia de negras universitárias¹⁸. Favelada, aluna de pré-vestibular comunitário, formada por universidade pública e mestra em segurança pública, Marielle Franco dava voz aos excluídos também na academia¹⁹. Seu assassinato foi uma tentativa de calar uma das vozes de liderança política da comunidade negra. Uma bala que tenta calar a voz de resistência.

Lamentavelmente, o Brasil é líder mundial em assassinatos de transexuais e transgêneros, com mais que o triplo de homicídios do México, o segundo colocado²⁰. No ano de 2019, as vítimas contabilizadas em assassinatos de travestis e transsexuais no Brasil eram compostas em 82% por pessoas negras e em 97,7% por mulheres²¹. No que diz respeito ao acesso à saúde, a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais apresenta uma fragilidade peculiar, sendo muitas vezes vitimizada pela própria equipe de saúde²². Medo de revelar sua identidade de gênero ou orientação sexual, estigma e discriminação (em especial relacionada com infecções sexualmente transmissíveis), desconhecimento médico quanto às variadas demandas de saúde, não uso do nome social, julgamento moral e religioso, reprovação pelas falas, gestos e olhares, desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros e transferência para os pacientes da culpa pelo tratamento de baixa qualidade são apenas alguns dos problemas observados na formação e atuação profissional médicas²². Isto posto, é urgente que se ampliem as discussões que questionam a heteronormatividade e a cisgeneridade compulsórias na formação em saúde, e que se atente especialmente para relatos e observações da vivência acadêmica de estudantes pertencentes aos grupos excluídos por essa norma. A escolha do

desenho gráfico questionando a cis-heteronormatividade foi uma maneira bem-humorada encontrada pelos participantes da oficina de desafiar essa realidade violenta.

Considerações finais

Tantas são as mortes que vive o povo negro. O racismo, o medo e o silêncio como morte em vida. A indiferença, a difamação e o epistemicídio (apagamento dos conhecimentos construídos)²³ como morte simbólica e espiritual. A negligência, a fome e o assassinato como morte física. Resistir, uma palavra que infiltrava cada atividade feita naquela oficina, tinha um significado que perpassava o valor cultural, a luta política e a autoestima de cada estudante que adentra um espaço elitizado, branco, heteronormativo, LGBTfóbico e racista, como o dos cursos superiores da área de saúde, em especial a medicina.

Hoje, na Faculdade de Saúde, ao se dirigir ao centro acadêmico de estudantes de medicina, é possível ver não somente o rosto de Marielle Franco, o rosto de uma mulher negra em perfil mesclado com o continente africano, o símbolo do Partido dos Panteras Negras e um desenho gráfico questionando a cis-heteronormatividade, mas também os nomes dos estudantes que assinam as obras, rodeando-as. As frias paredes brancas foram tomadas por nomes de pessoas negras e brancas, de diversidade amorosa, identitária e sexual como lésbicas, gays, bissexuais e travestis. Criou-se um espaço físico de autoafirmação que permanece para que todos os alunos possam admirar e dele participar.

Assinar os nomes com orgulho é demarcar um território que antes não somente era negado, mas ativamente produzia e, ainda que indiretamente, produz desconhecimento utilizado para colocar esses povos à margem da sociedade. Nessa oficina, utilizou-se do estêncil como forma de expressão da arte urbana, revestida de resistência. Os estudantes negros, cotistas, gays, lésbicas, bissexuais e travestis

existem, resistem e ocupam a universidade pública, com seus corpos, suas vozes, sua pele, suas estéticas e seu conhecimento. De Martin Luther King a Marielle Franco, balas não calarão nossas vozes.

Colaboradora

Moreira M (0000-0002-3141-1932)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Violência 2020. 2020. [acesso em 2020 ago 29]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>.
2. Gouveia DM, Loyola ZVM. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicol Ciência e Profissão*. 2018 [acesso em 2020 jul 29]; 38(3):450-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>.
3. Silva ML. Racismo e os Efeitos na Saúde Mental. In: Batista LE, Kalckmann S, organizadores. Seminário saúde da população negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 129-132.
4. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Batista LE, Kalckmann S, organizadores. Seminário saúde da população negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 53-101.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 2020 jul 29]. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs.
6. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude e Soc*. 2016; 25(3):535-49.
7. Verzolla BLP, Mota A. Representações do discurso médico-eugênico sobre a descendência: a eugenia mendelista nas teses doutorais da faculdade de medicina e Cirurgia de São Paulo na década de 1920. *Saude e Soc*. 2017; 26(3):612-25.
8. Engel MG. As fronteiras da 'anormalidade': psiquiatria e controle social. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 1999 [acesso em 2020 jul 31]; 5(3):547-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100001&lng=pt&lng=pt.
9. Djonga. Heresia [Youtube]. [2017]. [acesso em 2020 jul 29]. Disponível em: https://music.youtube.com/playlist?list=OLAK5uy_lKyF7uVNH3nnAy5g2Xs-8bknMJCpoC6WHI.
10. Hall S. Da Diáspora: Identidades e Mediações Culturais. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2003.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Fernandes G, Azevedo N, Santos S, et al. O rap como ferramenta de resistência: A influência da musicalidade de Djonga para a construção de sentido da luta negra no País. In: Anais do 24º Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste; 2019 Jun 3-5; Vitória. Vitória: UFES; 2019.
12. Gonçalves LAO, Silva PBG. Movimento negro e educação. *Rev Bras Educ.* 2000; (15):134-58.
13. Marques EPS, Ribeiro MAPS. O fortalecimento da identidade negra na educação superior: entre a negação e o reconhecimento. *Interfaces da Educ.* 2017; 8(23):53-73.
14. Fanon F. *Pele negra, máscaras brancas.* Salvador: EDUFBA; 2008.
15. Khunti K, Kumar Singh A, Pareek M, et al. Is ethnicity linked to incidence or outcomes of covid-19? *BMJ.* 2020 [acesso em 2020 jun 7]; 1-2. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1548>.
16. Santos DS, Menezes MO, Andreucci CB, et al. Disproportionate impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clin Infect Dis.* 2020 [acesso em 2020 jul 29]; 72(11):2068-2069. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article-abstract/doi/10.1093/cid/ciaa1066/5877027>.
17. Carmichael S, Hamilton C. *Black power: the politics of liberation in America.* Vintage. Nova Iorque: Random House; 1992.
18. Mesquita L. Os últimos momentos de Marielle Franco antes de ser morta com quatro tiros na cabeça. *BBC News Brasil.* 2018 mar 15. [acesso em 2020 jul 31]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-43414709>.
19. Franco M. *UPP – A redução da favela a três letras: uma análise da política de segurança pública do estado do Rio de Janeiro.* [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2014.
20. Balzer C, Lagata C, Berredo L. 2,190 murders are only the tip of the iceberg-An introduction to the Trans Murder Monitoring project – TMM annual report 2016. Germany: TvT Publication; 2016. [acesso em 2020 jul 31]. Disponível em: www.tgeu.org/transrespect.org.
21. Benevides BG, Nogueira SNB. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE; 2020.
22. Negreiros FRN, Ferreira BO, Freitas DN, et al. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da formação médica à atuação profissional. *Rev Bras Educ Med.* 2019; (43):23-31.
23. Montenegro AMR. *Resenha Carneiro S. Escritos de uma vida.* São Paulo: Pólen Livros, 2019. *Cad da Esc do Legis.* 2019; 21(35):163-75.

Recebido em 31/08/2020
Aprovado em 05/03/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde

Needs in health/health needs: concepts, implications and challenges for the Brazilian Unified Health System

Leonardo Carnut¹, Camila Biancchi Ferraz²

DOI: 10.1590/0103-1104202112916

RESUMO Este estudo revisou sistematicamente a literatura sobre ‘necessidades em(de) saúde’. Tratou-se de uma revisão integrativa utilizando o portal Biblioteca Virtual em Saúde. Português, espanhol e inglês foram os idiomas utilizados e recuperaram-se apenas os textos completos e com foco específico no Sistema Único de Saúde. Totalizaram-se 17 artigos incluídos, dos quais 88,8% estavam indexados na base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Há uma variada forma de apropriação das ‘necessidades em(de) saúde’, termo cuja definição não é bem delimitada pelos autores, direcionando-o a três núcleos de sentido: ‘direito social constituído’, ‘conjunto articulado da efetividade dos direitos sociais’ e ‘ajuste entre as condições de vida e trabalho com a diversidade inerente às coletividades’. Diversas implicações para o Sistema Único de Saúde foram apresentadas e puderam ser compiladas em sete blocos: ‘capitalismo e sua crise’, ‘financiamento’, ‘características da formação social brasileira’, ‘problemas da gestão pública na saúde’, ‘mescla público-privado’, ‘problemas terminológicos’ e ‘escassez de recursos’. Por fim, os principais desafios da aplicação das necessidades no Sistema Único de Saúde transitam entre o simbólico, o crítico-político, a coerência entre financiamento-princípios, o Estado, a política macroeconômica, a gestão e as ações locais. Investir na superação dos desafios elencados pode ser um guia para a efetivação das necessidades como o centro da ação sanitária.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Financiamento da assistência à saúde. Direito à saúde. Política de saúde. Equidade na alocação de recursos.

ABSTRACT *This study reviewed systematically the literature on ‘needs in health/health needs’. This was an integrative review using the Virtual Health Library portal. Portuguese, English and Spanish were the languages used and only the full texts were recovered with a specific focus on the Unified Health System. A total of 17 articles were included, of which 88.8% were indexed in the Latin American and Caribbean Health Sciences database. There is a varied form of appropriation of the theme ‘needs in health/health needs’, a very broad concept whose definition is not well delimited by the authors, directing it to three nuclei of meaning: ‘constituted social right’, ‘articulated set of the effectiveness of social rights’ and ‘adjustment between living and working conditions with the inherent diversity of collectivities’. Several implications for the Unified Health System were presented and could be compiled in seven blocks: ‘capitalism and its crisis’, ‘financing’, ‘characteristics of the Brazilian social formation’, ‘problems of public health management’, ‘public-private mix’, ‘terminological problems’ and ‘scarcity of resources’. Finally, the main challenges of applying the needs in the Unified Health System move between the symbolic, the critical-political, the coherence between financing-principles, the State, macroeconomic policy, management and local actions. Investing in overcoming the challenges listed can be a guide in realizing needs as the center of health action.*

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

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

KEYWORDS *Unified Health System. Healthcare financing. Right to health. Health policy. Equity in the resource allocation.*



Introdução

Com a promulgação da Lei nº 141/2012, o debate sobre a delimitação concreta do que vêm a ser ‘necessidades’ no setor saúde ganhou novo fôlego. Contudo, sua precisão conceitual ainda permite diversas interpretações, o que, em tempos de crise do capital, tem sido terreno fértil para confundir desejos com necessidades. Neste caminho, ao definir ‘necessidades humanas básicas’, Gomes Júnior e Pereira¹ ajudam a esclarecer que a saúde é pré-condição para a libertação do ser humano e, neste sentido, o que é necessário para ter saúde pode até não ser consensual, mas certamente é básico ao construto humano. Sendo assim, pode-se dizer que, para estes autores, a maneira como se vive traduz-se em diferentes ‘necessidades de saúde’, e suas formas de expressão estão totalmente vinculadas às exigências, não apenas biológicas, mas sociais da vida em coletividade².

Por isso, vale a pena tornar mais clara a diferença entre ‘necessidades em saúde’ e ‘necessidades de saúde’. A literatura científica brasileira ainda é imprecisa sobre o assunto³. Mesmo assim, o mínimo que se pode apontar é que o ‘social’ está oculto no termo. Quando se fala em ‘necessidades em saúde’, refere-se, como descrito por Almeida-Filho e Paim⁴, ao objeto da ‘nova saúde pública’, grosso modo incorporada no Brasil sob o rótulo de ‘Saúde Coletiva’. Trata-se, portanto, da expressão do ‘social’ na saúde, ou seja, de como as condições políticas, econômicas, ambientais e educacionais, entre tantas outras da organização das sociedades, são responsáveis pela geração de saúde-doença nas populações.

Nesse sentido, pode-se afirmar que, ao empregar o termo ‘necessidades em saúde’, pretende-se ressaltar a compreensão de um ‘elo’, de uma ‘conexão intrínseca’, ou, em palavras mais certeiras, de um ‘processo de determinação’⁴. A proposta original era não tratar as necessidades em saúde como uma relação de exposição-desfecho uniaxial, e sim como a síntese de múltiplas determinações,

nas quais o ‘social’ e seus (re)arranjos produtivos são a base para compreender o padrão de salubridade-adoecimento de uma sociedade¹.

Em contrapartida, em termos de ‘necessidades de saúde’, parece haver um leque mais amplo de significados². A diferença pode ser de grau, mas ela existe. Este termo sugere tratar, portanto, das múltiplas dimensões em que os diversos segmentos sociais e interessados na discussão (usuários, grupos específicos, gestores, pesquisadores, técnicos, profissionais de saúde etc.) compreendem o que é necessário para ter saúde a partir de seus repertórios, isto podendo transitar entre um espectro de possibilidades, que vai desde o ‘acesso aos serviços de saúde’ até o simplesmente ‘ser feliz’.

Por isso que quem emprega o termo ‘necessidades de saúde’ parece estar mais focado em operacionalizar tais necessidades². Quem utiliza o termo está preocupado em como medi-las, como torná-las quantificáveis e como garantir a adequabilidade necessária entre quem necessita e quem deve ofertar. Neste sentido, o que subjaz este termo, em última instância, é a preocupação com o elo entre o planejamento e a alocação de recursos, em uma perspectiva equânime.

Mesmo com essa tentativa de elucidar as diferenças existentes entre os dois termos, é necessário reafirmar que eles são totalmente interdependentes. Por isto que, quando se fala em ‘necessidade em(de) saúde’, deve-se considerar que tais necessidades são humanas e, portanto, são o que sustenta a ideia de que o seu atendimento adequado pertence à esfera da vida em coletivos humanos. No que tange aos marcos da modernidade, especialmente àqueles cunhados pela filosofia política liberal, cabe aos Estados o dever de assegurar o direito à vida dos indivíduos, o que, em termos de operacionalidade, se constituiu na formulação das políticas sociais¹.

Especialmente sobre o direito à vida como um direito social, disposto no art. 6º da Constituição Federal de 1988⁵, seus moldes se conformam sob a lógica de uma atenção integral, que, em primazia, deveria ser para todos,

por um lado; por outro lado, vem sendo modelado como uma estratégia de mercantilização no cotidiano dos serviços, e – por que não dizer? –, um simulacro da reprodução dos interesses do grande capital, conforme pode ser conferido nos documentos do Banco Mundial⁶⁻⁸.

Considerando que essa forma de reprodução pode ser entendida como a ‘necessidade básica’ para o capital e sua sustentabilidade é que a mercantilização da saúde vem se tornando um elemento estratégico de sua sobrevivência, explicitando o conflito entre necessidades humanas básicas (das quais as ‘necessidades em(de) saúde’ fazem parte) e as necessidades do capital¹⁷. É sob esta contradição que o foco deste estudo retoma uma das necessidades humanas essenciais, garantidora da existência dos seres humanos, que é a ‘necessidade em(de) saúde’.

Logo, o objetivo deste artigo é revisar sistematicamente a literatura científica sobre necessidades em(de) saúde, suas implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Material e métodos

Tratou-se de uma revisão integrativa^{9,10}, cujo objetivo foi revisar, de forma sistematizada, a literatura científica sobre necessidades de saúde, e sua aplicação no SUS. Para isso, dois objetivos guiaram a extração dos dados dos artigos incluídos nesta revisão: 1) Identificar os termos ‘necessidade em(de) saúde’, suas implicações e desafios para a construção do SUS; e 2) Discutir o contexto de análise dos termos e a ligação/nexo entre necessidade em(de) saúde e necessidades do capital.

Nesse sentido, a primeira etapa consistiu em um procedimento de busca sistematizada nas bases de dados que indexam estudos nessa temática. Assim, elegeu-se o portal de informação científica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (www.bvsalud.org) como aquele que aglutina diversas bases de dados da América Latina e do Caribe, para coletar os dados relacionados ao tema, de acordo com a

pergunta norteadora da busca: O que a literatura científica apresenta sobre as necessidades em(de) saúde no SUS?

Os descritores eleitos foram derivados da pergunta de pesquisa. Nesse sentido, foram buscados aqueles que convergissem à ideia de necessidades, capitalismo e sistema de saúde, na mesma definição explicativa do descritor. Tal estratégia requereu não considerar descritores como ‘Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde’ e ‘Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde’ na organização da sintaxe de busca, por não congregarem esses três elementos. Além disto, houve uma preocupação exaustiva em realizar os testes de cruzamento de descritores em diversas possibilidades (usando os operadores booleanos AND e OR), para eleger as buscas com maior número de recuperação, visando construir uma sintaxe final.

A partir desses descritores e de diversas formas de testagem, gerou-se a seguinte sintaxe final: (mh:((((“Sistema Único de Saúde” AND “Financiamento da Assistência à Saúde” AND “Direito à Saúde”)))) OR (mh:((((“Sistema Único de Saúde” AND “Financiamento da Assistência à Saúde” AND “Política de Saúde”)))) OR (mh:((((“Sistema Único de Saúde” AND “Financiamento da Assistência à Saúde” AND “Equidade na alocação de recursos”)))) OR (mh:((((“Sistema Único de Saúde” AND “Direito à Saúde” AND “Política de Saúde”)))) OR (mh:((((“Sistema Único de Saúde” AND “Direito à Saúde” AND “Capitalismo”)))) OR (mh:((((“Sistema Único de Saúde” AND “Política de Saúde” AND “Equidade na alocação de recursos”)))) OR (mh:((((“Sistema Único de Saúde” AND “Política de Saúde” AND “Capitalismo”))))).

Essa sintaxe redundou na identificação de 140 estudos (testada em 16 de junho de 2019). Foram incluídos somente trabalhos com o texto completo disponível gratuitamente e com foco específico no SUS e na questão levantada na pesquisa. Não houve restrição quanto à data de publicação. Apenas publicações em português, espanhol e inglês foram consideradas. Como

critério de exclusão, foram desconsiderados livros, capítulos de livros, editoriais e outros formatos de texto que não passaram por processo rigoroso de avaliação por pares, como ocorre com os artigos científicos.

Do total, apenas 65 estavam disponíveis na íntegra, sendo a primeira etapa de seleção das produções realizada mediante a leitura e a análise dos títulos e resumos. Entre eles, havia cinco estudos repetidos, 11 monografias, oito produções diversas (livros, revistas, cursos e vídeos institucionais), e tais publicações não compuseram o escopo final por não se apresentarem em formato de artigo científico. Após essa triagem inicial, na segunda etapa, procedeu-se à leitura na íntegra dos 41 estudos selecionados, a qual possibilitou que outros textos também fossem excluídos por não atenderem à proposta da revisão. Ao final, 17 artigos científicos foram incluídos na revisão, disponíveis gratuitamente, tendo atendido aos critérios estabelecidos.

A partir da identificação das bases de dados, confirmação da disponibilidade gratuita dos estudos e de sua filtragem pelos critérios estabelecidos, os artigos incluídos foram lidos na íntegra. Nessa leitura, foram extraídos dos artigos os seus achados, segundo o interesse de investigação desta revisão (conceitos de ‘necessidades em(de) saúde’, suas implicações e seus desafios para o SUS).

Resultados

Os artigos desta revisão foram coletados através do portal BVS e apresentaram a seguinte distribuição, por banco de dados de indexação: a maior parte dos estudos (16) encontra-se indexada na base de dados Lilacs (88,9%) e apenas um na Base de Dados de Enfermagem (BdEnf) (5,6%). É possível identificar que 11 (64,7%) artigos se utilizam do método de revisão narrativa; 8 (47,05%) apresentam alguma referência sobre ‘necessidades em(de) saúde’; 14 (82,35%) apresentam a importância relacionada às ‘necessidades em(de) saúde’; e

15 (88,23%) discorrem sobre os desafios para sua aplicação no SUS. Estes últimos artigos, apesar de discutirem o financiamento da política de saúde no Brasil, o financiamento da atenção básica e a relação saúde-direito, apresentavam a relação de seus objetos com o conceito de ‘necessidade em(de) saúde’ e, por esse motivo, foram adicionados à análise.

Foi possível perceber que há variadas formas de apropriação da temática ‘necessidade em(de) saúde’, e que, por este ser um conceito muito amplo, diversos estudos não delimitam bem sua definição, que varia desde a mera citação do termo, sem descrição/conceitualização alguma, até seu uso mais refinado e sua identificação/conceitualização mais precisa em práticas e relatos de experiências nos serviços de saúde.

Nos textos dos autores que, de certa maneira, apenas ‘tangenciam’ o tema^{6,8,11-17}, o termo ‘necessidade em(de) saúde’ não aparece, porém, no decorrer da leitura, pode-se perceber que as discussões são baseadas nas necessidades, implicações para o SUS e nos desafios de sua aplicação. Outros, por sua vez¹⁸⁻²⁵, citam o termo e o conceitualizam, mas em nenhum deles o termo ‘necessidades em(de) saúde’ aparece como um indexador.

É interessante notar que há um refino da ideia de necessidades em(de) saúde nesses estudos. Em alguma medida, fica explícito que a concepção das necessidades parte de uma ideia geral (como direito social) em direção a uma perspectiva mais aplicada (considerando as diferentes condições de vida da população). Em que pese a relativa falta de definição apresentada nos estudos, estas formas de apropriação teórico-metodológica das necessidades em(de) saúde parecem ser elementos fecundos para discutir sua relação com as necessidades do capital.

Ao buscar compreender como os estudos relacionam o conceito sobre necessidades em(de) saúde com as implicações para o SUS, fica evidente que, mesmo aqueles que não desenvolvem o conceito, estão se preocupando com a ideia de necessidades. Não obstante,

é possível ver que há mais estudos que trazem consigo as implicações do que aqueles que delimitam claramente as necessidades em(de) saúde. O mesmo acontece em relação aos desafios, demonstrando que os artigos que versam sobre estes tentam direcionar soluções para que os serviços

e sistemas de saúde alcancem as necessidades em(de) saúde, sugerindo propostas, conforme pode ser visto no *quadro 1*. Os polos de análise, núcleos de sentido e blocos de análise que emergiram da sistematização dos conteúdos dos artigos podem ser vistos no *quadro 2*.

Quadro 1. Artigos incluídos e respectiva metodologia, conceito de 'necessidades em(de) saúde', implicações para o SUS e os principais desafios de sua aplicação no SUS

Autores/Ano	Metodologia	O que são 'necessidades em(de) saúde'?	Implicações para o SUS	Conclusões e desafios de sua aplicação no SUS
Cohn, 2018	Revisão narrativa	Não apresenta um conceito sobre necessidades em saúde.	Contexto crescentemente desfavorável, em termos de: políticas econômicas (ajuste fiscal); dificuldades impostas por um Estado patrimonialista e uma sociedade conservadora; e aversão a medidas equitativas dos recursos sociais.	A questão da saúde sensibiliza e mobiliza segmentos da sociedade, mas, exatamente por demandar que se vá além da saúde como consumo ou acesso a serviços e tecnologias de diagnóstico e terapêutica, esbarra na relativa fragilidade para se constituir isoladamente em fator de organização e mobilização social.
Pinto, 2018	Estudo descritivo analítico, revisão de literatura	A adequação do financiamento às condições, especificidades e aos projetos locais dos municípios.	Não apresenta implicações para o SUS.	Não apresenta desafios relacionados à aplicação no SUS.
Miranda, Mendes e Silva, 2017	Entrevista semiestruturada e revisão crítica da literatura	Não apresentam um conceito sobre necessidades em saúde.	Organização e fragmentação das políticas; insuficiente financiamento; complexas relações entre a esfera pública e o mercado; fragilidades nos processos regulatórios; e desigualdades em saúde, que permanecem e que marcam a sociedade brasileira.	Criar espaços de discussão dos principais aspectos que dificultam a consolidação do SUS; estudar as responsabilidades sanitárias e o papel das esferas de governo; e planejar políticas que superem os desafios atuais e futuros, assegurando o direito social do cidadão de acesso universal à saúde.
Barros e Sousa, 2016	Revisão narrativa	As diferenças entre os distintos grupos sociais, que são determinadas pelas diversidades de sexo, idade e raça, e por situações de injustiça social, como renda e acesso a bens e serviços, e, ainda, por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos.	Que a equidade seja concebida na perspectiva ética e da justiça, diante das históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pela globalização.	Equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais. Deve-se considerar a equidade como estratégia para atingir a igualdade de oportunidades, levando em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural. Ela poderá ser mensurada através da análise das políticas públicas, no setor da saúde, vendo o necessário a todos, levando em conta singularidades e necessidades.
Rizzotto e Campos, 2016	Revisão narrativa	Não apresentam um conceito sobre necessidades em saúde.	O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco Mundial. Regular a oferta e garantir 'mínimos essenciais' devem ser tarefas do Estado, contudo, este organiza um aparato público reduzido, que desenvolve a desestruturação das necessidades, padronizando-as em função do mercado.	As crises de acumulação têm levado o capital a expandir-se para todos os espaços da vida social. O SUS é um experimento que, na perspectiva do Banco Mundial, não deve se expandir para outros países da América Latina e mesmo para o mundo, na medida em que garante, constitucionalmente, o direito universal à saúde.

Quadro 1. (cont.)

Autores/Ano	Metodologia	O que são 'necessidades em(de) saúde'?	Implicações para o SUS	Conclusões e desafios de sua aplicação no SUS
Mendes, 2015	Revisão narrativa	Não apresenta um conceito sobre necessidades em saúde.	A financeirização dos recursos públicos e a apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização impedem o alcance das necessidades. As políticas macroeconômicas adotadas levaram, e ainda levam, à diminuição dos gastos públicos com direitos sociais.	O desafio reside em equalizar o crescimento econômico e manter o patamar de investimento em políticas sociais de direitos, priorizando o financiamento do SUS.
Araujo, 2015	Revisão crítica da literatura	As condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde.	O fundo público foi/é apropriado para acumulação e reprodução do capital, hoje na fase da financeirização.	A saúde tem sido alvo de políticas restritivas, expressas por ações como o subfinanciamento e a privatização dos serviços, desde seu nascedouro, bem como por meio das novas modalidades de gestão propostas para o serviço público, com as Organizações Sociais e outras, refletindo a lógica neoliberal do Estado.
Silva e Junior, 2015	Pesquisa com observação direta e entrevista	Conjunto de práticas democratizantes que 'integram a totalidade social', noção de direito à saúde, que implica, entre outros fatores, a garantia de trabalho, alimentação, moradia, transporte, lazer e participação da população na organização, gestão e controle dos serviços, além de um acesso universal e igualitário, em todos os níveis.	Um orçamento estatal sequestrado para 'o pagamento de juros e amortização da dívida pública' e destinado à 'valorização exclusiva do setor econômico mais desenvolvido' impede que o financiamento seja orientado às necessidades em saúde.	A descentralização das decisões pela municipalização e um maior acesso à rede de serviços não cumprem a universalidade, equidade e qualidade no acesso à saúde. As políticas macroeconômicas isentam o Estado de seu papel na efetivação dos direitos.
Mendes e Louvison, 2015	Revisão narrativa	Não apresentam um conceito sobre necessidades em saúde.	A nova 'universalidade' é compreendida como uma cesta básica de serviços para a população pobre, restando o acesso aos demais serviços de saúde pela via do mercado.	O acesso aos serviços locais está estrangulado em sua capacidade de avanço e de promoção de integralidade e de equidade, por não ser construído solidariamente. Além disso, apesar da determinação de mecanismos de alocação equitativa de recursos das transferências do governo federal para os municípios, pela Lei nº 141/2012, não se conseguiu definir, até o momento, critérios baseados em necessidades de saúde.
Mendes, 2013	Revisão narrativa	Não apresenta um conceito sobre necessidades em saúde.	A dificuldade de acesso e o problema do financiamento.	Olhar crítico e denso sobre o conflituoso caminho de consolidação do direito à saúde no Brasil - inserida no cenário de estrangulamentos da saúde universal -, acirrado pelos problemas de financiamento e gestão do SUS.
Merhy, 2012	Revisão narrativa	Não apresenta um conceito sobre necessidades em saúde.	Não apresenta implicações para o SUS.	Concepção da radicalidade necessária para pensar o que seria a construção de um campo social de práticas, democrático. Dilema do perspectivismo de um 'SUS-utopia', tem que negociar com isto e reconhecer, na molecularidade do fazer, modelos centralizadores e antívagos das políticas governamentais.

Quadro 1. (cont.)

Autores/Ano	Metodologia	O que são 'necessidades em(de) saúde'?	Implicações para o SUS	Conclusões e desafios de sua aplicação no SUS
Mendes e Marques, 2009	Revisão narrativa	Não apresentam um conceito sobre necessidades em saúde.	O principal inimigo da saúde pública é o grande capital financeiro, com seus efeitos no corte dos recursos para a área social, em geral, e para a saúde, em particular.	Garantir o 'princípio da construção da universalidade', por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros.
Baptista, Machado e Lima, 2009	Revisão narrativa	Saúde como direito social de cidadania e um conjunto integrado de ações de bem-estar e justiça social.	Restrições ao exercício de responsabilidade da atuação do Estado na garantia da saúde como direito de cidadania: os obstáculos à consolidação da Seguridade Social; o instável aporte de recursos financeiros; a insuficiente provisão de insumos relevantes para a saúde, como medicamentos; a fragilidade das políticas de recursos humanos em saúde; e a persistência de distorções nas relações entre público e privado na saúde.	Permanece como grande desafio do Estado, entendido de forma ampla, para garantir a democracia e exercer o papel mediador de interesses e demandas, estabelecendo prioridades e atuando de forma equilibrada, visando ao bem estar coletivo e não simplesmente atendendo aos interesses de grupos específicos.
Gonçalves et al., 2007	Revisão crítica da literatura	Alimentar-se adequadamente, ter condições dignas de moradia, direito ao trabalho e a horas de lazer. A saúde é, então, sinônimo de cidadania.	A questão da alocação de recursos passa por três perguntas: a quem destiná-los? Quem decide? Quais recursos e para quais ações? Questiona-se se os recursos para a saúde são inevitavelmente escassos ou tal escassez é, na verdade, apenas reflexo de escolhas políticas.	A adoção do princípio de equidade nas políticas públicas de saúde não deve se ater exclusivamente a considerações de ordem econômica, mas buscar o bem-estar das pessoas, respeitando as diferenças entre elas e dando-lhes oportunidades de se manifestarem e participarem das decisões; que problemas da saúde pública sejam abordados através de ações direcionadas a partir da priorização de demandas que partam dos cidadãos menos favorecidos.
Garbois, Vargas e Cunha, 2007	Descritiva com abordagem qualitativa, com pesquisa bibliográfica e documental, e com entrevista semiestruturada	As condições de vida da população, problemas de saúde, de acordo com as necessidades de cada um e da coletividade. Condições de acesso à habitação, educação, renda, ao meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, à liberdade, a acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Padrões dignos de qualidade de vida.	A Estratégia Saúde da Família visa reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, mas não consegue superar as iniquidades, pois as necessidades de um território nacional heterogêneo, dos pontos de vista geopolítico, econômico, cultural e social, e, principalmente, nas grandes metrópoles, são pouco consideradas no financiamento.	Para concretizar o SUS, é preciso enfrentar a estruturação de um Estado capaz de combater as profundas e gritantes desigualdades sociais, na medida em que elas expressam injustiça e exclusão social.
Lima, 2007	Revisão narrativa	Alocação de recursos adicionais de custeio, que contemplem diferentes perfis demográficos, epidemiológicos e condições socio sanitárias, e que estejam orientados para as realidades locais regionais.	Não apresenta implicações para o SUS.	Não apresenta desafios relacionados à aplicação no SUS.

Quadro 1. (cont.)

Autores/Ano	Metodologia	O que são 'necessidades em(de) saúde'?	Implicações para o SUS	Conclusões e desafios de sua aplicação no SUS
Santos e Gerschman, 2004	Revisão narrativa	Não apresentam um conceito sobre necessidades em saúde.	Segmentação de clientela, segundo lógicas de mercado (poder de compra), com diferenciações não só da qualidade, mas também do tipo de serviço de saúde disponível, o que dificulta a operação das necessidades em saúde.	O caráter universalista do SUS parece desacreditado nos grandes centros urbanos, onde a percepção do contraste entre a qualidade do sistema público e a do privado é muito grande. O padrão SUS hoje parece estar caminhando no sentido do 'plano de cuidados básicos', e já é evidente uma segmentação público-privada, que relega o SUS a produto de consumo de circuitos inferiores.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2. Polos de análise, núcleos de sentido, blocos de análise e referências dos artigos revisados, relacionados a cada núcleo/bloco. 2019

Polos de análise	Núcleo de sentido/Blocos de análise	Referências
Necessidades em(de) Saúde	Direito social constituído	18, 21
	Conjunto articulado da efetividade dos direitos sociais	22, 23
	Ajuste entre as condições de vida e trabalho, com a diversidade inerente às coletividades	19, 20, 24, 25
Implicações para o SUS	Capitalismo e sua crise	8, 11, 13
	Financiamento	13, 14, 17, 21
	Características da formação social brasileira	14, 19, 20
	Problemas da gestão pública na saúde	11, 15, 17
	Mescla público-privado	18, 36
	Problemas terminológicos	11, 12
	Escassez de recursos	14, 23, 39
Desafios para a aplicação no SUS	Simbólico	6
	Crítico-político	14, 15, 16, 17
	Coerência entre financiamento e princípios	11, 13, 19, 23
	Estado	20, 21
	Política macroeconômica	8, 18
	Gestão	15, 22
	Âmbito local	12, 18

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Nos oito trabalhos^{18,23-25} em que as ‘necessidades em(de) saúde’ são conceituadas, há a ideia geral de que a saúde não se restringe apenas às demandas biológicas, tampouco podem ser consideradas como individuais e isoladas²⁶. De forma específica, pode-se dizer que o termo ‘necessidades em(de) saúde’ pode ser composto por três núcleos de sentido.

O primeiro relaciona o termo à ideia de ‘direito social constituído’^{18,21}. Para os autores, as necessidades em(de) saúde são: um direito social de cidadania e um conjunto integrado de ações de bem-estar e justiça social, ou, ainda, um conjunto de práticas democratizantes que integram a totalidade social, noção de direito à saúde que implica, entre outros fatores, a garantia de trabalho, alimentação, moradia, transporte, lazer e a participação da população na organização, na gestão e no controle dos serviços, além de acesso universal e igualitário em todos os níveis.

Sob essa ótica, é possível dizer que as necessidades em(de) saúde são expressões concretas, que devem conformar os alcances em que o direito à saúde deve se delinear. Mesmo considerando que a legislação infraconstitucional entende as necessidades de saúde como uma forma de guiar o financiamento²⁷, há problemas em operacionalizá-la, especialmente quando se trata de um direito social, assim devendo, compulsoriamente, articular diversos elementos da vida social que fazem parte da múltipla determinação da saúde de coletividades e indivíduos²⁸, como suposto nestas conceituações.

O segundo núcleo de sentido que compôs a ideia de necessidades em(de) saúde nesta revisão foi o do ‘conjunto articulado da efetividade dos direitos sociais’^{22,23}. Neste sentido, o termo encerra sua semelhança nos seguintes significados: condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde ou, em outras palavras, alimentar-se adequadamente,

ter condições dignas de moradia, direito ao trabalho e horas de lazer.

Nesse núcleo de sentido, seu conteúdo corrobora a afirmação anterior. Contudo, a ênfase nesse núcleo de sentido recaiu sobre os critérios ‘social’ e ‘efetivo’. Quando se pensa a saúde como fenômeno socialmente determinado, o enfoque deve ser orientado mais ao ‘social articulado’ do que ao seu significado isolado. Isto força o direito a se dilatar para congregar a amplitude do que significa garantir saúde, o que, como já sabido²⁴, transcende o próprio setor. No que se refere à efetividade do direito, as necessidades significam a operação deste na vida concreta dos indivíduos, que, em suas situações cotidianas, devem acessar os serviços em função de uma ação estatal proativa, e não o seu contrário.

O terceiro núcleo de sentido^{19,20,24,25} converge ao rebuscar o termo, tentando maior precisão analítica. Neste caso, ‘necessidades em(de) saúde’ se relaciona ao ‘ajuste entre as condições de vida e trabalho com a diversidade inerente às coletividades’. Assim, dizem que são: necessidades diferentes entre os distintos grupos sociais, tanto determinadas pela diversidade de sexo, idade e raça quanto por situações de injustiça social, como renda e acesso a bens e serviços, e, ainda, por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos ou condições de vida da população, problemas de saúde de acordo com as necessidades de cada um e da coletividade. Condições de acesso à habitação, educação, renda, ao meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, à liberdade, ao acesso e à posse da terra, e ao acesso a serviços de saúde, ou ainda, a padrões dignos de qualidade de vida.

É interessante perceber que, neste sentido, o ‘ajuste’ é o mais importante e, talvez, o mais desafiador. Mesmo quando se tenta considerar a imensa diversidade de ‘necessidades em(de) saúde’, dos mais variados grupos populacionais, isto exige uma acomodação da oferta em função das necessidades, e não o contrário²⁴. Pressiona, certamente, que toda a cadeia entre modelo e gestão de serviços atue em um

movimento de diagnóstico e planejamento local, em direção ao nacional (ascendente)²⁵, que, em termos concretos, tem sido visto apenas como figura de retórica²⁹ em alguns textos jurídicos, como mais uma letra morta³⁰ ou, quando muito, em experiências pontuais³¹.

Esse sentido ainda traz à tona a discussão da saúde coletiva sobre as necessidades, do ponto de vista de sua heterogeneidade. Tais necessidades se originam da reprodução da vida em sociedade e devem estar articuladas entre si³². Nos textos, é possível perceber como valorizar o conhecimento e a forma como os sujeitos estão inseridos na reprodução social, requerendo a compreensão da realidade, simultaneamente objetiva às concepções subjetivas que se manifestam dos indivíduos, identificando-se os diferentes significados atribuídos a seus modos de vida, saúde e sofrimento, o que pode revelar o potencial transformador das práticas de saúde vigentes³³. Ainda outro aspecto importante deste último sentido se deve ao fato de que ele cita a qualidade de vida como uma ‘dimensão’ da necessidade. Ora, em que pese a interpenetração de todos estes conceitos na realidade concreta, é necessária a definição precisa sobre qual conceito está subjacente ao outro³⁴, podendo este elemento ser mais um desafio na concretização das necessidades em(de) saúde enquanto medida.

Em relação às implicações, para o SUS, dos estudos sobre as necessidades em(de) saúde, estes apresentam uma gama variada de implicações, que podem ser compiladas em sete blocos. Mesmo sabendo que todas as implicações para o SUS estão intimamente ligadas, inclusive com seus desafios, é possível agrupá-las pelas semelhanças em que são citadas.

O primeiro bloco de implicações mais frequente é aquele que aponta para o ‘capitalismo e sua crise’. Assim, os estudos indicam que a implicação mais forte sobre a não concretização das necessidades em(de) saúde é o caminho percorrido entre os efeitos diretos da crise contemporânea do capitalismo, que impacta na não efetivação do direito à saúde

em função do pagamento de juros e da amortização da dívida pública. Aponta-se, ainda, que a financeirização dos recursos públicos, através do grande capital financeiro, é o responsável pela apropriação do fundo público, servindo de forma de acumulação e reprodução do capital¹³. Isto se reflete mediante a decisão política de realizar cortes nos recursos para a área social, a diminuição dos gastos com os direitos sociais, dos quais a saúde é um deles, não contemplando as necessidades⁸. Apesar da recessão econômica e do SUS, o que se observa é a não retração do mercado dos planos de saúde. Isso seria esperado caso o SUS estivesse oferecendo produtos comparáveis aos oferecidos pelos planos, o que não é observado, criando a possibilidade de crescente focalização da oferta no sistema público, afastando-se da necessidade em(de) saúde em sua concepção¹¹.

Ao mesmo tempo em que a Reforma Sanitária Brasileira veio como ponto de apoio para a redefinição radical das políticas públicas, revela-se também como fonte de enormes tensionamentos e conflitos ao se confrontar com a realidade do acelerado processo de mercantilização da saúde como tendência mundial. No Brasil, este movimento se expressa no crescimento rápido do sistema privado de saúde, no qual vem se firmando como fonte para uma acumulação de capital que cria as necessidades de acordo com o mercado³⁵.

As crises de acumulação têm levado o capital a expandir-se para todos os espaços da vida social, entre eles, a saúde, transformando-a em esfera de valorização deste mesmo capital. Através das orientações do Banco Mundial, reafirma-se que o mercado é central como mecanismo organizador da vida social, cujos gestores devem ver as formas mais ‘eficientes’ (economicamente) de operar as políticas públicas. Há uma resignificação do papel da necessidade neste debate⁶, que deixa de ser a necessidade dos trabalhadores para se converter, cada vez mais, na necessidade de acumular do capital.

O segundo bloco das implicações se refere

exclusivamente ao problema do ‘financiamento’. O subfinanciamento do SUS é algo crônico, em virtude das políticas de ajuste fiscal sucessivamente adotadas¹⁴. Mesmo a aprovação de uma fonte de financiamento específica para a saúde, em um momento subsequente (a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996), não assegurou o aumento substantivo e a estabilidade de recursos para o setor²¹.

Diante da predominância de políticas macroeconômicas restritivas adotadas pelos governos federais, a partir dos anos 1990, conciliado ao capitalismo contemporâneo, o percurso do financiamento da seguridade social permaneceu sob forte tensão¹⁷. Por um lado, destaca-se o princípio da construção da universalidade, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros e, por outro lado, identifica-se o princípio da contenção de gastos, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica¹³, além dos incentivos concedidos pelo governo federal à saúde privada, com redução de imposto de renda a pagar pela pessoa física ou jurídica, e as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica¹⁷ demonstram que a necessidade que se contempla é a do capital e não a da saúde da população. Em última instância, é o Estado criando o mercado para o setor privado como medida para ‘desafogar’ a demanda do SUS e manter o seu desfinanciamento¹⁴.

O terceiro bloco das implicações se refere às ‘características da formação social brasileira’. Para os autores^{14,19,20}, as dificuldades impostas por um Estado patrimonialista, conservador, avesso a quaisquer medidas de distribuição mais equitativa dos recursos sociais, mesmo que modesta, são implicações importantes na desconsideração das necessidades, já que o direito universal à saúde não faz parte do ideário (proto)liberal constitutivo desta sociedade. Além disto, superar as iniquidades que se alastram ao longo da história e acumulam hoje uma dívida social, bem como a pobreza massiva

que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, além das desigualdades em saúde que permanecem na sociedade, e conseguir operacionalizar as necessidades em um território nacional heterogêneo aparecem como grandes dificuldades²⁰. Esta observação tem sido considerada importante na formulação de políticas públicas, na lida com a noção de necessidades diferentes entre os distintos grupos sociais, além de situações de injustiça social e características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos¹⁹.

O quarto bloco das implicações se refere aos ‘problemas da gestão pública na saúde’. Desde a criação do SUS, houve melhora na condição de saúde da população brasileira, contudo, dois problemas persistem, impedindo a continuidade de seu avanço: a dificuldade de acesso e o problema de financiamento¹⁷. No setor público, verifica-se uma diferenciação negativa na qualidade dos serviços, com aumento da restrição do acesso a produtos de maior complexidade, fragilidades nos processos regulatórios, longo tempo de espera em filas para o atendimento, deficiência de recursos físicos e materiais, e insuficiente provisão de insumos relevantes para a saúde. Isto se agudiza quando há a percepção do contraste da qualidade do sistema público em relação ao privado, gerando um descrédito da população em relação ao SUS. A mídia, de forma muito intensa, reforça esta percepção, construindo uma segmentação que relega o SUS a produto de consumo de circuitos inferiores, em que a percepção de simplificação da oferta pública, aliada a dificuldades de acesso, vem contribuindo para a adesão da população às necessidades do capital, especialmente expressas no crescimento dos planos de saúde^{11,15}.

Segundo o Banco Mundial, a governança é um problema crucial no SUS, em todos os níveis de governo, pela baixa capacidade local para gerenciar responsabilidades descentralizadas, pela falta de inovação nos modelos organizacionais e de gestão⁶. Os recursos disponíveis são escassos e há uma pobreza massiva que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, fazendo com que os resultados da

alocação tenham impactos muito relevantes na vida dos cidadãos. Contudo, a questão da alocação de recursos passa pelas seguintes perguntas: a quem destiná-los? Quem decide sobre eles? Quais recursos e para quais ações? Os recursos para a saúde são inevitavelmente escassos ou tal escassez é, na verdade, apenas reflexo de escolhas políticas? Em uma sociedade onde o lucro domina as prioridades de pesquisa, a abordagem preventiva dos sistemas de assistência à saúde torna-se gradativamente uma parte mínima²³.

O quinto bloco das implicações refere-se à ‘mescla público-privado’, que permeia a organização da atenção à saúde no SUS. Para os autores, a diferenciação não só da qualidade, mas também do tipo de serviço de saúde disponível expressa este processo de múltiplas articulações entre o público e o privado, que consolidou uma realidade muito distante da preconizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira¹⁸. O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco Mundial, sendo a saúde considerada um bem de consumo que deveria ser oferecido pelo mercado, este que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e mesmo o consumo, tendo a intervenção do Estado somente para regular a oferta e garantir mínimos essenciais⁶. Com uma frequência cada vez maior, pode-se observar o desabastecimento de produtos importantes para o SUS, tendo como justificativa vários motivos relacionados à tênue relação existente entre as necessidades de saúde pública e as lógicas de mercado³⁶, introduzindo dispositivos que aumentem a participação do usuário no custeio das ações e serviços de saúde.

Assim, o que se pôde observar na Reforma Sanitária Brasileira, no decorrer dos anos, foi uma confluência perversa entre um projeto político democratizante e participativo e o modelo neoliberal, que tem prevalecido na gestão do sistema. Deste modo, tornar-se cidadão passa a significar a integração individual ao mercado, como consumidor e como

produtor^{18,37}, sendo a parceria público-privada a nova forma de manifestação dessa política, justificada como a racionalização do uso dos recursos, gerando organizações de custo administrativo alto, obrigatoriedade de pagamento dos serviços pela população, negligência pelo sistema dos determinantes sociais e econômicos da saúde, estímulo à competição entre serviços e sua distribuição orientada por doenças e intervenções específicas, que não necessariamente estão relacionadas às necessidades em saúde das populações, mas são influenciadas por interesses privados^{18,38}.

O sexto bloco sugere ‘problemas terminológicos’. Na contramão das propostas universalizantes do SUS, vem se acentuando uma tendência à segmentação de clientela, segundo lógicas de mercado (poder de compra), com diferenciações não só da qualidade quanto do tipo de serviço de saúde disponível¹¹. Neste caminho, pode-se pensar que a ‘nova universalidade’ compreende uma cesta básica de serviços para a população pobre, restando o acesso aos demais serviços de saúde pela via do mercado. Isto convertendo o acesso universal enquanto direito social, em uma cobertura universal de saúde onde não é o ‘acesso’ em função das ‘necessidades em(de) saúde’ que está no centro da questão, mas sim, o que o orçamento público comprometido e com restrições orçamentárias pode ofertar, além da quantidade de serviços cobertos que podem ser ofertados e consumidos pelo mercado¹².

O sétimo bloco das implicações, este minoritário, trata da ‘escassez de recursos’ no SUS. Pode-se dizer que a restrição acentuada dos recursos no financiamento da saúde foi consolidada pela Emenda Constitucional nº 95/2016³⁹, que instituiu um teto congelado para os gastos públicos, nas funções saúde e educação, por 20 anos¹⁴. O problemático dilema da escassez de recursos para a saúde e a necessidade de alocá-los de forma justa para todos se traduzem nos três princípios morais e políticos norteadores do SUS, que preconizam: a ‘universalidade’ de acesso aos serviços de saúde (art. 196); a ‘integralidade’

(art. 198., Inc. II); e a 'igualdade' na assistência à saúde para todos (art. 196). Porém, esta ideia parece ser, no mínimo, contraditória, quando se pensa em distribuição justa de recursos com um sistema de saúde que ignora as desigualdades, e quando se questiona se o grande problema é a escassez de recursos ou a falta de comprometimento político com o destino dado às verbas existentes²³.

Por fim, quais os principais desafios da aplicação do SUS no que se refere às necessidades em(de) saúde? Ao integrar os resultados encontrados nesta revisão, podem ser classificados sete tipos de desafios que impactam na compreensão ou operacionalização das necessidades. Do mais teórico ao mais prático, tem-se que o primeiro deles, o 'simbólico'⁶, reforça que o SUS deve ser um exemplo para outros países da América Latina, algo que não tem tido força suficiente. Já o desafio 'crítico político'¹⁴⁻¹⁷ reside no amálgama entre um olhar crítico e denso sobre o conflituoso caminho de consolidação do direito à saúde, mobilizando os segmentos da sociedade e criando espaços de discussão dos principais aspectos que dificultam a consolidação do SUS, tendo como norte a concepção da radicalidade necessária para operar esse projeto, considerando-o como uma utopia a ser perseguida ao desconsiderar as negociações pragmáticas da gestão e das políticas públicas. Para isto, o desafio da 'coerência entre financiamento e princípios'^{11,13,19,23} ganha centralidade, especialmente na concretude da universalidade e da equidade.

Saindo da perspectiva teórica e indo para a prática, o desafio de lidar como o 'Estado'^{20,21} é crucial. Sem uma clara compreensão, segundo os autores, do seu papel na garantia da democracia, com sua função mediadora de interesses e demandas, é difícil combater as profundas e gritantes desigualdades sociais, pois estas se relacionam diretamente com as necessidades. O desafio da 'política macroeconômica'^{8,18} também está dado como o centro da discussão, para alguns autores. O foco desta política tem de ser a equalização do

crescimento econômico, mantendo o patamar de investimento em políticas sociais, não admitindo que o Estado se isente de seu papel na efetivação dos direitos sociais.

Entre os desafios mais aplicados, aqueles relacionados à 'gestão'^{15,22} têm parcela no desuso das necessidades como guias para uma ação sanitária. Para alguns estudos, o centro do debate é a definição, de forma clara, das responsabilidades sanitárias e do papel das esferas de governo, evitando a privatização dos serviços por meio das 'novas' modalidades de gestão propostas para o serviço público, que descaracterizam uma atenção com base nas necessidades. E, por fim, o desafio do 'âmbito local'^{12,18} na execução das políticas. Para alguns autores, o desafio central está no avanço da descentralização das decisões e na prerrogativa de que estas precisam construir sistemas locais que funcionem solidariamente, para darem conta das necessidades de sua região.

Mesmo sob a diversidade de elementos que este estudo apresenta, a integralização de tais resultados padece de algumas limitações. Entre elas, a captura e análise das 'necessidades em(de) saúde' como objeto em questão já é um desafio em si mesmo. Algumas vezes descrita de forma subliminar ou, ainda, como consequência dos serviços (e não como foco), demonstra como o terreno sob esse tema é espinhoso e tem mais assento em um consenso não dito do que uma delimitação clara sobre o que significam tais necessidades. Além disto, o uso de uma revisão do tipo integrativa, apesar de demonstrar um panorama sobre o objeto, tem como limite não focar essencialmente no objeto per se, já que visa integrar tudo que com o objeto se relacione de forma direta. Isto pode ser visto no fato de alguns artigos incluídos na revisão não apresentarem diretamente seu conceito sobre necessidades, mas explicitarem implicações e desafios sobre o alcance destas. É plausível dizer que a presente revisão pode ser encarada como uma primeira sistematização metódica mais ampla sobre o tema³, com uso de um método claramente delineado para isto. Para avançar, sugere-se que, em estudos

posteriores, outros métodos de revisão possam ser utilizados, assim como uma ampliação para outras bases de dados possa ser efetivada.

Após ponderadas as limitações deste estudo, é fundamental apontar que suas possibilidades são essenciais para garantir a precisão da categoria necessidades, e sua devida operacionalidade no SUS. Trazer este debate à baila é também garantir a visibilidade política do tema, tão esquecido nos ditames das decisões político-administrativas e do cotidiano dos serviços do sistema de saúde brasileiro. Em tempos de crise econômica de largo espectro como a vivenciada atualmente, trabalhar as ações de serviços com foco nas necessidades de saúde é também economizar recursos, acomodar a oferta à demanda e, certamente, efetivar os princípios do SUS em sua essência.

Considerações finais

De acordo com o exposto acima, fica evidente que o termo ‘necessidades em(de) saúde’ ainda está longe de ser compreendido e utilizado de forma acordante entre os que atuam nos sistemas de saúde. Se, por um lado, observam-se a defesa dos direitos universais de saúde e a ampliação da integralidade e equidade para um atendimento mais abrangente, com respostas às necessidades em(de) saúde de cada cidadão, em cada território, pensando em suas diferenças, como um conjunto de práticas democratizantes que integram a totalidade social, por outro lado, é necessário o atendimento a ‘outras necessidades’, relacionadas à mercantilização da saúde de forma ostensiva, em que ‘cidadania’ se confunde com ‘poder de consumir’ e ‘necessidades em(de) saúde’ se resumem ao consumo de um serviço ou procedimento de saúde.

Nesse cenário, as implicações para o SUS são imensas e, somadas a um subfinanciamento

crônico e a políticas restritivas adotadas pelos governos federais, o resultado não poderia ser outro: mais desajuste social, com desemprego, violência e piora das condições de vida e de saúde da sociedade, abrindo espaço cada vez maior para as práticas privatistas que surgem no interior do sistema público.

Conseqüentemente, o desafio de ofertar um SUS baseado em necessidades em(de) saúde, com alocação de recursos de forma equitativa e igualitária, e qualidade no acesso à saúde, se torna cada vez maior. Com um movimento permanente e contraditório de contenção de gastos, o que se assiste é um processo de apropriação privada da saúde e a disputa entre dois grandes projetos antagônicos na saúde, cuja necessidade que continuamente vem sendo assistida é a do capital.

É nessa realidade de desmonte dos direitos sociais que se faz necessário o resgate do protagonismo do movimento social pela saúde, tornando-se imprescindível construir uma vontade coletiva de mobilização pela saúde, buscando democratizar a consciência sanitária, enfrentando coletivamente a onda conservadora do mercado e efetivando a saúde como um direito público e não como mera mercadoria. Investir na superação dos desafios elencados por este artigo pode ser um guia nesta empreitada.

Colaboradores

Carnut L (0000-0001-6415-6977)* trabalhou para a concepção, delineamento, método, análise e interpretação dos dados, assim como para a revisão final do texto para publicação. Ferraz CB (0000-0003-4460-4095)* trabalhou para a redação e qualificação do projeto, coleta e análise dos dados, e para a redação final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Gomes Júnior NN, Pereira PAP. Necessidades do capital versus necessidades humanas no capitalismo contemporâneo: uma competição desigual. *Argumentum*. 2013; 5(1):50-65.
2. Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; Abrasco; 2001. p. 113-126.
3. Campos CMS, Bataiero MO. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2007; 11(23):605-18.
4. Almeida FN, Paim JS. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 1998; 32(4):299-316.
5. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: 1988.
6. Rizzotto MLF, Campos GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc.* 2016; 25(2):263-276.
7. Rizzotto MLF. Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec; 2012.
8. Mendes A. A Saúde Pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do Capitalismo? *Saúde e Soc.* 2015; 24(supl1):66-81.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – enferm.* 2008; 17(4):758-764.
10. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado, CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Reme.* 2014; 18(1):1-260.
11. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc. Saúde Colet.* 2004; 9(3):795-806.
12. Mendes A, Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):393-402.
13. Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):841-850.
14. Cohn A. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estudos Avançados.* 2018; 32(93):225-241.
15. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde Soc.* 2017; 26(2):329-335.
16. Merhy E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde Soc.* 2012; 21(2):267-279.
17. Mendes A. Direito como instrumento de efetivação (ou não) do direito à saúde no Brasil – Cenário dos desafios ao direito à saúde universal brasileira. *R. Dir. sanit.* 2013; 14(2):113-118.
18. Silva HFS, França Júnior I. A combinação de projetos políticos distintos na atenção básica à saúde: impactos político-sociais e a desconstrução do SUS. *Physis Rev Saúde Colet.* 2015; 25(2):423-442.
19. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc.* 2016; 25(1):9-18.
20. Garbois JA, Vargas LA, Cunha FTS. O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma Reflexão Necessária. *Physis Rev Saúde Colet.* 2008; 18(1):27-44.
21. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciênc. Saúde Colet.*

- 2009; 14(3):829-839.
22. Araújo IMM. Direito à Saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. *R. Dir. sanit.* 2015; 16(1):128-145.
 23. Gonçalves ER, Albuquerque GL, Aerdmann AL, et al. Reflections on equality, justice and allocation of resources in health: the bioethical point of view to the inequitable society's dilemmas. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2007; 6(2).
 24. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(2):511-522.
 25. Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde em Redes.* 2018; 4(1):35-53.
 26. Breilh J. *Epidemiologia e economia, política e saúde.* São Paulo: Hucitec; 1991.
 27. Brasil. Ministério da Fazenda. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta valores mínimos em ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial União.* 16 Jan 2012.
 28. McKeown T, Lowe CR. *Introducción a la Medicina Social.* México: Siglo Veintiuno; 1981.
 29. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(4):1026-1035.
 30. 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 Dez 2005
 31. Rueda MEBM, Nunes CLMT. Planejamento ascendente e participativo: prática adotada na Secretaria Municipal de Saúde de Bauru. *Saúde Soc.* 2009; 18(supl1):73-74.
 32. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidade de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(esp):793-8.
 33. Nakamura EE, Egry EY, Campos CMS, et al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. *Rev Lat Am Enferm.* 2009; 17(2):253-8.
 34. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHO-QOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000; 5(1):33-38.
 35. Elias PE. Estado e Saúde os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva.* 2004; 18(3):41-46.
 36. Rezende KS. Produção: a corda bamba entre o mercado e as necessidades de saúde pública. 2016. [acesso em 2020 fev 9]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1532-producao-a-corda-bamba-entre-o-mercado-e-as-necessidades-saude-publica-2&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965.
 37. Dagnino E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando. In: Mato D., editor. *Políticas de Ciudadanía y Sociedad Civil en tiempos de globalización.* Caracas: FaCES, Universidad Central de Venezuela, 2004.
 38. Maciocco G, Stefanini A. From Alma-Ata to the global fund: the history of international health policy. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007; 7(4):479-486.
 39. Brasil. Congresso Nacional. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 16 Dez 2016.

Recebido em 16/03/2020
Aprovado em 28/01/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o ‘é’ e o ‘dever ser’ da alocação de recursos

Parliamentary health amendments in the context of the federal budget: between the ‘is’ and the ‘should be’ of resource allocation

Leonardo Carnut¹, Edgard Caires Gazzola Andre², Áquilas Mendes^{3,4}, Ana Lúcia Passos Meira³

DOI: 10.1590/0103-1104202112917

RESUMO Este estudo analisa a literatura científica sobre como as emendas parlamentares em saúde se inserem na discussão sobre a alocação de recursos federais. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa do assunto selecionado. Utilizou-se o portal BVS visando a identificar aqueles estudos que se vinculariam a ‘emendas parlamentares’ e ‘alocação de recursos’, simultaneamente. Diante da dificuldade de identificar descritores vinculados diretamente a ‘emendas parlamentares’, optou-se por uma estratégia de busca com uso do termo ‘emendas parlamentares’ no título, em adição aos descritores que se relacionam com o tema. Foram identificados, inicialmente, 47 estudos que, após análise do título e do resumo por três pesquisadores, reduziram-se a 07 (15%). Entre os estudos incluídos, 03 (37,5%) são monografias, 03 (37,5%) são teses e 02 (25%) são artigos. Os anos dos estudos vão desde 1995 a 2018. Mesmo sendo um tema antigo, a relação entre as emendas e a alocação de recursos em saúde é pouco pautada na literatura. Os poucos estudos existentes consideram as emendas parlamentares como instrumento de barganha política do poder executivo com o poder legislativo e relatam o uso de critérios políticos desconsiderando o papel do planejamento orçamentário em diminuir as desigualdades regionais em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Poder legislativo. Política de saúde. Orçamentos. Alocação de recursos. Equidade na alocação de recursos.

ABSTRACT *This study aimed to analyze the scientific literature on how parliamentary health amendments are inserted in the allocation of federal resources. The methodology used was an integrative review of the selected subject. The BVS portal was used to identify those studies that would be linked to ‘parliamentary amendments’ and ‘resource allocation’, simultaneously. In view of the difficulty of identifying descriptors directly linked to ‘parliamentary amendments’, there was an option for a search strategy using the term ‘parliamentary amendments’ in the title, in addition to the descriptors that are related as a theme. Initially, 47 studies were identified which, after analyzing the title and summary by three researchers, were reduced to 7 (15%) studies. Among the studies included, 03 (37.5%) are monographs, 03 (37.5%) are theses and 02 (25%) are articles. The years of studies range from 1995 to 2018. Even though it is an old topic, the relationship between amendments and the allocation of health resources is poorly guided in the literature. The few existing studies consider parliamentary amendments as an instrument of political bargaining between the executive and the legislative branch and report the use of political criteria disregarding the role of budget planning in reducing regional inequalities in health.*

KEYWORDS *Legislative. Health policy. Budgets. Resource allocation. Equity in the resource allocation.*

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

²Universidade Estadual Paulista (Unesp) – São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

A partir da Constituição Federal de 1988, foram instituídas diversas normas com o intuito de aproximar o planejamento e o orçamento do Estado. Essa prerrogativa tem como finalidade aproximar o planejado das necessidades das populações e facilitar a execução das ações de acordo com uma lógica de crescimento estrutural das ações da administração pública brasileira. É nesse sentido que a vinculação da Lei Orçamentária Anual (LOA) com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Plano Plurianual (PPA), em especial, após a promulgação da Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000, elevou o planejamento à posição de destaque na definição dos orçamentos públicos, garantindo maior elo entre esses atos administrativos, que eram considerados, anteriormente, fragmentados^{1,2}.

No entanto, o que se percebe na prática é a persistência de um planejamento que continua sendo feito de forma não integrada, o que é especialmente problemático, já que a dimensão do Brasil e sua heterogeneidade em termos de regiões são desafios reais em função da maior complexidade necessária à elaboração de um planejamento integrado, e que esse planejamento considere, ao mesmo tempo, as diversas especificidades locais regionais. Assim, um planejamento que vise a superar esse desafio requer considerar que os investimentos de longo prazo devem ser prioridade na organização do orçamento estatal, já que a necessidade premente, especialmente na saúde, é garantir um padrão de qualidade ao mesmo tempo que se devem diminuir as desigualdades regionais^{1,3}.

É importante ressaltar que a redução das desigualdades regionais constitui um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil positivados na Constituição Federal de 1988 (artigo 3º, inciso III). Por essa razão, o Estado Democrático de Direito tem o dever de ordenar a administração pública e suas políticas para esse fim. O artigo 3º também justifica o papel essencial que o planejamento

orçamentário dispõe para o alcance desse objetivo, e é por isso que os aspectos de continuidade, regularidade e de longitudinalidade que o planejamento detém sobre o orçamento em destinar recursos segundo critérios que reduzam a desigualdade são a característica mais importante para uma tarefa desse tipo em um país de tamanha diversidade.

Portanto, buscar a relação entre planejamento e orçamento é o dever da administração pública e de seus atores, que devem ter em mente que a forma mais salutar de se construir investimentos de longo prazo é através de políticas articuladas intersetorialmente e com projeções que inclusive ultrapassem os ciclos políticos. De fato, essa não é uma tarefa trivial, especialmente devido à arquitetura da administração, seus ritos e, claro, à relação política intra/interpoderes. Nesse bojo, é pertinente lembrar que a iniciativa de apresentação das peças orçamentárias na administração pública é função típica e prerrogativa exclusiva do poder executivo. No entanto, do ponto de vista atípico, o poder legislativo também pode apresentar mecanismos para participar do processo orçamentário, sendo o principal deles as chamadas ‘emendas parlamentares’.

As emendas parlamentares, contrariando a lógica do orçamento planejado, tendem a romper com as características típicas do processo de planejamento de longo prazo, o que, em termos concretos, gera desinvestimentos nas políticas, que (se adotados os devidos critérios) poderiam reduzir as desigualdades sociais em uma perspectiva longitudinal. Em síntese, pode-se dizer que as emendas parlamentares, em alguma medida, reorientam os recursos públicos para interesses diversos daqueles planejados de forma técnica e disputados coletivamente, podendo ser um instrumento de captura do orçamento para fins particulares.

A natureza de despesa das emendas parlamentares pode ser tanto ‘de custeio’ como ‘de investimento’. As despesas de custeio são aquelas que visam à manutenção dos serviços, enquanto as despesas de investimento dizem

respeito à aquisição de novos equipamentos e, de forma geral, à ampliação dos serviços⁴. As emendas de custeio são pouco expressivas do ponto de vista do total de recursos destinados a essa natureza de despesa, o que é natural, uma vez que o custeio dos serviços existentes deveria ser totalmente garantido pelo orçamento, e não dependente de emendas parlamentares. Já o orçamento federal para investimentos é bastante dependente das emendas, chegando a mais de 50% em alguns exercícios fiscais¹. O caráter intermitente da liberação desse recurso, bem como a necessária articulação política com diversos parlamentares para sua obtenção, dificulta a execução de investimentos de longo prazo com objetivo de diminuir as iniquidades locais regionais.

É pertinente lembrar que essas emendas são recursos orçamentários reservados para que os parlamentares, em nível federal, discricionariamente, destinem a determinado estado, município ou entidade uma quantia financeira. Essas quantias podem ser 'individuais', 'de bancada', 'de comissão' e 'da relatoria'. Alguns dados dos últimos anos são expressivos. Só a título de ilustração, no exercício de 2017, foram empenhados R\$ 13,1 bilhões, sendo 38,02% deste valor destinados à saúde^{1,2,4}. Particularmente, no ano de 2020, todos os recursos alocados às despesas de investimento do orçamento do Ministério da Saúde tiveram como fonte as emendas parlamentares.

Em que pese a criteriosa regulação na tentativa de manter essa função original nas mãos do executivo², as emendas parlamentares estiveram no centro de diversos escândalos de corrupção, como o caso dos Anões do Orçamento e da Máfia das Sanguessugas, justamente por sua lógica adequar-se, quase que naturalmente, ao caráter fisiologista do funcionamento político do parlamento bicameral brasileiro, que se consagrou na literatura da ciência política como um 'presidencialismo de coalizão'⁵.

Até 2015, as emendas parlamentares eram 'autorizativas', ou seja, davam autorização legislativa para o executivo executar a despesa, mas não o obrigava. Esse mecanismo fazia com

que diversos autores as considerassem como instrumento de barganha política do executivo com o legislativo, conforme explicitado no processo de coalizão^{1,3,5}. Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC-86), as emendas passam a ser 'impositivas'⁶, ou seja, o executivo tem a obrigação de executá-las, salvo em casos de impedimentos técnicos devidamente justificados, como por exemplo, a incompatibilidade do objeto indicado com a finalidade da ação orçamentária².

No entanto, a utilização das emendas parlamentares como instrumento de barganha política segue sendo noticiada, a exemplo da matéria do Estadão de 07 de janeiro de 2018 ('Liberação de emendas bate recorde com Temer')⁷, sendo essas emendas recorrentemente associadas à manutenção de 'currais eleitorais' ou, ainda, indicadores dos 'níveis de corrupção'. Além dessa mudança, a EC-86/2015 estabeleceu que o montante de 1,2% da Receita Corrente Líquida seria destinado às emendas, assim como a obrigatoriedade de 50% das emendas serem destinadas às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)⁴.

É interessante notar que essa obrigatoriedade definiu que esse recurso comporia o piso federal de gasto obrigatório em ASPS. Em outras palavras, ao mesmo tempo que não se ampliaram os recursos do setor saúde no que tange ao orçamento direto advindo da seguridade social, parte dele se restringe à destinação exclusiva dos parlamentares, gerando efeitos, no mínimo, contraditórios. Caldas e colaboradores⁸ relatam que, ao passo que o aumento das emendas parece estar associado a níveis de corrupção, os gastos governamentais com saúde e educação nos municípios aumentam, evidenciando que o problema reside, mais uma vez, na falta de planejamento que deveria guiar a alocação desses recursos. Tal fato se torna ainda mais significativo quando se considera a tendência de queda do orçamento da seguridade social em função da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou o gasto público por 20 anos, provocando um franco processo de desfinanciamento⁹.

Isso demonstra a necessidade de as emendas parlamentares serem objeto de rigorosa análise do ponto de vista das necessidades de saúde locais, bem como demonstra a relevância do tema ora em estudo. Assim, este artigo tem como objetivo analisar a literatura científica sobre como as emendas parlamentares em saúde se inserem na discussão sobre a alocação de recursos federais.

Material e métodos

Este estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa¹⁰ do tópico selecionado, iniciando com uma busca de descritores na plataforma dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br/>). Visouse, com isso, a identificar aqueles descritores que se vinculariam à pergunta de pesquisa: ‘o que a literatura científica apresenta sobre as emendas parlamentares e qual é a sua influência no processo de alocação de recursos federais?’. Assim, os dois polos da pergunta em análise foram: ‘Emendas Parlamentares’ e ‘Alocação de Recursos’.

Diante da dificuldade de identificar descritores vinculados a ‘Emendas Parlamentares’, optou-se pela busca de artigos vinculados ao tema de forma exploratória para identificação de quais descritores eram utilizados para a sua indexação.

Assim, foram selecionados os seguintes descritores para busca sistematizada na BVS: “Poder Legislativo”, “Política de Saúde”, “Orcamentos”, “Previdencia Social”, “Financiamento Governamental”, “Alocacao de Recursos”, “Alocacao de Recursos para a Atencao a Saude”, “Equidade na Alocacao de Recursos”, “Recursos em Saude”.

Em seguida, foram utilizados os operadores booleanos ‘AND’ e ‘OR’ para realizar as operações lógicas de inclusão e exclusão dos descritores referentes aos itens-chave da pergunta de pesquisa. Após testar diversos cruzamentos entre os descritores, foi possível perceber que ainda havia estudos identificados

em uma primeira busca exploratória que não foram localizados na busca sistematizada com os descritores, sendo, então, adicionada à busca sistematizada a expressão que contivesse o termo ‘Emendas Parlamentares’ no título dos estudos.

Deste modo, a sintaxe final utilizada foi: (mh:(“Poder Legislativo” AND “Política de Saude”)) OR (mh:(“Poder Legislativo” AND “Orcamentos”)) OR (mh:(“Política de Saude” AND “Alocacao de Recursos para a Atencao a Saude” AND “Previdencia Social”)) OR (mh:(“Orcamentos” AND “Equidade na Alocacao de Recursos”)) OR (mh:(“Previdencia Social” AND “Equidade na Alocacao de Recursos”)) OR (mh:(tw:(“Previdencia Social” AND “Recursos em Saude”)) AND (tw:(“Financiamento Governamental” AND “Alocacao de Recursos”)))) OR (mh:(“Financiamento Governamental” AND “Equidade na Alocacao de Recursos”)) OR (tw:(emendas parlamentares)).

Assim, com essa sintaxe final descrita, foram identificados 47 estudos que passaram por análise dos títulos e resumos por dois pesquisadores para avaliar a pertinência ao tema pesquisado. Em seguida, as divergências foram encaminhadas a uma terceira pesquisadora para definição dos estudos que foram incluídos nesta análise.

Ao final do processo descrito anteriormente, foram excluídos 40 estudos, sendo 08 (17%) por duplicidade e 32 (68%) por não serem pertinentes ao tema, e foram incluídos 07 estudos (15%). Entre os estudos incluídos, 03 (37,5%) são monografias, 03 (37,5%) são teses e 02 (25%) são artigos. Os anos dos estudos vão de 1995 a 2018, conforme *quadro 1*.

Dos estudos incluídos, três tratam especificamente de emendas parlamentares^{1,11,12} e seis tratam da alocação de recursos federais para saúde^{1,12-16}. Apenas dois estudos tratam dos dois temas simultaneamente^{1,12}, o que já demonstra a dificuldade em pautar o tema das emendas com relação à alocação de recursos em saúde de forma direta.

Quadro 1. Principais conteúdos levantados sobre a alocação dos recursos federais em saúde, sobre as emendas parlamentares e como os autores analisam a aplicação das emendas parlamentares alinhadas a projetos do MS, 2019

Tipo	Autores/Ano	Título	Fonte	O que diz sobre a alocação de recursos federais em saúde	O que diz sobre as emendas parlamentares	Analisam se a aplicação das emendas parlamentares está alinhada a projetos existentes do MS
Artigo	Turino, F; Sodré, F. 2018	Organiza�es sociais de saúde financiadas por emendas parlamentares	Trab. educ. saúde	Não trata de recursos federais, mas de recursos do estado do Espírito Santo.	O estudo debate que a utiliza�o das emendas parlamentares pode ser tratada tanto como um instrumento de barganha política, com vistas � consolida�o de base eleitoral, quanto como importante instrumento de aperfei�amento da aloca�o de recursos federais, frente � ausência de equidade existente na distribui�o aos entes federativos.	Refere falta de transparência tanto dos objetos como da execu�o das emendas parlamentares.
Artigo	Baptista, TWF; Machado, CV; Lima, LD; Garcia, M; Andrade, CLT; Gerassi, CD. 2012	As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde	Cad. Saúde Pública	As tensões para distribui�o dos recursos Federais pelos estados e municípios voltam-se, principalmente, para o custeio das a�es e dos serviços, e não necessariamente atendem � diversidade das necessidades locais. Então as emendas podem ser importantes para o planejamento da gestão nos estados e municípios por causa da distribui�o e disputa para a obten�o dos recursos. Os estados pegariam o básico, e as emendas pegariam os específicos para corre�es de iniquidades regionais. No entanto, os recursos são escassos, e as emendas acabam financiando o básico.	Coloca as emendas parlamentares como pouco significativas do ponto de vista do orçamento global da saúde, no entanto, � bastante significativa quando considerados apenas os recursos de investimento. Esse comportamento � mais forte quanto maior for a restri�o orçamentária do exercício. Considera que as emendas são tratadas entre o Poder Executivo e o Poder Legislativo de forma político-particularista, em vez de priorizar necessidade/cr�terios técnicos.	Não considera de fácil vincula�o a execu�o das emendas com processos de planejamento de médio e longo prazo.
Monografia	Baptista, TWF; Gomes, Garcia, MM; Nogueira, CO. 2012	O legislativo e a saúde: o debate no período do governo Lula	Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro, Fiocruz	O estudo debate a dificuldade histórica, fruto do conflito de diversos grupos de interesses, de defini�o legal do financiamento federal da saúde, em um montante adequado para garantia das políticas públicas associadas. Refere que a pauta do financiamento federal no âmbito das discussões no legislativo � bastante permeada e influenciada pelos interesses do setor privado e das entidades médicas.	Não trata especificamente de emendas parlamentares. Quanto � atua�o parlamentar, o estudo diz que já no final da década de 1990, fica clara a tendência de legisla�es que tratam de interesses específicos. Essa garantia de direito específico não necessariamente está articulada a um projeto de saúde pública, e, sim, pela pres�o de sociedades médicas para amplia�o de procedimentos em determinadas áreas.	Não trata especificamente de emendas parlamentares.

Quadro 1. (cont.)

Tipo	Autores/Ano	Título	Fonte	O que diz sobre a alocação de recursos federais em saúde	O que diz sobre as emendas parlamentares	Analisa se a aplicação das emendas parlamentares está alinhada a projetos existentes do MS
Tese	Pelaez, E.J. 2009	A frente parlamentar da saúde: temas em pauta e grupos de interesses presentes	Rio de Janeiro; s.n.; 2009. 86 p. tab.	O estudo discute os embates no âmbito legislativo do financiamento federal à política de saúde, sendo a necessidade de mais recursos ponto comum entre grupos que tensionam em favor da saúde pública e grupos que defendem interesses privados/corporativos. Este último com maior representatividade no Poder Legislativo.	Apresenta as emendas parlamentares como forma de atender a interesses eleitorais, sejam eles de cunho paroquial ou de financiadores de campanhas ou de grupos de interesses diversos. Coloca, ainda, que a prática de atendimento a demandas particularistas com recursos públicos não é exclusividade dos parlamentares, estando presente entre prefeitos, sindicatos, associações etc.	Não trata dos objetos nem montantes das emendas parlamentares, apenas as coloca como instrumento de barganha.
Tese	Paiva, L. 2002	Equidade na alocação de recursos do Sistema Único de Saúde entre os estados brasileiros: uma avaliação do uso de uma cesta de indicadores de desigualdade social	Rio de Janeiro; s.n.; 2002. 139 p. tab, graf.	O estudo discute que é desejável um gasto per capita igual entre as regiões, uma vez que, em termos populacionais, as necessidades não seriam tão distintas. O que é, sim, muito díspar seria a capacidade de cada estado de arcar com os custos desse sistema de saúde de forma individual. Caberia, então, à esfera Federal, cumprindo seu papel de diminuição das desigualdades, distribuir os recursos de forma diferenciada entre os estados, de modo a garantir capacidade de financiamento igual a todos, de forma equânime. O critério deve, portanto, ser mais robusto do que base populacional e série histórica.	Não trata de emendas parlamentares.	Não trata de emendas parlamentares.
Monografia	Lavinas, L; Magina, MA. 1995	Federalismo e desenvolvimento regional: debates da revisão constitucional	Brasília; IPEA; nov. 1995. 30 p. (IPEA. Texto para Discussão, 390)	Aborda brevemente propostas de alteração do Art 198 da CF para fixação de percentuais mínimos para o SUS.	Não trata de emendas parlamentares.	Não trata de emendas parlamentares.

Quadro 1. (cont.)

Tipo	Autores/Ano	Título	Fonte	O que diz sobre a alocação de recursos federais em saúde	O que diz sobre as emendas parlamentares	Analisam se a aplicação das emendas parlamentares está alinhada a projetos existentes do MS
Tese	Freitas Filho, F. 1995	Estado, sociedade e subsistema de saúde no Brasil	São Paulo; s.n; jul. 1995. 260 p. ilus, tab.	A tese trata da alocação de recursos federais na área da saúde, enfatizando que a ausência de critérios técnicos e preponderância de critérios políticos para a tomada de decisão quanto a locação desses recursos na década de 1980, período da análise, perpetuaram as desigualdades entre as Unidades da Federação.	Não trata especificamente de emendas parlamentares. Quanto à atuação parlamentar, diz que possui dois mercados, não necessariamente ilegítimos. O pequeno mercado, que é relacionado ao candidato e ao eleitor. E o grande mercado, que diz respeito às negociações que ocorrem após ser eleito representante. Esta última negociação se dá com diversos setores.	Não trata de emendas parlamentares.

Fonte: Elaboração própria.

Resultados e discussão

No âmbito da alocação de recursos federais em saúde, dois estudos tratam da disputa entre interesses públicos, privados e corporativos pelo orçamento. Embora seja comum entre os grupos o tensionamento por mais recursos para a saúde, parte importante desses atores quer que esse recurso extra seja destinado ao atendimento de demandas privadas e corporativas, como, por exemplo, aumentando os valores que o Sistema Único de Saúde (SUS) repassa por procedimentos^{12,13}.

Outros quatro estudos, entre os selecionados, discutem a necessidade de a alocação do orçamento federal ser pautada por critérios técnicos com vistas à diminuição das desigualdades regionais. Um grande empecilho para isso é a conformação do pacto federativo brasileiro, que, com mais de 5.000 municípios, possui uma pluralidade de atores e de interesses^{1,12-16}. Nesse sentido, é muito comum atribuir ao chamado presidencialismo de coalizão a necessidade da cooptação pelo poder executivo de apoio parlamentar, não por alinhamento político-ideológico, mas, sim, por dois meios de 'moeda de troca': individual, com

cada parlamentar, por meio da execução de emendas, ou, ainda, partidária, via nomeações ministeriais¹⁷.

Vasselai e Mignozzetti¹⁷, no entanto, salientam que a utilização das emendas parlamentares como moeda de troca para apoio parlamentar ao poder executivo não é unanimidade incontestada. Pelo contrário, trata-se de um tema controverso e de difícil comprovação ou refutação. Se, por um lado, Mesquita¹⁸ coloca que o senso comum dá como estabelecido que parlamentares se elegem e reelegem por meio de práticas clientelistas/distributivas, por outro, Limongi e Figueiredo³ observam em seu estudo que a probabilidade de que um parlamentar qualquer vote com a liderança de seu partido é de 0,894 (numa escala de 0 a 1), sendo essa 'disciplina partidária' oriunda do grande poder dos líderes partidários no interior das casas legislativas, de modo que a coalizão partidária de apoio ao poder executivo seria muito mais relevante para garantia de uma base de governo do que o apoio individual de cada parlamentar.

Mesquita¹⁸ discute em seu estudo que durante os anos de 1995 a 2002 foram executados R\$ 3,2 milhões per capita em emendas

parlamentares da coalizão e R\$ 2,2 milhões per capita em emendas parlamentares para oposição, enquanto nos anos de 2003 a 2006 os valores passam a R\$ 4,9 milhões e R\$ 4,2 milhões, respectivamente. Os dados demonstram que houve queda na distância entre a execução de emendas de parlamentares da coalizão e da oposição, movimento que não seria o esperado caso a execução das emendas parlamentares estivesse ligada a uma ‘premiação pelo apoio ao executivo’.

Vasselai e Mignozzetti¹⁷ aprofundam essa discussão com uma análise empírica que levou em consideração a dimensão temporal entre a execução da emenda parlamentar pelo poder executivo e o voto do parlamentar em ‘estar alinhado’ ou não ao do governo. Em seus achados, o resultado estatisticamente significativo que se destacou para predizer como o parlamentar votaria não dizia respeito a se ele teve ou não sua emenda executada, mas, sim, se ele fazia parte ou não de partido da coalizão do governo, com impacto tão maior quanto o orçamento do Ministério que seu partido controla.

Apesar dos trabalhos de Limongi e Figueiredo³, Vasselai e Mignozzetti¹⁷ e Mesquita¹⁸, aqui discutidos, apontarem para a ineficiência da estratégia de destinação de parte do orçamento público federal para o uso individual do parlamentar como ‘moeda de troca’ ou barganha política, isso não é o mesmo de dizer que essa estratégia não seja utilizada.

De fato, é bastante comum na mídia notícias sobre a liberação de recursos de emendas parlamentares às vésperas de votações consideradas importantes pelo governo, como podemos verificar na matéria ‘Lula libera R\$ 32 mi por dia para votar CPMF’, da ‘Folha de São Paulo’, de 27 de setembro de 2007, ou ‘Governo libera emendas em troca de voto contra *impeachment*, diz senador’, também da ‘Folha de São Paulo’, de 17 de março de 2015^{19,20}.

As matérias apontadas acima se referem a votações que o governo veio a perder no Senado Federal, reafirmando o entendimento de não se tratar de estratégia eficaz de barganha política. No entanto, é uma estratégia

que segue sendo utilizada, como evidenciado em matéria do Estadão de 10 de abril de 2019: ‘Bolsonaro abre agenda para parlamentares e vai liberar emendas para ajudar prefeitos’, em que se revela que o Presidente estaria trabalhando para liberar R\$ 3 bilhões referentes a emendas parlamentares como troca de apoio à Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 06/2019²¹.

Foi noticiado, ainda, pela ‘Folha de São Paulo’, em 29 de maio de 2019, que o ‘Governo promete R\$ 10 milhões por semestre a parlamentar pró-reforma, dizem deputados’. Esses recursos não estariam sendo oferecidos aos parlamentares por via das emendas parlamentares, mas como remanejamento do orçamento dos Ministérios da Agricultura, Desenvolvimento Regional, Saúde, Educação e Cidadania²². Esses fatores tornam árdua a tarefa de evitar critérios políticos para alocação dos recursos públicos. Assim, o enfrentamento dessa pauta é importantíssimo, pois sem o suporte, tanto financeiro como técnico-logístico-operacional da esfera federal, o SUS não conseguirá se consolidar enquanto um sistema realmente ‘único’, que viabilize uma atenção integral às demandas de saúde da sociedade, independentemente da especificidade geográfico-cultural de quaisquer rincões do Brasil.

No que tange às emendas parlamentares, quatro estudos identificados não as abordam especificamente. No entanto, Baptista e colaboradores¹ e Freitas Filho¹⁶ tratam da atuação do poder legislativo, discutindo que, por um lado, os parlamentares atuam em um pequeno mercado diretamente com o seu eleitor, enquanto, por outro lado, atuam em um grande mercado após tomarem posse como representantes, agora com uma multiplicidade maior de interesses e influências para conjugar^{13,16}. Nesse grande mercado há demandas realizadas por parte de prefeitos, sindicatos, associações e empresários, todos esperando que o parlamentar tanto seja solidário aos seus pleitos como capaz de articular recursos para satisfazê-los¹². Essa articulação é legítima e própria da atividade parlamentar de representar diversas

áreas da sociedade, no entanto, no campo da saúde, isso se reverbera no atendimento pelos parlamentares a demandas particularistas e de interesses de grupos específicos, em detrimento de pautas de saúde pública de forma ampla e universal¹³, como no atendimento a pautas e agendas específicas das corporações médicas e de segmentos específicos da sociedade, como saúde da mulher, saúde do homem, diabetes etc.¹²

Limongi e Figueiredo³ fazem um contraponto a essa visão, argumentando que os parlamentares não possuem, sozinhos, poder suficiente para negociar com o executivo a ponto de conseguirem atender às demandas particularistas que esses diferentes atores possam ter. Tanto o poder executivo como os líderes de partido possuem condições regimentais de pautar a agenda legislativa e 'engavetar' demandas, de modo que, segundo os autores, para o parlamentar colher frutos particularistas, como indicações a cargos estratégicos em sua região ou a execução de sua emenda parlamentar, sua ação deve ser a de agir e negociar em grupo, fortalecendo seu partido ou bancada.

Entre os outros três estudos selecionados que tratam especificamente das emendas parlamentares, Pelaez¹² discute brevemente sobre as emendas como forma do parlamentar atender a interesses eleitores, sejam esses interesses de cunho paroquial (eleitores), sejam interesses dos financiadores das campanhas, sempre com vistas à reeleição.

Com relação aos interesses paroquiais, Mesquita¹⁸, ao estudar a relação da execução das emendas com a reeleição do parlamentar, revisou quatro estudos que concluíram de forma categórica haver relação entre execução das emendas parlamentares individuais e a reeleição do parlamentar. A autora, porém, destaca que essa conexão não é tão simples de se afirmar, discutindo diversas fragilidades metodológicas nos estudos analisados, bem como o fato de os resultados não terem sido robustos e de haver hipóteses pressupostas não demonstradas nos estudos. Concretamente, no período de análise de seu estudo, a taxa

de reeleição dos parlamentares foi de 66,58%, sendo 66,04% para parlamentares da coalizão e 69,14% da oposição, o que *per se* já coloca dúvidas sobre a relevância da execução das emendas parlamentares para sua reeleição, uma vez que se esperaria uma taxa de reeleição maior para parlamentares da coalizão, que tiveram maior volume de emendas executadas. Nos modelos econométricos avaliados pela autora, ela conclui que não só a execução das emendas não é preditiva da reeleição do parlamentar, como aponta que as duas variáveis mais relevantes para esse desfecho são o quociente eleitoral na eleição anterior e ser do mesmo partido do Governador eleito no seu estado.

Outro ponto importante é a relação dos parlamentares com os financiadores das campanhas. Mancuso e Speck²³ e Mancuso, Horochovski e Camargo²⁴ esclarecem que são diversos os recursos destinados às campanhas eleitorais, como, por exemplo, o fundo partidário, recursos do próprio candidato, comercialização de bens, realização de eventos, doações de pessoas físicas e doações de pessoas jurídicas, sendo as doações de empresas privadas a mais volumosa fonte de financiamento das eleições, até as eleições de 2014, quando deixaram de ser permitidas.

Ao analisarem o perfil dos candidatos a Deputado Federal nas eleições de 2002, 2006 e 2010, Mancuso e Speck²³ afirmam que há associação positiva e significativa entre o candidato estar concorrendo à reeleição e estar no grupo dos candidatos que mais receberam recursos de empresários. As hipóteses levantadas pelos autores para justificarem a preferência dos empresários por candidatos à reeleição são: 'porque há mais informações disponíveis sobre eles; para retribuir benefícios que já foram proporcionados pelos mandatários no passado; ou para estimular, no futuro, determinados comportamentos em candidatos reconhecidamente competitivos'.

Outro achado de Mancuso e Speck²³ demonstra a importância dessa relação do parlamentar com seus financiadores. Estar no grupo dos candidatos com maior financiamento

empresarial representa um incremento significativo na chance de ser vencedor do pleito eleitoral em comparação com os candidatos que recebem menos recursos dos empresários. Os autores ressaltam, porém, que é necessário maior investigação sobre a hipótese de atuação desses parlamentares ser pautada por esses interesses específicos. Mas, citando McMenamin, Mancuso, Horochovski e Camargo²⁴ reforçam que os empresários doam pragmaticamente para as campanhas, de modo a esperar que esses parlamentares se mostrem ‘mais acessíveis aos contatos desse segmento, e mais benevolentes com seus pleitos’.

Scheffer e Bahia²⁵, ao analisarem o financiamento por planos e seguros de saúde das campanhas eleitorais realizadas em 2010, também ressaltam a dificuldade em se analisar o alinhamento da atuação do parlamentar com os interesses dos financiadores, uma vez que seria necessário um estudo constante da produção parlamentar. No entanto, os autores não se furtam em dizer que o *lobby* das empresas privadas exclui ‘os interesses sociais e coletivos de saúde da população, como também cria dificuldades às tentativas de transformação do sistema de saúde brasileiro com vistas à correção de iniquidades’.

Já Turino e Sodré¹¹ apontam não ser possível afirmar que as emendas parlamentares são, necessariamente, instrumento de barganha política, pois ponderam que, por conhecerem as realidades e necessidades específicas de seus estados e suas regiões, o destino do recurso dado pelo parlamentar pode ser considerado um instrumento de aperfeiçoamento da distribuição ‘não equitativa’ dos recursos federais.

Em raciocínio similar, Souza²⁶, em seu estudo sobre a ‘Disputa dos Estados por Recursos Orçamentários Federais’, discute que o federalismo brasileiro não possui instrumentos formais suficientes em sua conformação para garantir uma distribuição equitativa dos recursos entre os entes federados. De tal modo, seria necessária a atuação do parlamentar para buscar incrementos à receita de seus respectivos estados. Essa atuação, para

lograr êxito, prossegue a autora, tende a acontecer em conjunto com outros parlamentares, preferencialmente uma rede de deputados do mesmo estado, de forma, inclusive, suprapartidária. Isso se deve a alterações nas regras de funcionamento da Comissão Mista de Plano, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO), que, após a conclusão da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Orçamento de 1995, diminuiu a quantidade máxima de emendas individuais por parlamentar, entre outras medidas que dificultaram a atuação individualizada dos deputados. A autora trabalha com a hipótese de que, como os estados menos desenvolvidos são sobrerrepresentados no Congresso Nacional, essa preponderância da atuação parlamentar enquanto bancada estadual na busca de recursos federais na CMO agiria como fator equalizador da distribuição do orçamento.

No período analisado pela autora, evidencia-se que, em termos absolutos, houve uma maior distribuição dos gastos federais para a região Sudeste (sempre acima de 30%), enquanto o Norte ficou com a menor parte (sempre abaixo dos 10%). A principal causa dessa concentração dos recursos federais nos entes mais desenvolvidos é, ainda segundo a autora, o próprio desenho do SUS, cujo cálculo dos repasses aos estados estaria vinculado à série histórica de produção de Média e Alta Complexidade (MAC), o que favoreceria estados que já possuem um parque tecnológico maior e mais complexo, de modo que as emendas seriam um mecanismo político (entre outros mecanismos discutidos) de incremento dos recursos federais em regiões economicamente menos desenvolvidas²⁶.

Entretanto, Baptista e colaboradores¹, ao analisarem a participação das emendas no orçamento das regiões, ressaltam que, no período analisado, o recurso referente às emendas não ultrapassou 3,7% do orçamento em nenhum ano, ao passo que, quando considerado apenas o orçamento destinado a investimentos, a participação das emendas chegou a superar 50% dos recursos em alguns anos. Os autores

relatam, ainda, significativa variação dos montantes executados ano a ano relativos às emendas, uma vez que são dependentes dos interesses dos parlamentares, de negociações políticas e de possuírem, por definição, um caráter não contínuo.

Tendo em vista esse perfil dos recursos das emendas, e apesar de investimentos serem inquestionavelmente necessários para redução das desigualdades em saúde no Brasil, o baixo volume total dessa natureza de despesa no orçamento federal, bem como a vinculação de grande parte desse escasso recurso às negociações político-particularistas, características das emendas parlamentares em oposição a critérios técnicos de necessidade da população, indica a desvinculação desses recursos dos projetos e planejamentos que possuam horizonte temporal maior, o que é, sem dúvida, condição essencial para poder superar as imensas desigualdades regionais existentes hoje no País¹.

A questão fica ainda mais grave quando se considera que os recursos de investimento disponibilizados via emenda parlamentar não são, necessariamente, vinculados a recursos de 'custeio' necessários para o adequado funcionamento do serviço, como, por exemplo, a aquisição de ambulâncias sem o acompanhamento dos recursos necessários para custear o combustível, os recursos humanos etc.

Quanto ao alinhamento da utilização das emendas parlamentares em projetos existentes no Ministério da Saúde, os estudos de Baptista e colaboradores¹ e Turino e Sodré¹¹ acrescentam para a discussão a dificuldade e a falta de transparência das informações para acompanhamento e avaliação dos objetos das emendas parlamentares. Vasselai e Mignozzetti¹⁷, no entanto, destacam que as emendas parlamentares individuais correspondem a apenas 7,82% do total de emendas, o que representaria 0,3% do orçamento federal entre 1996 e 2006. Esse baixo volume de recursos, somado ao fato de, à época, as emendas possuírem caráter autorizativo e não impositivo, leva os autores a concluírem que as emendas individuais ao

orçamento não conseguem alterar o caráter nacional do orçamento do País, prevalecendo a agenda orçamentária do executivo.

Contudo, mesmo com esses dados sobre as emendas¹⁷, é necessário compreender a especificidade da saúde nesse orçamento. É preciso apontar que, sinergicamente às emendas, o próprio executivo federal (Ministério da Saúde) induz, através do esquema de incentivos financeiros federais, ações e serviços de saúde conivente com cada ciclo governamental, desvalorizando o planejamento locorregional. Esses incentivos, portanto, reforçam a ação verticalizada e dialogam pouco com a sustentabilidade de longo prazo das ações e dos serviços de saúde, dando a perceber que não há nada de equivocado em aumentar emendas parlamentares para esse setor.

Por exemplo, podem-se citar Mendes e Marques²⁷, que relatam ter havido forte interesse do Ministério da Saúde em fortalecer as ações e os programas da atenção básica entre 1995 e 2011, em especial, a expansão do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, por meio da estratégia de vinculação de recursos do Piso de Atenção Básica Variável à implementação desses programas por parte dos municípios. A insistência em pequenos incentivos financeiros (que, inclusive, persiste na nova Portaria nº 2.979/2019), a depender da força política de cada segmento profissional ou de um grupo de pressão que defende certa política pública, incrementa mais um incentivo que inicia por conformar um modelo de alocação que destoa do planejamento local.

Ora, é fácil pensar que essa barganha pela sua 'fatia' na alocação de recursos em saúde seja muito similar à barganha política pelas emendas no congresso. O mecanismo é praticamente o mesmo. A diferença é que se estabelecem em poderes distintos na estrutura do Estado (o primeiro no legislativo, o segundo no executivo). É assim, portanto, que, mesmo as emendas parlamentares em saúde, não sendo suficientemente expressivas para alterar a composição geral do orçamento,

a ação sinérgica dos incentivos federais na alocação de recursos em saúde (que estão no orçamento) e o caráter impositivo atual das emendas, quando analisadas em conjunto, podem representar a expressão necessária para alterar substancialmente os planejamentos locorregionais em saúde.

Outro exemplo é apresentado por Baptista e colaboradores¹, que compararam em seu estudo os recursos de emendas parlamentares com os incentivos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para estimular a expansão da cobertura da atenção básica no território nacional. Os achados demonstram que houve anos em que o montante destinado a emendas foi superior a 30% da soma dos incentivos federais para a atenção básica para a região Norte, e superior a 20% nas regiões Centro-Oeste e Sudeste. Segundo os autores, esses dados sugerem que há incentivos de programas estratégicos do poder executivo que recebem menos recursos do que os destinados às emendas parlamentares.

Quando se consideram esse volume relativo de recursos e a alteração do caráter das emendas parlamentares de ‘autorizativas’ para ‘impositivas’, fica evidente que parte relevante do orçamento federal para a saúde não é alocado com base em critérios técnicos e equitativos, afastando-se da lógica do planejamento em função das necessidades em saúde.

Conclusões

É notória a escassez de estudos sobre um tema tão relevante, em especial, de estudos sobre as emendas parlamentares no campo da saúde pública, sobre os objetos concretos das emendas, a relação desse objeto com a necessidade local e a utilização desses recursos para conformação de currais eleitorais.

Embora a regionalidade da atuação do parlamentar federal devesse contribuir para uma avaliação mais real da necessidade da população daquela região, os dados deste estudo demonstram o que o parlamento brasileiro

é. Ele favorece a utilização dos recursos das emendas parlamentares em saúde para atendimento às suas demandas particularistas com fins eleitoreiros.

De forma geral, os estudos incluídos nesta revisão apontam para a necessidade de ampliação da utilização de critérios técnicos para a alocação dos recursos federais em saúde, em substituição aos critérios políticos atualmente adotados, com vistas ao cumprimento da missão premente da esfera federal de diminuir as desigualdades regionais.

É pertinente atentar às limitações deste estudo, para que identifique com clareza os contornos das afirmações nele contidas. Primeiramente, a falta de um descritor que sintetize a ideia de ‘emendas parlamentares’ no âmbito da saúde já é, em si, um achado importante. Isso significa que o tema não apresenta um volume de precedentes pesquisados que justifique indexar um novo descritor. Assim, os estudos sobre emendas parlamentares em saúde são indexados com descritores que tangenciam o tema e, por certo, dificultam inevitavelmente sua recuperação.

Em consequência disso, este artigo demonstra que o número de estudos de acesso livre na literatura sobre emendas parlamentares em saúde é muito reduzido, especialmente quando se faz associação com a alocação de recursos, seja pela falta de conexão entre ‘emendas’ e ‘alocação planejada’ ou pelo fato de que o tema não apresenta a mesma penetrabilidade quando se revisa a literatura da ciência política em geral. Neste sentido, já que esta última detém maior tradição sobre o tema, ela pode ser inspiradora de trabalhos futuros.

Por fim, a ausência de estudos pode ser um indicador importante para guiar os rumos da pesquisa em política, planejamento e gestão em saúde, já que, a partir da EC-86/2015 (orçamento impositivo) e com todas as opções políticas do executivo federal para incentivar as emendas parlamentares, este tema alça o proscênio da discussão sobre o planejamento periódico e ascendente, considerado a base fundamental para o desenvolvimento do SUS no País.

Colaboradores

Carnut L (0000-0001-6415-6977)* contribuiu para a concepção, o delineamento, a análise e a interpretação dos dados, assim como para a revisão final do texto para publicação. Andre ECG (0000-0002-6364-8205)* contribuiu para a redação do projeto, qualificação do projeto, coleta e análise dos dados e redação

final. Mendes A (0000-0002-5632-4333)* contribuiu para a concepção, o delineamento, a análise e a interpretação dos dados, assim como para a revisão final do texto para publicação. Meira ALP (0000-0003-0776-5543)* contribuiu para a concepção, a escrita, a correção e a análise crítica dos resultados, assim como para a aprovação da versão para publicação. ■

Referências

1. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD, et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(12):2267-2279.
2. Figueiredo AC, Limongi F. Incentivos eleitorais, partidos e política orçamentária. *DADOS*. 2002; 45(2):1678-4588.
3. Limongi F, Figueiredo A. Bases do presidencialismo de coalizão. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. 1998; (44):81-106.
4. Aguiar SRS. Uma análise sobre o processo de aprovação das emendas parlamentares no ministério da saúde. [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016.
5. Limongi F. A democracia no Brasil: Presidencialismo, coalizão partidária e processo decisório. *Novos Estudos Cebrap*; 2006;(76):17-41.
6. Mendes M, Dias FAC. O que é orçamento impositivo?. *Brasil Economia e Governo*. 2014. [acesso em 2019 jun 12]. Disponível em: <http://www.brasil-economiaogoverno.org.br/2014/05/12/o-que-e-orcamento-impositivo/>.
7. Faria T, Perón I. Liberação de emendas bate recorde com Temer. *O Estado de São Paulo* [internet]. 2018 jan 7. [acesso em 2019 jun 12]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,liberacao-de-emendas-bate-recordecom-temer,70002141096>.
8. Caldas OV, Costa CM, Pagliarussi MS. Corrupção e composição dos gastos governamentais: evidências a partir do Programa de Fiscalização por Sorteios Públicos da Controladoria-Geral da União. *Rev. Adm. Pública* 2016; 50(2):237-264.
9. Mendes A, Carnut L. 'Desvinculação orçamentária' de Guedes mata a saúde pública. *Rev. Doming. Saúde*. 2019 [acesso em 201921 maio 25]; (10). Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-10-marco-2019#a0>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2008; 17(4):758-764.
11. Turino F, Sodré F. Organizações sociais de saúde financiadas por emendas parlamentares. *Trab. educ. saúde* 2018; 16(3):1201-1219.
12. Pelaez EJ. A frente parlamentar da saúde: temas em pauta e grupos de interesses presentes. Rio de Janeiro. [monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
13. Baptista TWF, Gomes MMG, Nogueira CO. O legislativo e a saúde: o debate no período do governo Lula. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 283-320.
14. Paiva L. Equidade na alocação de recursos do Sistema Único de Saúde entre os estados brasileiros: uma avaliação do uso de uma cesta de indicadores de desigualdade social. Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
15. Lavinias L, Magina MA. Federalismo e desenvolvimento regional: debates da revisão constitucional. Brasília, DF: IPEA;1995. Texto para Discussão, 390.
16. Freitas Filho F. Estado, sociedade e subsistema de saúde no Brasil. [tese]. São Paulo: FGV; 1995.
17. Vasselai F, Mignozzetti UG. O efeito das emendas ao orçamento no comportamento parlamentar e a dimensão temporal: velhas teses, novos testes. *DADOS* 2014; 57(3):817-853.
18. Mesquita L. Emendas ao Orçamento e conexão Eleitoral na Câmara dos Deputados Brasileira. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
19. Bragon R. Lula libera R\$ 32 mi por dia para votar CPMF. *Folha de São Paulo.* 2017 set 27. [acesso em 12 jun 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc2709200714.htm>.
20. Haubert M, Bragon R. Governo libera emendas em troca de voto contra impeachment, diz senador. *Folha de São Paulo.* 2016 abr 7. [acesso em 2019 jun 12]. Disponível em: <http://folha.com/no1758488>.
21. Monteiro T, Lindner J. Bolsonaro abre agenda para parlamentares e vai liberar emendas para ajudar prefeitos. *O Estado de São Paulo.* 2019 abr 10. [acesso em 2019 jun 12]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,bolsonaroabre-agenda-para-parlamentares-e-vai-liberar-emendas-para-ajudar-prefeitos,70002786999>.
22. Boldrini A, Bragon R. Governo promete R\$ 10 mi por semestre a parlamentar pró-reforma, dizem deputados. *Folha de São Paulo.* 2019 maio 29. [acesso em 2019 jun 12]. Disponível em: <https://folha.com/3rdh8fbl>.
23. Mancuso WP, Speck BW. Financiamento Empresarial na Eleição para Deputado Federal (2002-2010): Determinantes e Consequências. *Teoria & Soc.* 2015; 2(23):103-125.
24. Mancuso WP, Horochovski RR, Camargo NF. Financiamento eleitoral empresarial direto e indireto nas eleições nacionais de 2014. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* 2018; (27):9-36.
25. Scheffer M, Bahia L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde debate.* 2013; 37(96):96-103.
26. Souza C. Federalismo e Conflitos Distributivos: Disputa dos Estados por Recursos Orçamentários Federais. *Dados.* 2003; 46(2):345-384.
27. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2014; 38(103):900-916.

Recebido em 17/03/2020
Aprovado em 19/10/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Panorama da produção científica sobre Cuidados Intermediários e Hospitais Comunitários: uma revisão integrativa

Overview of scientific production on Intermediate Care and Community Hospitals: an integrative review

Érika Fernandes Tritany¹, Túlio Batista Franco², Paulo Eduardo Xavier de Mendonça¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112918

RESUMO Mudanças epidemiológicas decorrentes do envelhecimento populacional motivaram transformações nos sistemas de saúde mundiais. Desde 1990, emergem discussões sobre Cuidados Intermediários (CI), visando diminuir hospitalizações, melhorar a coordenação do cuidado e estimular políticas públicas de cuidados próximos ao território. Este trabalho objetivou apresentar e analisar a literatura científica sobre CI, enfatizando serviços de Hospitais Comunitários. Realizou-se uma revisão integrativa, combinando os descritores “Intermediate Care”, “Community Hospitals”, “Intermediate Care Facilities”, “Long-Term Care”, “Hospitals Chronic Disease” e “Rehabilitation Services”, nos idiomas português, inglês e espanhol, nas bases Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Após processo de busca e elegibilidade, foram incluídos 30 documentos para síntese qualitativa, provenientes de: Reino Unido, Noruega, Espanha, Dinamarca, Austrália e Itália. Resultados apontam para a eficácia, a efetividade e a eficiência dos CI, com boas avaliações por parte de profissionais e usuários. Os CI, como estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, redução de internações, favorecimento da independência funcional dos pacientes e seu retorno à comunidade, apresentam-se como uma inovação em saúde e aposta promissora. Entretanto, persistem lacunas na literatura que ensejam mais estudos sobre o tema, com vistas a subsidiar a tomada de decisão.

PALAVRAS-CHAVE Envelhecimento. Instituições para cuidados intermediários. Hospitais Comunitários. Reabilitação. Serviços de reabilitação.

ABSTRACT *Epidemiological changes resulting from populational aging have led to changes in global health systems. Since 1990, discussions on Intermediate Care (IC) have emerged, with a view to reducing hospitalizations, improving care coordination, and stimulating public care policies close to the territory. This work aims to present and analyze the scientific literature on CI, emphasizing services from Community Hospitals. An integrative review was carried out, combining the descriptors “Intermediate Care”, “Community Hospitals”, “Intermediate Care Facilities”, “Long-Term Care”, “Hospitals Chronic Disease”, and “Rehabilitation Services”, in Portuguese, English and Spanish, in the Regional Portal of Virtual Health Library, PubMed and Digital Library of Thesis and Dissertations bases. After the search and eligibility process, 30 documents were included for qualitative synthesis, coming from: The United Kingdom, Norway, Spain, Denmark, Australia and Italy. Results point to the efficacy, effectiveness and efficiency of ICs, with good evaluations by professionals and users. ICs, as a strategy to strengthen Primary Health Care, reduce hospital admissions, favor patients’ functional independence and return to the community, are presented as a health innovation and promising bet. However, there are gaps in the literature that lead to more studies on the topic, with a view to supporting decision making.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. erika.tritany@gmail.com

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

KEYWORDS *Aging. Intermediate care facilities. Hospitals, community. Rehabilitation. Rehabilitation services.*



Introdução

O cenário atual, nos serviços de saúde, apresenta desafios conflitantes aos hospitais: ao passo que cresce a demanda por atendimento e internações hospitalares, dadas as transições demográficas e epidemiológicas em curso, com aumento da população idosa e maior prevalência das doenças crônicas, crescem também pressões por diminuição de leitos, com vistas a atingir metas de eficiência. Como solução, tem sido apontada a diminuição do tempo de permanência das internações, o que pode comprometer o cuidado e a oportunidade de reabilitação das pessoas hospitalizadas. Os idosos, nesse cenário, aparecem como grupo mais vulnerável ante a possibilidade de serem mandados para casa de forma precoce¹.

A menor permanência no hospital é condicionada à existência de uma rede social estável da pessoa atendida, capacidade familiar ou do ente público para prover os cuidados necessários e adequados na própria residência; e à presença de serviços comunitários e de instituições de longa permanência para receber pessoas com necessidades de cuidados continuados e desprovidos de amparo social².

No que tange à organização dos serviços de saúde, é frequente que o cuidado aos idosos opere a partir de um 'círculo vicioso': como reflexo das necessidades de saúde complexas, admissões hospitalares crescem; há uma diminuição no tempo de estadia, e, assim, as oportunidades para reabilitação são reduzidas. Isso impacta no uso de serviços domiciliares e diminuição de recursos para serviços preventivos, o que, por sua vez, culmina em mais internações hospitalares, retroalimentando o círculo³.

Esse cenário fortalece a necessidade de repensar apostas organizativas dos sistemas de saúde com o propósito de maior resolutividade dos problemas e necessidades de saúde, assim como eficiência no uso dos recursos^{4,5}. Nesse sentido, o termo *Intermediate Care* – Cuidados Intermediários (CI) – foi desenvolvido, e é cada vez mais utilizado, para descrever uma série de serviços destinados a facilitar a transição

entre hospital e domicílio, impactando em uma redução nas admissões hospitalares e na construção de novos arranjos organizativos que intentam maximizar resultados em termos de ganhos em saúde⁶.

Assim, alguns exemplos de serviços de CI incluem: hospitais dia geriátricos (*geriatric day hospitals*); esquemas de hospital em casa e reabilitação domiciliar (*hospital-at-home schemes and home-based rehabilitation*); reabilitação domiciliar de enfermagem (*nursing home-based rehabilitation*); Hospitais Comunitários (HC) (*Community Hospitals*); equipes de resposta rápida (*rapid response teams*); Assistência Comunitária e Equipes de Reabilitação (*Community Assessment and Rehabilitation Teams – Cart*); Unidades Lideradas por Enfermeiros (*nurse-led units*) e serviços sociais como Centro de Reabilitação Dia (*Day Centre Rehabilitation*) e Centro Residencial de Reabilitação (*Residential Care Rehabilitation*)¹.

Os HC, por sua vez, apresentam-se como unidades de saúde mais próximas à comunidade; com estrutura física, equipe multiprofissional e processo de trabalho variáveis, mas com menor densidade tecnológica em comparação com hospitais gerais. Além disso, objetivam evitar internações desnecessárias ou fornecer apoio a pacientes após hospitalizações, com vistas à estabilização de seu quadro clínico e/ou melhorar sua independência para retorno ao domicílio. Assim, promovem maiores ganhos funcionais e independência pós-alta^{2,7,8}. Entretanto, até onde foram nossas buscas, foi verificada escassez de estudos que abordem os HC como alternativa à hospitalização em Hospital Geral, sistematizem e apresentem diferentes experiências e evidências científicas¹.

No Brasil, essa temática tem sido introduzida sob o conceito de Cuidados Prolongados, ganhando força com a Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012⁹, mas ainda pouco explorada pela literatura científica.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi caracterizar o estado atual da literatura científica sobre a temática dos HC e do modelo de

CI a eles atrelado, apresentando e discutindo abordagens e modos de operação dos CI e dos HC, bem como suas potencialidades e fragilidades apontadas pela literatura.

Material e métodos

Foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura, por consistir em uma metodologia de síntese do conhecimento científico. Trata-se de uma abordagem mais ampla, quando comparada a outros formatos de revisão, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais; dados da literatura teórica e empírica; e pode tratar de temas relacionados à definição de conceitos, revisão de teorias, evidências e análises metodológicas¹⁰.

Crítérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade orientaram o processo de seleção em todas as etapas. Por compreendermos que a denominação do serviço de CI pode sofrer variações entre países, foram considerados como HC instituições que apresentassem similaridades com os princípios, objetivos e modos de operação dos HC da Inglaterra, ainda que utilizassem outra nomenclatura, haja vista o pioneirismo desse país na normatização, na prestação e na disseminação de serviços de CI, o que influenciou sua implantação em outros países.

Os critérios de inclusão utilizados foram: 1) estudos relacionados à temática dos CI ou realizados em instituições de CI e HC e/ou que comparem instituições de CI com outros modelos de atenção à saúde, incluindo o HC; 2) estudos disponíveis; 3) estudos publicados em qualquer ano, qualquer nacionalidade ou idioma e qualquer desenho de estudo.

Como critérios de exclusão, consideraram-se: 1) estudos realizados em instituições de CI em que, no entanto, o documento apenas cita a instituição, sem descrever suas características, não sendo possível identificar se atendem

aos critérios de elegibilidade; 2) estudos exclusivamente relacionados ou realizados em domicílio, Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ipli), asilos de idosos, hospitais de cuidados agudos/hospitais gerais, Unidades Lideradas por Enfermeiros, Hospitais Dia/Centro-Dia, *Hospices*, ou outra configuração de serviço intermediário sem o objetivo de estabelecer uma comparação entre diferentes modalidades assistenciais que inclua os HC; 3) unidades de CI dentro de hospitais gerais ou relacionadas com alternativas à Terapia Intensiva; 4) documentos relativos a serviços voltados exclusivamente para Atenção Psiquiátrica, ainda que realizados em instituições de CI;

Estratégia de busca bibliográfica

Por sintetizarem as principais características do tema proposto, em sentido amplo, foram escolhidos os seguintes descritores DeCS/MeSH para compor a estratégia de busca: 1) “Cuidados Intermediários” “Intermediate Care”; 2) “Hospitais Comunitários” “Community Hospitals”; 3) “Instituições para Cuidados Intermediários” “Intermediate Care Facilities”; 4) “Assistência de Longa Duração” “Long-Term Care”; 5) “Hospitais de Doenças Crônicas” “Hospitals Chronic Disease”; 6) “Serviços de Reabilitação” “Rehabilitation Centers”.

Apesar do termo “Cuidados Intermediários” “Intermediate Care” não se configurar como um Descritor em Ciências da Saúde pelo DeCS e MeSH, julgamos necessária sua utilização por ser a principal terminologia utilizada para referir esse modelo assistencial. Não foram incluídos termos correlatos aos CI, não classificados como descritores, o que poderia aumentar sobremaneira a sensibilidade dos resultados da busca e/ou focalizar os achados em experiências relacionadas com os países nos quais os termos são utilizados, em detrimento de outros países.

Foram criadas 14 chaves de busca – combinando os 6 termos citados com os operadores lógicos booleanos AND e OR – preenchidas na

estratégia Busca Avançada nas bases de dados: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed; e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), que reflete produções dos programas de pós-graduação no Brasil.

Seleção dos documentos e extração dos dados

O levantamento bibliográfico foi realizado em maio de 2019, sendo utilizado filtro ‘documentos disponíveis’ para todas as bases de dados, em consonância com o acordo internacional Budapest Open Access Initiative. Com esse acordo, foram apresentadas à comunidade científica recomendações para o desenvolvimento de políticas de acesso irrestrito e gratuito às pesquisas acadêmicas com o intuito de acelerar os esforços da pesquisa científica e atingir o maior número possível de leitores¹¹.

A estratégia de busca gerou muitos resultados, o que pode ter ocorrido pelo termo ‘*Intermediate Care*’ não ser classificado como descritor. Assim, inicialmente, foi realizada a leitura de todos os títulos, incluindo, para leitura do resumo, documentos que

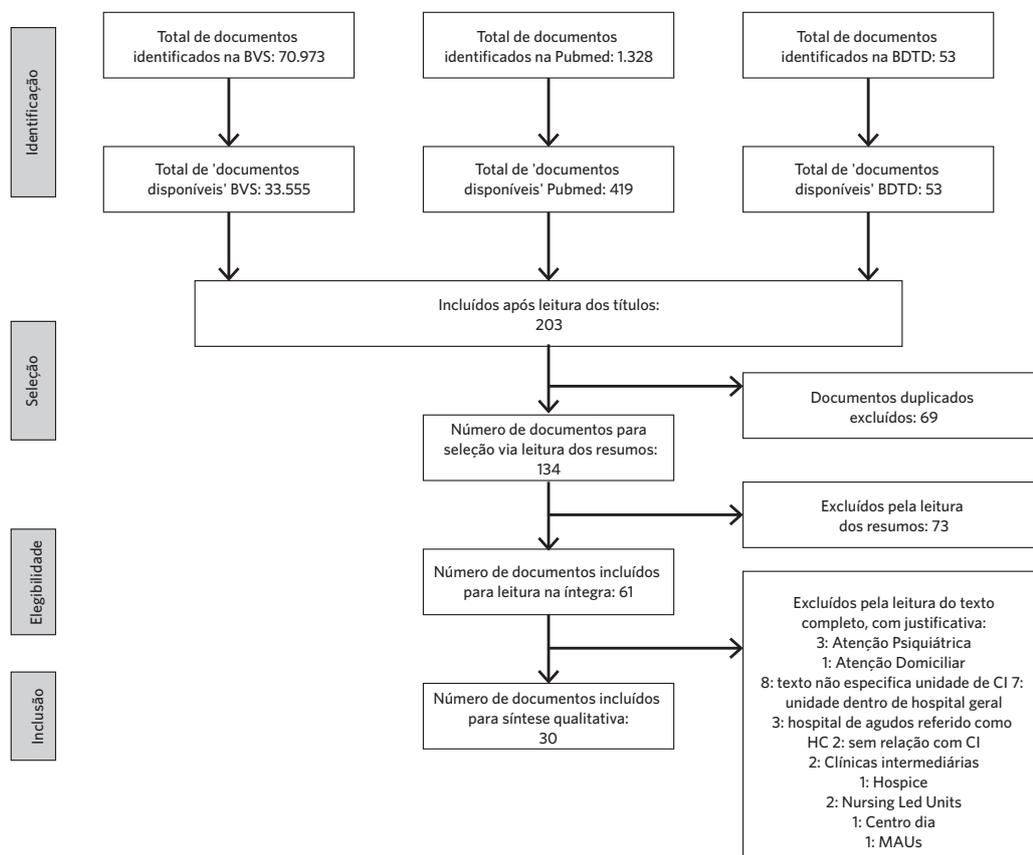
apresentassem termos correlatos ou que, por inferência, pudessem se referir ao tema. Foram excluídas as duplicidades, e procedeu-se à leitura dos resumos. Após, os documentos selecionados foram lidos na íntegra, sendo incluídos para extração dos dados e discussão dos resultados aqueles que atendessem aos critérios de elegibilidade.

Dos artigos incluídos, foram extraídos dados referentes a: autor; ano de publicação; país de origem; idioma de publicação; delineamento do estudo; formato do documento; objetivo do estudo e principais resultados, sintetizados na seção resultados e no *quadro 1*. A síntese qualitativa dos estudos incluídos foi apresentada na seção discussão, com base na sistematização e contraposição dos resultados e discussões emergentes dos estudos.

Resultados

Após seguir todas as etapas de seleção, foram incluídos 30 documentos. Os resultados do levantamento bibliográfico estão descritos no fluxograma da *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma da informação com as diferentes fases da revisão



Fonte: Elaboração própria.

O quadro 1 sintetiza os 30 documentos incluídos. Os estudos foram majoritariamente provenientes do Reino Unido (17 estudos, 56,6%), sendo: 4 da Inglaterra (13,3%)^{8,12-14}; 1 da Escócia (3,3%)⁶; 1 do País de Gales (3,3%)¹⁵; 1 da Irlanda do Norte (3,3%)¹⁶. Os demais não especificaram o país de origem^{1,3,17-24}. Além disso, 6 estudos noruegueses foram incluídos (20%)^{2,7,25-28}; 4 da Espanha (13,3%)²⁹⁻³²; 1 da Dinamarca (3,3%)³³; 1 da Austrália (3,3%)³⁴ e 1 da Itália (3,3%)³⁵. O idioma predominante foi o inglês, com 27 documentos (90%); havendo também 2 documentos em espanhol (6,6%)^{30,32} e 1 em norueguês (3,3%)²⁷.

Em relação ao desenho de estudo, foram identificados 4 ensaios clínicos randomizados (13,3%) e 2 não randomizados (6,6%) (sendo 1 protocolo de pesquisa); 5 coortes (16,6%); 6 estudos seccionais (20%) (sendo 1 protocolo de pesquisa); 5 estudos qualitativos (16,6%); 2 revisões narrativas (6,6%); 2 estudos de caso (6,6%) e 4 comentários (13,3%), denotando representatividade de diferentes métodos de análise e discussão da temática. A maioria dos documentos estava publicada em formato de artigo original completo (22; 73,3%), mas 8 tratava-se de relatos breves (*briefreport*)^{13-15,19,21,24,29,31}, comprometendo, de certa forma, a qualidade do relato das pesquisas.

Quadro 1. Artigos selecionados para compor a revisão – extração dos dados

Autor/Ano	Desenho de Estudo	País de origem / idioma	Objetivo	Principais Resultados
Higgs, 1985 ¹²	Estudo de caso	Inglaterra/ Inglês	Apresentar o Lambeth Hospital, reformado, em 1985, como uma unidade comunitária de CI.	O centro possuía 20 leitos e 1 unidade dia para atendimento de pacientes em processo de terminalidade; cuidados paliativos; que necessitassem de cuidados agudos não especializados; com incapacidades e/ou pós-operatório.
Seamark et al., 2001 ²⁰	Estudo Seccional	Reino Unido/ Inglês	Conhecer o perfil dos HC do Reino Unido.	Foram identificados 471 HC no Reino Unido, totalizando 18.579 leitos, divididos em leitos gerais, de idosos, cirúrgico, maternidade, cuidados paliativos, cuidados pós-operatórios e de enfermagem. Foram identificados 7425 clínicos gerais em CI, 20% do total de General Practitioners (GP).
Grant; Dowell, 2002 ⁶	Estudo de Caso Qualitativo	Escócia/Inglês	Identificar fatores que influenciam as decisões dos clínicos gerais (GP) sobre a admissão em HC.	Todos os GP relataram benefícios aos pacientes com o uso do HC. Seis temas principais orientaram as decisões dos GP: capacidade do hospital; capacidade do médico; e preferência do paciente; preocupações profissionais; influências pessoais; e benefícios potenciais.
Green et al., 2005 ⁸	Ensaio Clínico Randomizado	Inglaterra/ Inglês	Comparar HC e hospital geral em relação à independência de idosos após a alta.	O grupo tratado no HC apresentou maior independência nos seis meses após a internação em comparação com o grupo do hospital geral.
Vetter, 2005 ¹⁴	Comentário	País de Gales, Reino Unido/ Inglês	Analisar a política de CI do National Health Service.	É sugerida cautela na adoção dos CI como política pública de saúde uma vez que sua segurança não está comprovada.
Garasen; Windspol; Johnsen, 2007 ²	Ensaio Clínico Randomizado	Noruega/ Inglês	Comparar a eficácia dos HC com cuidados 'padrão' em um hospital geral, após 26 semanas de seguimento.	Comparado ao hospital geral, o HC reduziu significativamente o número de reinternações para a mesma doença (19,4% no grupo intervenção e 35,7%, controle; p=0,03); aumentou o número de pacientes independentes de cuidados comunitários e domiciliares (25% no grupo intervenção e 10%, controle; p=0,02), com fracas evidências de aumento no tempo de permanência e sem aumento da mortalidade.
Garasen; Windspol; Johnsen, 2008 ⁷	Ensaio Clínico Randomizado	Noruega/ Inglês	Comparar resultados pacientes atendidos em um HC com aqueles em tratamento tradicional em hospital geral.	O grupo intervenção foi observado por um período maior (335,7 dias HC e 292,8 dias no hospital geral). Não houve diferenças para uso de cuidados no nível primário, reinternações ou dias em leitos hospitalares.
Garasen et al., 2008 ²⁶	Ensaio Clínico Randomizado	Noruega/ Norueguês	Comparar custos de internação em um hospital geral com um centro intermediário configurado como HC.	Os custos no HC foram menores que os custos do hospital geral. Diferenças podem ser atribuídas ao maior número de reinternações pelo grupo do hospital geral e menores custos do tratamento no HC.
Kaambwa et al., 2008 ¹⁷	Estudo Seccional	Reino Unido/ Inglês	Avaliar custos e resultados associados a diferentes tipos de serviços de CI e analisar as características dos pacientes que recebem esses serviços.	47% dos pacientes analisados foram admitidos inapropriadamente em serviços de CI. Serviços de evitação da admissão foram associados a menores custos e maiores ganhos funcionais e de saúde. Os ganhos são maiores quando há maior a gravidade da doença, dependência dos pacientes e admissão apropriada.

Quadro 1. (cont.)

Autor/Ano	Desenho de Estudo	País de origem / idioma	Objetivo	Principais Resultados
Glasby; Martin; Regen, 2008 ³	Estudo Qualitativo	Reino Unido/ Inglês	Analisar percepção dos profissionais sobre a relação entre serviços hospitalares e CI.	Destaca tensões entre CI e cuidados agudos. Questões-chave incluem preocupações sobre o papel e o envolvimento dos médicos de hospitais gerais em CI; segurança, qualidade e adequação dos CI para idosos; acesso e elegibilidade para os CI; falta de compreensão e sensibilização dos profissionais; e o risco de compartilhar o cuidado entre níveis de atenção diferentes.
Regen et al., 2008 ¹⁹	Estudo Qualitativo	Reino Unido/ Inglês	Analisar percepção dos profissionais sobre a implementação dos CI na Inglaterra.	Principais desafios: escassez de mão de obra e de financiamento, dificuldade de trabalho em conjunto entre agências de saúde e assistência social e falta de envolvimento por parte dos médicos. Benefícios aos usuários: centralidade do cuidado no paciente e promoção da independência, sendo trabalho em equipe multiprofissional, flexibilidade de papéis e ambiente "caseiro" e acolhedor os principais benefícios. Principais desafios: capacidade insuficiente, problemas de acesso e coordenação deficiente entre CI e hospital.
Yohannes; Baldwin; Connolly, 2008 ²²	Coorte	Reino Unido/ Inglês	Investigar a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em pacientes idosos em CI após internações agudas e seu impacto no tempo de permanência, incapacidade física e qualidade de vida.	173 pacientes, com idade média de 80 anos, sendo 60 homens. 130 (75%) sofreram uma ou mais quedas no ano anterior. 65 pacientes (38%) apresentavam sintomas depressivos; 29 (17%), depressão clínica; 73 (43%), sintomas de ansiedade, e 43 (25%), ansiedade clínica. Dos que apresentavam depressão clínica, 14 (48%) foram considerados levemente, e 15 (52%), moderadamente deprimidos. A estada mais longa ocorreu pela severidade da depressão, inabilidade física, baixa cognição e pelo paciente viver sozinho.
Young, 2009 ¹	Revisão Narrativa	Reino Unido/ Inglês	Narrativa sobre o desenvolvimento dos CI na Inglaterra, suas características gerais e evidências que apoiam sua eficácia.	Apesar dos CI, os hospitais gerais ainda vivem pressões, e houve aumento nas internações agudas. Evidências científicas apontam para o modelo de Hospital at Home como a melhor alternativa de serviços de CI. Os HC também se mostram uma alternativa viável.
Dixon et al., 2010 ¹¹	Estudo Seccional	Inglaterra / Inglês	Avaliar a relação entre o 'mix de habilidades', os resultados dos pacientes, tempo de permanência e custos dos serviços de CI na Inglaterra.	O aumento do mix de habilidades, pelo aumento da variedade de profissionais da equipe, está associado a uma redução de 17% dos custos dos serviços (p=0,011). Fracas evidências (p=0,09) de que o aumento na proporção de pessoal de apoio promovia melhor qualidade de vida.
Inzitari et al., 2012 ²⁹	Coorte	Espanha/ Espanhol	Avaliar alta precoce de pacientes com doenças crônicas reativadas a partir de um hospital universitário e emergência para um hospital intermediário de convalescença.	Foram encaminhados para CI 68 pacientes (média de 82,6 anos; 48,5% homens), 69,1% provenientes do serviço de urgência. Diagnósticos principais: doenças cardíacas (23,5%); respiratórias (51,5%); e crônicas descompensadas. O tempo médio de permanência em CI foi 11,4 dias. Após a alta, 82,4% dos pacientes regressaram ao local de origem; 4,4% foram a óbito; 2,9% reingressaram a serviços de urgência ou hospitais e 10,3% necessitaram de outros recursos socio sanitários.

Quadro 1. (cont.)

Autor/Ano	Desenho de Estudo	País de origem / idioma	Objetivo	Principais Resultados
Colprim et al., 2013 ²⁸	Ensaio clínico não randomizado	Espanha/ Inglês	Comparar idosos internados diretamente em uma Unidade Geriátrica de CI (ICGU), a partir de casa, com pacientes da mesma área geográfica que receberam alta do hospital geral para a mesma ICGU.	65 pacientes (média de idade \pm 85,6 \pm 7,2, 66% mulheres) foram admitidos, em 2011, na ICGU, principalmente por insuficiência cardíaca (55,4%), doença pulmonar obstrutiva crônica (20%) e doença renal crônica (9,2%): 32, diretamente de casa, e 33, após alta hospitalar aguda. Os grupos foram comparáveis para características clínicas, funcionais e sociais na admissão e desfechos de alta, incluindo mortalidade e transferências agudas. O tempo de permanência global foi maior para pacientes oriundos da internação hospitalar (60,8 \pm 26,6 vs 38,4 \pm 23 dias, $p < 0,001$). Apontam internações diretas em ICGU como alternativa à hospitalização aguda.
Santaeugènia et al., 2013 ³⁰	Carta ao editor – Estudo Seccional	Espanha/ Inglês	Apoiar os resultados de Colprim et al. ²⁸ com base em sua própria experiência em ICGU, e apresentar dados transversais desta unidade.	201 pacientes foram internados na ICGU (dez/2009-jul/2012). Idade média 84,2 anos; Índice de Barthel 40; cognitive impairment em 56%; 87% dos pacientes oriundos do departamento de emergência e 13% diretamente da comunidade. As principais condições agudas de admissão foram infecção respiratória (57%), insuficiência cardíaca (18%), infecção urinária (10%) e outros (15%). Duração média da estadia na unidade foi 10,4 dias. Taxa de readmissão pelo mesmo motivo em 30 dias e de utilização de recursos de saúde foi, respectivamente, 5,5% e 7,8%. As ICGU apresentam-se como alternativa à hospitalização de pacientes idosos.
Lappégard; Hjortdahl, 2014 ²⁷	Estudo Qualitativo	Noruega/ Inglês	Analisar a qualidade percebida dos pacientes atendidos em um HC para auxiliar no desenvolvimento de alternativas para os hospitais gerais.	Pacientes do HC relataram maior satisfação que os atendidos no hospital geral. Os fatores relativos ao HC foram: ambiente silencioso e acolhedor; proximidade com a comunidade; continuidade na relação entre profissionais e usuários. Aspectos abrangentes ressaltados: abordagem interdisciplinar e holística; apropriação e proximidade com as práticas locais; cooperação com serviços especializados.
Kilgore, 2014 ¹³	Artigo de opinião	Inglaterra/ Inglês	Apresenta resultados do Relatório da Auditoria Nacional de Cuidados Intermediários da Inglaterra, de 2013, e discute os desafios à prestação dos CI.	Problemas de capacidade estavam relacionados com variação de configuração, tamanho e desempenho entre os serviços; maior ênfase em serviços de alta apoiada do que de evitação da admissão; lacunas na formação de profissionais para habilidades de CI, saúde mental e demência.
Dahl; Steinsbekk; Johnsen, 2015 ²⁵	Coorte	Noruega/ Inglês	Comparar a eficácia das altas hospitalares de pacientes com mais de 60 anos em dois municípios: um com hospital de CI e outro, sem.	328 pacientes internados no hospital geral de referência para os dois municípios foram acompanhados durante um ano. O município com hospital de CI apresentou menor tempo de internação hospitalar e o mesmo risco de readmissões, mortalidade e necessidades de cuidados pós hospitalização e habilitação para AVD que o município sem um hospital de CI.

Quadro 1. (cont.)

Autor/Ano	Desenho de Estudo	País de origem / idioma	Objetivo	Principais Resultados
Dahl et al., 2015 ²⁴	Coorte retrospectiva	Noruega/ Inglês	Comparar a utilização de serviços de saúde por pacientes com mais de 60 anos em dois municípios: um com hospital de CI e outro, sem.	Diminuição no tempo de internação hospitalar no município com CI, sem diferenças nas readmissões hospitalares durante o ano de acompanhamento. No ano após a alta hospitalar, o município com CI ofereceu mais horas de cuidados primários para pacientes idosos que moravam em casa; o município comparativo apresentou maior permanência prolongada em asilos.
Martinsen; Norlyk; Lomborg, 2015 ³²	Estudo Qualitativo	Dinamarca/ Inglês	Explorar a experiência de idosos em uma unidade de CI após internação hospitalar.	A essência de estar na unidade de CI foi concebida pelos idosos como “momentos de alívio condicional” constituído das seguintes questões: “acessível, abraçando o cuidado”; “uma corrida contra o tempo”; “refeições – convenções com modificações”; “contato em termos desiguais”; “vida em outros termos” e “ajuda informal, mas essencial”.
Young et al., 2015 ²³	Artigo de Opinião/ Comentário	Reino Unido/ Inglês	Discutir avanços e desafios dos CI na Inglaterra.	A Auditoria Nacional de CI, de 2013, cobriu aproximadamente metade dos serviços do NHS na Inglaterra. Há uma variação local na provisão de serviços de CI, e a capacidade de atendimento das necessidades da população é estimada em cerca de metade. Há baixa integração dos CI com outros serviços de saúde e assistência social. O relato dos usuários é positivo, mas requer maior envolvimento dos pacientes em decisões assistenciais.
Milte et al., 2015 ³³	Estudo Qualitativo	Austrália/ Inglês	Descrever os encontros entre idosos, cuidadores e geriatras em CI e explorar características associadas à comunicação do processo de Tomada de Decisão Compartilhada (TDC)	Foram avaliadas 59 reuniões familiares envolvendo geriatras, familiares e pacientes em um serviço de CI após admissão hospitalar aguda. O tempo de duração da reunião foi considerado importante para TDC. Temas mais discutidos foram: problemas médicos (n=59), medicamentos (n=59), planejamento avançado de cuidados (n=55) e destino da alta (n=53).
Millar et al., 2016 ¹⁵	Estudo transversal	Reino Unido - Irlanda do Norte/ Inglês	Compreender a conscientização e envolvimento dos farmacêuticos comunitários com os serviços de CI.	Questionários postais foram respondidos por 190 Farmacêuticos Comunitários, (35,3% de 539). 47,4% relataram entender o termo Cuidado Intermediário. Três quartos não sabiam se estavam envolvidos com prestação de CI. Apenas 9,5 e 0,5% concordaram fortemente que a comunicação do hospital e CI, respectivamente, foi suficientemente detalhada. Poucos farmacêuticos (1,2%) foram comunicados sobre mudanças de prescrições em hospitais ou CI “todo o tempo”. 81,6% relataram desejar maior envolvimento com CI, sendo “carga de trabalho atual” a maior barreira.
Gladman et al., 2016 ¹⁶	Protocolo de Pesquisa	Reino Unido/ Inglês	Medir custo-eficiência da reabilitação em HC; identificar características dos HC que otimizam seu desempenho e o impacto social de sua otimização; examinar a relação entre CI e atenção secundária.	O estudo ainda não apresenta resultados. Não foram citados resultados esperados.

Quadro 1. (cont.)

Autor/Ano	Desenho de Estudo	País de origem / idioma	Objetivo	Principais Resultados
Oliver, 2017 ¹⁸	Comentário	Reino Unido/ Inglês	Discutir avanços e desafios dos CI no Reino Unido.	A Auditoria Nacional de CI, em 2015, descreve mais de 340 serviços de 95 provedores, na Inglaterra, e 53 grupos de comissionamento clínico. Mais de 90% dos 12 mil pacientes mantiveram ou melhoraram sua independência funcional; 4 em 5 retornaram para casa; metade relatou melhora no convívio social. Os CI parecem ser de baixo custo comparado às internações hospitalares ou domiciliares. Entretanto, perduram desafios.
Santaeugènia et al., 2017 ³¹	Protocolo de Pesquisa	Espanha/ Espanhol	Comparar modelo de CI baseado em um sistema de atenção centrado em processos clínicos integrados com CI tradicional da Cataluã.	O estudo ainda não apresenta resultados. Não foram citados resultados esperados.
Williams et al., 2018 ²¹	Estudo transversal e qualitativo	Reino Unido/ Inglês	Examinar o impacto e pontos de vista de usuários e profissionais sobre a introdução de um serviço domiciliar de Apoio Comunitário Intensivo (ACI) nas admissões em HC.	Houve 5.653 admissões no HC (set/2012-set/2014). Com o ACI, houve uma maior distribuição de pacientes para HC e ACI, reduzindo o número de pacientes admitidos no HC. Pacientes e prestadores classificaram ACI e HC favoravelmente, comparados ao hospital geral. Profissionais relataram que o ACI atendia pacientes menos complexos do que previsto. O ACI pode fornecer um complemento viável ao HC.
Pianori et al., 2018 ³⁴	Coorte retrospectiva	Itália/Inglês	Descrever perfil assistencial dos HC da região Emilia-Romagna, Itália.	Incluídos 2.121 pacientes com alta em 2016, dos 14 HC da região, sendo 62,5% mulheres. A média de permanência foi 22,4 dias (13,1-31,5 dias). Fontes de admissão principais: hospital (71,8%) e casa (27%). Desfechos: altas de rotina (60%); altas domiciliares planejadas (13,6%) e transferências para hospitais gerais (10,8%). O índice de Barthel médio na admissão (32,8) e alta (47,6) apresentou diferença média de 15,3 (p<0,01). Ocorreu readmissão hospitalar em três meses em 20,2% dos pacientes.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Os Cuidados Intermediários

Os CI apresentam diferenças na disposição, oferta e características dos serviços de acordo com particularidades regionais e do país em que se desenvolveram.

No Reino Unido, combater o atraso na alta hospitalar surgiu, desde a década de 1990, como uma prioridade. Para tanto, foi introduzida uma série de medidas que ampliaram o

financiamento para saúde e assistência social e incluíram novas legislações, com a finalidade de liberar leitos ocupados por pessoas que aguardam a prestação de serviços sociais. São enfatizados, também, o foco na redução das internações hospitalares de emergência e o apoio a pessoas com condições crônicas e de cuidados de longo prazo³.

Na Inglaterra, o conceito de CI foi proposto pela primeira vez no National Beds Inquiry, publicado em 2000, tornando-se uma política de cuidados do National Health Service (NHS) nesse ano e implementado como parte

do National Service Framework (NSF) para pessoas idosas em 2001. Assim, foi introduzida uma série de serviços de CI em toda a Inglaterra, e financiadas mais de 6.700 vagas de CI¹, número que foi crescendo ao longo dos anos. Entretanto, estima-se ainda que sua capacidade instalada corresponda a apenas metade das necessidades apresentadas pela população^{14,19,24}.

Para definição dos CI, foram propostos diversos conceitos. Com vistas a subsidiar o seu monitoramento, realizado a partir de Auditorias Nacionais na Inglaterra, os serviços de CI foram descritos como aqueles destinados a pessoas para as quais a admissão hospitalar aguda mostra-se inadequada ou desnecessária ou para promover a continuidade assistencial após uma internação, caracterizando serviços de 'evitação da admissão' e 'alta apoiada' respectivamente. Os serviços, limitados temporalmente, normalmente não superior a seis semanas, estariam baseados em uma avaliação abrangente do paciente e trabalho em equipe multiprofissional, com enfoque individual, compreendendo terapia ativa, tratamento e reabilitação a fim de maximizar a independência, permitir o retorno do usuário ao domicílio e evitar ao máximo a admissão dos pacientes em asilos e lares de idosos. O planejamento e a implementação desses serviços ficaram a cargo da atenção primária e dos serviços sociais¹.

Apesar de a literatura indicar o desenvolvimento histórico dos CI a partir da década de 1990, encontramos em nossas buscas um estudo que descreve uma unidade hospitalar da Inglaterra, fechada em 1976 e reinaugurada em 1985 como uma unidade comunitária de CI, a qual apresentava características físicas e assistenciais próprias aos HC¹³. Isso sugere a existência prévia dessas estruturas nos serviços de saúde, normatizadas e popularizadas, entretanto, posteriormente; abrindo espaço para que os CI fossem incorporados como política pública de diversos países.

Na Noruega, o sistema de saúde e assistência social é principalmente público, e a prestação de serviços de saúde ocorre a partir

de um modelo descentralizado. Os hospitais são estatais e organizados por empresas de saúde administradas por quatro autoridades regionais de saúde. Os municípios são responsáveis pelos serviços de atenção primária, incluindo atendimentos de emergência, assistência domiciliar, casas de enfermagem/lares de idosos, HC, parteiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais; e pela gestão dos *General Practitioners* (GP) – Clínicos Gerais^{2,26,28}. O governo da Noruega, por sua vez, possui e administra hospitais gerais distritais, hospitais universitários e serviços de ambulância por meio das autoridades regionais de saúde nas cinco regiões do País².

A Reforma Nacional de Coordenação, implementada na Noruega em 2012, objetivou fortalecer serviços municipais de atenção primária e reabilitação. Assim, fomentou a criação de serviços de saúde que visassem substituir as internações ou sucedê-las. Entretanto, as diretrizes não trouxeram especificações sobre padrões de qualidade, suas implicações, formas de avaliação e critérios de elegibilidade de pacientes: as recomendações incluem pacientes estáveis com diagnóstico esclarecido ou aqueles que necessitam de observação ou investigação básica, mas com quadro clínico estável²⁸.

Na Espanha, as Unidades Geriátricas de Atendimento Intermediário (ICGU) objetivam encurtar hospitalizações agudas e evitar aquelas desnecessárias, baseadas em avaliação geriátrica abrangente e reabilitação²⁹. As ICGU são utilizadas para atender pacientes com reativações de doenças crônicas que não podem ser tratadas em ambiente doméstico por necessitarem de monitoramento mais frequente ou por dificuldades sociais no manejo da situação em casa. Podem ser admitidos a partir do Hospital ou por mecanismos de admissão direta, sob coordenação da atenção primária^{29,31}.

Está previsto, no Plano Diretor Sociossanitário do Departamento de Saúde da Catalunha, referência rápida, para unidades intermediárias, de pacientes oriundos de urgências e hospitais gerais, selecionados por especialistas em geriatria (médico, enfermeira

e assistente social). Os critérios de elegibilidade considerados são clínicos (pelo diagnóstico principal dado pelo médico) ou sociais (pacientes em situação estável, com clara orientação diagnóstica e sem necessidade de exames complexos). Preconiza-se uma média de permanência na atenção intermediária não superior a 16 dias; retorno ao domicílio habitual para mais que 70% dos pacientes; mortalidade menor que 10% dos pacientes; reingresso a urgências ou hospitais gerais menor que 5%; e referência a outro recurso socio-sanitário para menos de 15% dos pacientes³⁰.

Na Dinamarca, país onde a taxa de envelhecimento populacional segue acelerada, hospitais e serviços comunitários possuem financiamento público. Programas de reabilitação baseados na comunidade são fornecidos por meio de um seguro público de saúde. Com o objetivo de proteger os idosos e evitar altas precoces, o governo dinamarquês investiu em CI, como parte importante de sua política de saúde, com objetivo de melhorar serviços de saúde pública para idosos e reduzir gastos em saúde³³.

Os CI oferecem fisioterapia, terapia ocupacional e cuidados planejados individualmente, preenchendo a lacuna entre hospital e casa, objetivando promover recuperação mais rápida, prevenir internações hospitalares agudas desnecessárias, apoiar a alta hospitalar e propiciar maior independência às pessoas em tratamento³³.

Na Itália, a primeira menção acerca de serviços de CI ocorreu nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde de 2006 a 2008. Desde então, as regiões do País, independentes administrativamente, vêm optando por diversas modalidades estratégicas de implementação desses serviços³⁵.

No Brasil – embora não tenhamos encontrado resultados de experiências brasileiras –, a Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, estabelece a organização dos Cuidados Prolongados como retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes de Atenção à Saúde, a partir de Unidades de Internação em Cuidados Prolongados dentro de Hospitais Gerais ou em Hospitais Especializados em Cuidados

Prolongados. Busca-se fortalecer a integralidade pela articulação com equipes de saúde atuantes no território, em especial, a Atenção Primária à Saúde (APS)⁹.

Processo de trabalho, gestão e organização da atenção nos Hospitais Comunitários

Os HC são hospitais locais, unidades ou centros cujo objetivo é fornecer cuidados de saúde à comunidade com vistas a atender suas necessidades. Apresentam-se como uma extensão dos cuidados primários. Há uma grande ênfase nos cuidados de reabilitação (ofertada por 97% dos HC do Reino Unido), mas os HC também podem oferecer cuidados paliativos, serviços de promoção da saúde, diagnóstico, emergência e serviços terapêuticos de diversas naturezas^{17,21}.

Os HC são responsáveis pelo atendimento de pacientes que necessitam de: 1) intervenções de saúde que poderiam ser providas em casa, mas existem fatores estruturais e domiciliares que impedem sua elegibilidade para atendimento domiciliar; 2) necessidade de vigilância contínua de enfermagem; 3) premência de reabilitação ou estabilização do quadro clínico antes do retorno ao domicílio. O acesso pode ocorrer a partir de casa ou de instalações residenciais, por referência do médico de família; a partir das altas hospitalares ou diretamente do setor de emergência. Os cuidados serão prestados 24 horas por pessoal de enfermagem, clínicos gerais, pediatras de livre escolha e médicos de cuidados contínuos, além da presença da equipe de reabilitação, variável em cada localidade. A localização física do HC pode ser adequadamente alocada para enfermarias e/ou pela conversão de instalações residenciais^{35,36}.

No Reino Unido, os HC apresentam configurações bastante diversas: no que tange à provisão de leitos por 100 mil habitantes, há uma variação de menos de 10 a 70; sobre liderança clínica, 50% das unidades são lideradas por enfermeiros, e 50%, por consultores; o tempo médio de internação varia de 11 a 58 dias; o custo por admissão pode atingir valores entre £ 3.700 e £ 17.500; e custo por dia de £ 140-450, sendo apontado potencial

para melhoria na eficiência, por menor custo ou tempo de permanência, impactando em mais atendimentos e/ou economia para os serviços. As razões por trás dessas variações e os caminhos necessários para melhoria do desempenho dos serviços são, entretanto, especulativos, pois nenhum estudo foi conduzido nesse sentido¹⁷.

O HC localizado na cidade de Bradford, Inglaterra⁸, apresentava 18 leitos. A equipe multiprofissional era composta por enfermeiros, assistentes de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, auxiliares de terapia (*therapy helper*), nutricionista (uma visita semanal), fonoaudiólogo (uma visita semanal), médico hospitalar (três visitas semanais), consultor geriatra (duas visitas semanais), e visitas dos GP fora do horário. Os pacientes, ao ingressar na instituição, eram avaliados pela equipe e recebiam um plano de cuidados individualizado com o propósito de maximizar sua recuperação e independência. Eram realizadas avaliações domiciliares antes da alta, que era coordenada com o serviço social local.

Na Noruega, muitos HC são comparáveis com os da Inglaterra e com hospitais de clínica geral da Holanda². Outros países, como Itália³⁵, Escócia⁶, Espanha³⁰, Dinamarca³³ e Austrália³⁴, também apresentam essa modalidade assistencial – além de outros países não identificados em nossas buscas na literatura, como Portugal e Brasil, por exemplo.

O HC Lar de Søbstad, na Noruega², foi baseado em cuidados individualizados, incluindo avaliação e tratamento das doenças de cada paciente com enfoque no processo de reabilitação para retorno ao domicílio. Para admissão no HC pelo médico da instituição, era realizada a avaliação dos pacientes e dos registros de saúde mais antigos disponíveis (do hospital geral e assistência domiciliar), além de comunicação com o paciente e sua família para compreender suas necessidades e o nível de atenção mais adequado, levando-se em consideração as preferências de ambos.

Lappégard e Hjortdahl²⁸ estudaram a instituição Hallingdal Sjukstugu (HSS), instituição comparável aos HC da Grã-Bretanha,

localizado em uma região rural ao sul da Noruega com 20 mil habitantes em 6 municípios. O HSS era administrado pelo hospital geral mais próximo, a 170 km de distância. Possuía uma unidade de internação com 14 leitos, ambulatórios somáticos e psiquiátricos, 1 centro de tratamento diurno com diálise e cuidados paliativos, 1 unidade para raio-x digital e 1 base para helicópteros e ambulâncias. Era administrado por dois GP, que contavam com apoio de especialistas do hospital geral via telefone, telemedicina ou pessoalmente. Recebia cerca de 600 internações anuais. Em 2012, os diagnósticos mais frequentes acolhidos foram pneumonia, exacerbações de doença crônica, trauma sem necessidade cirúrgica, dor e agravamento dos sintomas do câncer; com média de permanência de 4,8 dias.

Embora nem sempre a denominação dos serviços e da política seja realizada da mesma forma entre os países, as características de sua provisão, organização do processo de trabalho e concepções se assemelham, bem como a responsabilidade municipal ou distrital na condução desses serviços e provimento de aconselhamento especializado necessário. Foi observada uma maior frequência de desenvolvimento de HC menores, com poucos leitos (de 12 a 20) e menor quantitativo profissional^{2,8,26,28,35}. Entretanto, foram também identificadas experiências de serviços maiores, com mais de 270 leitos de convalescença geriátrica, como a experiência da Catalunha²⁹⁻³¹.

Resultados promissores para Cuidados Intermediários e Hospitais Comunitários

A partir dos estudos analisados, depreende-se que os HC podem representar um menor uso dos leitos hospitalares, entretanto, o tempo de utilização total dos leitos (hospital geral e HC) pode ser maior, o que pode ser justificável caso seja evidenciada maior qualidade do cuidado e resultados clínicos⁸. São apoiados em evidências de alta qualidade quanto a sua eficácia^{2,7,8} e custo-efetividade, por apresentarem melhores

desfechos com uso semelhante de recursos²⁴.

Também são notáveis resultados que apontam para benefícios inerentes aos HC e aos CI, como: ganhos funcionais importantes para pacientes durante a estada no HC³⁵; menores taxas de readmissão hospitalar e maior número de pacientes não dependentes de atendimento comunitário/serviços domiciliares em relação àqueles tratados no hospital geral. O diálogo contínuo com os profissionais da APS foi considerado elemento central na redução de reinternações precoces, pela otimização do acompanhamento pós-alta^{2,26}.

Em relação aos custos da assistência intermediária, quando comparada à alternativa hospitalar padrão, foi identificada, por alguns autores, economia nos gastos totais em saúde²⁷; ao passo que outros citaram melhores resultados de saúde com uso semelhante de recursos²⁴.

Embora esquemas de alta apoiada (internação hospitalar seguida de admissão em serviço intermediário) sejam mais frequentes^{14,24,35}, a atuação dos HC como serviços de evitação da admissão (admissão direta em CI) foi avaliada como uma alternativa viável e segura às internações hospitalares²⁹, e associada a menores custos e maiores ganhos funcionais e de saúde, quando comparada à alta apoiada¹⁸.

No entanto, vale destacar que todos os estudos incluídos nesta revisão que se propuseram analisar e comparar os custos da assistência intermediária com o atendimento hospitalar e com outras modalidades de serviços intermediários relataram importantes limitações metodológicas que evidenciam a necessidade de mais pesquisas que averiguem se, de fato, há uma economia inerente a essa prestação assistencial ou se os custos dos serviços se assemelham^{12,18,27}.

Ganham ênfase boas experiências relatadas pelos usuários³³ e boa avaliação por parte dos profissionais^{6,20}. A satisfação do usuário pelo atendimento intermediário é ressaltada, tanto pelo sentimento de gratidão, pelo cuidado amigável e individual provido³³ quanto pelo ambiente acolhedor que permitiu relação mais estreita entre profissionais, pacientes e

família, dada a proximidade com a comunidade; diferentemente do hospital, descrito como um ambiente agitado e apressado, além da fragilidade do vínculo e distanciamento entre equipe e usuários, sem estímulo à reabilitação. Outrossim, a maioria dos pacientes relatou abordagem mais holística no HC, que prestava atendimento de modo abrangente, com vistas à integralidade e atento às especificidades de cada pessoa²⁸. O trabalho em equipe multiprofissional também foi avaliado de forma bastante positiva pelos usuários – que se sentiam seguros e estimulados a aderir ao treinamento de reabilitação – e pelos profissionais, que reconheciam os benefícios aos pacientes e se viam motivados e desafiados pelo compartilhamento de funções e responsabilidades^{20,33}.

É enfatizado o ambiente dos serviços intermediários como propício à interação social na medida em que algumas unidades apresentavam espaços coletivos para realização das refeições e outras atividades de lazer, caso fosse preferência dos pacientes. Isso trazia à tona dificuldades, como ser confrontado com a própria incapacidade e com a do outro; mas favorecia momentos de conversação entre pacientes e cuidadores e compartilhamento de experiências, que podem configurar-se como estímulos à sociabilidade, podendo promover diminuição da ansiedade sobre o retorno à casa e ao ambiente social, bem como auxílio na superação dos desafios inerentes ao processo de reabilitação³³.

O desenvolvimento de um plano individual de cuidados demonstrou-se um mecanismo para favorecer maior recuperação e independência dos pacientes visando menor institucionalização das pessoas^{1,3,8,20,24,33}. A comunicação dos profissionais com a pessoa atendida e sua família, para tomada de decisão de admissão, buscando compreender suas percepções e preferências acerca do nível de atenção mais adequado às suas necessidades², foi apontada pelos autores como potente estratégia para o favorecimento da tomada de decisão compartilhada³⁴. Essas questões enfatizam benefícios inerentes a essa modalidade assistencial.

Desafios aos Cuidados Intermediários e Hospitais Comunitários

Apesar dos benefícios apontados pela introdução dos CI e HC, algumas questões precisam ser levadas em consideração uma vez que limitações e incertezas ainda pairam sobre esses serviços, e são enfatizadas com importância na literatura.

A despeito da premissa de economia de gastos, a busca por reduções no tempo de internação hospitalar levanta preocupações acerca de que altas precoces possam aumentar readmissões e taxas de mortalidade. Ensaios clínicos evidenciam resultados diversos sobre a utilização dos HC: ao passo que estudos apontam para a redução da permanência com redução da mortalidade⁷, diminuição das reinternações e aumento da independência de cuidados domiciliares e comunitários pós-alta²; bem como efeitos positivos na recuperação das Atividades de Vida Diária (AVD) seis meses após alta do HC⁸; há também achados que não encontram diferenças significativas para desfechos pós-alta²⁶.

Além disso, perduram incertezas sobre a relação custo-efetividade da prestação de serviços intermediários, bem como dúvidas sobre de onde provém a economia relatada pelos estudos que a defendem²⁴, o que enseja o fortalecimento de processos de avaliação econômica em saúde.

Essas questões apontam para dificuldades na consolidação de uma base empírica que apoie a adoção dos CI como política pública, haja vista um número limitado de estudos publicados que apresentem fortes evidências científicas de sua eficácia e eficiência, com base na realização de Ensaios Clínicos Randomizados (ECR), Revisões Sistemáticas (RS), metanálises e estudos de avaliação econômica. Além disso, limitações no delineamento e na condução dos estudos comprometem a acurácia e a reprodutibilidade dos achados, e deixam dúvidas quanto à segurança e à eficácia da adoção desse modelo de atenção à saúde¹⁵, o que fortalece a importância da realização de

RS sobre o tema, com avaliação do risco de viés dos estudos selecionados (atualmente, pelo instrumento Risk of Bias – ROB-II).

Associado a isso, a existência de uma diversidade de definições e configurações de serviços de CI dificulta processos de avaliação institucionalizados pelo governo local e comparações inter-regionais e internacionais, além do estabelecimento de diretrizes clínicas baseadas em evidências, visando ao aprimoramento da qualidade dos serviços e dos resultados obtidos²⁸.

A falta de uma normatização clara sobre critérios para admissão em CI e responsabilidades dos profissionais e níveis de atenção envolvidos²⁸ acarreta um processo de admissão baseado em critérios subjetivos, assim como propicia envolvimento variável dos profissionais de saúde com os serviços de CI, principalmente por parte dos Clínicos Gerais responsáveis pelo encaminhamento a esses serviços⁶. Além disso, pode favorecer admissões inadequadas em CI, o que impacta em menores ganhos funcionais pela pessoa em processo de reabilitação¹⁸.

Os autores relataram ser frequente, nos serviços, uma compreensão equivocada dos profissionais sobre os CI, que acabam por utilizar suas instalações para ‘liberar leitos hospitalares’ em detrimento da escolha do ambiente de cuidados capaz de maximizar a recuperação e o retorno ao domicílio em segurança, com base em avaliação abrangente, necessidades e preferências de cada um²⁰.

Essa questão também é reflexo de baixas integração e coordenação entre os diferentes serviços, o que compromete o potencial dos CI para aliviar pressões dos serviços assistenciais e sociais²⁰ e favorece um cenário de comunicação deficiente entre profissionais, sobretudo entre diferentes níveis de atenção¹⁶, e atrasos no acesso aos serviços de CI¹⁹.

São enfatizadas, também, dificuldades relacionadas com o recrutamento e retenção de profissionais de saúde e pessoal de apoio às equipes de CI. Financiamento insuficiente e problemas para atrair profissionais para os cargos foram

apontados como as principais causas²⁰. Como impedimentos profissionais e barreiras ao recrutamento, foram destacados: potencial isolamento profissional dentro de pequenas equipes de trabalho; baixa conscientização acerca dos CI; baixos salários e longas horas de isolamento ou com baixa sociabilidade²⁰.

Em relação à experiência dos pacientes, foram também detectadas deficiências no envolvimento do paciente com planejamento de metas, tomada de decisões assistenciais e envolvimento dos cuidadores e familiares; além de ter sido destacado sentimento de insegurança pela alta não ter sido discutida ou ter ocorrido sem aviso²⁴.

Por fim, faz-se notar que, na própria concepção do modelo de atenção intermediária, há um distanciamento de questões pertinentes à saúde mental. Além de haver pouco envolvimento dos profissionais de CI no tratamento de pessoas com complicações relacionadas à saúde mental (com poucos serviços que aceitam pacientes com complicações psiquiátricas) e baixa proporção de capacitações aos profissionais de saúde para atendimento a pacientes com demência ou outros problemas de saúde mental^{14,24}, é intrigante que não tenha sido citada, em nenhum dos estudos analisados, a presença dos profissionais de psicologia na equipe de reabilitação de CI, o que pode representar uma invisibilidade dessas questões no cuidado em saúde e na negligência aos potenciais impactos que isso possa causar no tempo de permanência institucional e no processo de reabilitação²³.

A reabilitação deve ser entendida é um processo complexo, adaptado à situação de saúde de cada pessoa, e buscar resultados multidimensionais, como a funcionalidade global e os parâmetros de qualidade de vida³⁶. Assim, a reabilitação deve ser percebida de maneira ampla desde seu aspecto conceitual, bem como em suas considerações técnicas e instrumentais, realizada de maneira transdisciplinar, por meio de intervenções planejadas sobre todas as dimensões do cuidado (física, emocional, social e espiritual), com seu foco na

triade do cuidado – paciente, família e equipe multiprofissional³⁶.

Limitações desta revisão

O número reduzido de bases de dados pesquisadas e a não inclusão de documentos contidos nas referências bibliográficas dos artigos analisados podem representar uma limitação do potencial que esta revisão poderia alcançar. Outrossim, a não utilização de termos correlatos aos CI, em nossa estratégia de busca, pode ter ocasionado a não obtenção de estudos sobre experiências brasileiras e/ou de outras nacionalidades.

Considerações finais

A partir desta revisão integrativa, de modo pioneiro, obteve-se um panorama geral da produção científica sobre o tema dos HC e do modelo de CI próprio a eles, possibilitando identificar características gerais desse nível de atenção à saúde; modo como é abordado na literatura e nos sistemas de saúde; desenhos de estudo mais frequentes; seus resultados positivos, desafios e lacunas ainda inexploradas pela literatura, o que abre espaço para a realização de novas pesquisas.

Implicações para a prática

Os CI, como estratégia de fortalecimento da APS, melhoria da independência funcional dos pacientes e favorecimento de seu retorno à comunidade, apresentam-se como uma inovação nos cuidados em saúde e como uma aposta promissora aos governos.

Pensar na reorganização dos serviços de saúde de modo a atender às necessidades de saúde, a diminuir internações inadequadas, a promover ganhos funcionais e maior qualidade de vida é uma tarefa urgente para governantes de diferentes nacionalidades. A busca por sistemas de saúde universais, equânimes, pautados em boas práticas clínicas, integralidade, no cuidado

centrado na pessoa e na promoção dos projetos de felicidade deve ser um imperativo frente a ondas neoliberais que invadem o pensamento estatal e promovem o desmonte institucional de valores orientados ao bem comum.

Nesse sentido, aprender com a experiência já vivida por outrem possibilita alcançar voos maiores na busca por aprimoramento de nossas iniciativas, bem como respeitar e endossar valores exprimidos na Reforma Sanitária. É importante que as características positivas dos CI, aqui expressas, sejam exaltadas e contrapostas a outros modelos organizativos com intenção de adequar a oferta, a organização e a gestão dos serviços de saúde vigentes, levando em consideração ressalvas e lacunas existentes no conhecimento científico sobre o tema.

Para atingir seu potencial, os CI devem estar integrados a um *continuum* assistencial em que se relacionem todos os níveis de atenção à saúde e assistência social, de modo regionalizado e hierarquizado, em prol da integralidade. Nesse sentido, o fortalecimento de mecanismos de coordenação e de integração da Rede de Atenção à Saúde é um passo importante e implica o estabelecimento de desenhos mais claros de protocolos e diretrizes assistenciais; investimento na formação e qualificação profissional; e compartilhamento de responsabilidades assistenciais. A implementação de políticas públicas de fortalecimento da APS e de serviços comunitários e territorializados apresenta-se, assim, como uma aposta promissora.

Merece também destaque a importância dos cuidados paliativos como abordagem de cuidado transversal aos serviços de saúde, fortalecendo uma concepção multidimensional da saúde orientada para assistência às dimensões física, emocional, social e espiritual da dor e do sofrimento^{37,38}. O reforço dessa abordagem nos serviços de CI e demais níveis assistenciais da rede pode favorecer modificações no paradigma do cuidado em saúde, bem como possibilitar a prestação de serviços de saúde orientados aos usuários e suas necessidades de saúde, familiares e sua rede de apoio social, como também à equipe profissional envolvida no cuidado³⁹.

Implicações para pesquisas futuras

Novas pesquisas devem ser fomentadas a fim de preencher importantes lacunas do conhecimento.

É importante conhecer a fundo princípios e características de provisão dos CI, ensejando a criação de um Modelo Teórico dos CI, que subsidie processos de implantação, monitoramento e avaliação desses serviços.

Estimulamos a realização de estudos sobre experiências brasileiras com CI e investigações sobre a implantação dos cuidados prolongados no Brasil.

Outro enfoque de pesquisa orienta-se à aplicação de métodos sólidos e confiáveis de avaliação de custos no campo da saúde nos serviços de CI, com o intuito de investigar sua (suposta) eficiência.

Outrossim, não identificamos estudos que explorem variações na configuração dos HC nos diferentes países, seus resultados; e caminhos para seu aprimoramento e/ou comparações entre países.

Agradecimento

A Roberto José Gervasio Unger, pelo compartilhamento de saberes fundamentais para delineamento metodológico deste estudo.

Colaboradores

Tritany EF (0000-0002-7099-4800)* contribuiu para concepção e planejamento do projeto; análise e interpretação dos dados; redação; revisão crítica do conteúdo do manuscrito e aprovação da versão final. Franco TB (0000-0001-7372-5262)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. Mendonça PEX (0000-0002-6925-3693)* contribuiu para planejamento do projeto, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Young J. The development of intermediate care services in England. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; (49):S21-S25.
2. Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2007; 7(1):68.
3. Glasby J, Martin G, Regen E. Older people and the relationship between hospital services and intermediate care: Results from a national evaluation. *J Interprof Care*. 2008; 22(6):639-649.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde de Colet*. 2010; 15(5):2297-2305.
5. World Health Organization, editor. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Grant JA, Dowell J. A qualitative study of why general practitioners admit to community hospitals. *Br J Gen Pract*. 2002; 52(481):628-30, 632-5.
7. Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scand J Public Health*. 2008; 36(2):197-204.
8. Green J, Young J, Forster A, et al. Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. *BMJ*. 2005; 331(7512):317-322.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 10 Dez 2012.
10. Souza M, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (Sao Paulo). 2010; 8(1):102-106.
11. Suber P. Opening Access to Research. Open Society Foundations [internet]. 2012 [acesso em 2019 jul 8]. Disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/opening-access-research>.
12. Dixon S, Kaambwa B, Nancarrow S, et al. The relationship between staff skill mix, costs and outcomes in intermediate care services. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10(1).
13. Higgs R. Example of intermediate care: the new Lambeth Community Care Centre. *BMJ*. 1985; 291(6506):1395-1397.
14. Kilgore C. Why intermediate care services need to be refreshed: A national audit of this form of provision has revealed a wide variation in capacity, staffing and resources. Louise Hunt discusses where the problems lie and how they could be overcome. *Nurs Older People*. 2014; 26(3):16-20.
15. Vetter NJ. Commentary: Intermediate care: policy before evidence. *BMJ*. 2005; (331):1.
16. Millar A, Hughes C, Devlin M, et al. A cross-sectional evaluation of community pharmacists' perceptions of intermediate care and medicines management across the healthcare interface. *Int J Clin Pharm*. 2016; 38(6):1380-1389.
17. Gladman J, Buckell J, Young J, et al. Understanding the Models of Community Hospital rehabilitation Activity (MoCHA): a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2017; 7(2):e010483.
18. Kaambwa B, Bryan S, Barton P, et al. Costs and health outcomes of intermediate care: results from five UK case study sites: Cost and outcomes of intermediate care. *Health Soc Care Community*. 2008; 16(6):573-581.

19. Oliver D. David Oliver: Improving access to intermediate care. *BMJ*. 2017; (356):i6763
20. Regen E, Martin G, Glasby J, et al. Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care: results from five UK case study sites. *Health Soc Care Community*. 2008; 6(6):629-637.
21. Seamark D, Moore B, Tucker H, et al. Community hospitals for the new millennium. *Br J Gen Pract*. 2001; (51):125-127.
22. Williams KS, Kurtev S, Phelps K, et al. Shifting care from community hospitals to intensive community support: a mixed method study. *Prim Health Care Res Dev*. 2018; 19(01):53-63.
23. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23(11):1141-1147.
24. Young J, Gladman JRF, Forsyth DR, et al. The second national audit of intermediate care. *Age Ageing*. 2015; 44(2):182-184.
25. Dahl U, Johnsen R, Sætre R, et al. The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients - a retrospective comparative cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15(1).
26. Dahl U, Steinsbekk A, Johnsen R. Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older—a controlled observational study. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15(1).
27. Garåsen H, Magnussen J, Windspoll R, et al. [Elderly patients in hospital or in an intermediate nursing home department - cost analysis]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2008; 128(3):283-285.
28. Lappegard Ø, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Soc Sci Med*. 2014; (119):27-35.
29. Colprim D, Martin R, Parer M, et al. Direct Admission to Intermediate Care for Older Adults With Reactivated Chronic Diseases as an Alternative to Conventional Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14(4):300-302.
30. Inzitari M, Espinosa Serralta L, Pérez Bocanegra MC, et al. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. *Gac Sanit*. 2012; 26(2):166-169.
31. Santaegènia SJ, Tomás S, Álvaro M, et al. Direct Admission to Intermediate Care for Older Adults With Reactivated Chronic Diseases: Avoiding Both Conventional Hospitalization and Emergency Department Use? *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14(6):444-445.
32. Santaegènia SJ, García-Lázaro M, Alventosa AM, et al. Nuevo modelo de atención integrada orientada a ancianos ingresados en Unidades de Atención Intermedia en Cataluña: protocolo de un estudio cuasiexperimental. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017; 52(4):201-208.
33. Martinsen B, Norlyk A, Lomborg K. Experiences of intermediate care among older people: a phenomenological study. *Br J Community Nurs*. 2015; 20(2):74-79.
34. Milte CM, Ratcliffe J, Davies O, et al. Family meetings for older adults in intermediate care settings: the impact of patient cognitive impairment and other characteristics on shared decision making. *Health Expect*. 2015; 18(5):1030-1040.
35. Pianori D, Avaldi VM, Rosa S, et al. How do Community Hospitals respond to the healthcare needs of elderly patients? A population-based observational study in the Emilia-Romagna Region. *Ann Ig*. 2018; (4):317-329.
36. Itália. Decreto nº 70, 2 aprile 2015. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. *Gazzetta Ufficiale*. 2015 abr 2. [acesso em 2019 ago 28]. Disponível em: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>.

37. Franklin DJ, Cheville AL. Medical Rehabilitation and the Palliative Care Patient. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5. ed. Vol 1. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 1-31.
38. Tiberini R, Richardson H. Rehabilitative Palliative Care: enabling people to live fully until they die: a Challenge for the 21st Century. London: Hospice UK; 2015 [acesso em 2021 maio 24]. Disponível em: <https://www.hospiceuk.org/what-we-offer/clinical-and-care-support/rehabilitative-palliative-care/resources-for-rehabilitative-palliative-care>.
39. Souza Filho BAB, Tritany ÉF. Cuidados Paliativos: uma abordagem transversal para a Rede de Atenção à Saúde. In: Franco TB, Mendonça PEX, Conceição MR, et al., organizadores. Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 236-251.

Recebido em 14/06/2020

Aprovado em 05/11/2020

Conflito de interesses: inexistente

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

Instrumentos mais utilizados na avaliação da exposição a Experiências Adversas na Infância: uma revisão da literatura

Most frequently used instruments for the assessment of exposure to Adverse Childhood Experiences: a literature review

Flávia Garcia Pereira¹, Maria Carmen Viana¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112919

RESUMO O objetivo deste estudo foi identificar e descrever os instrumentos mais frequentemente utilizados nas pesquisas epidemiológicas para a avaliação das Experiências Adversas na Infância, nos últimos dez anos. Trata-se de uma revisão da literatura, cujos critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados e indexados nas bases de dados Medline e Lilacs, que citassem no resumo os instrumentos de avaliação utilizados nos estudos. Foram analisados 6 dos 38 instrumentos identificados nos 253 artigos selecionados para análise. Os instrumentos mais citados foram: 1) Childhood Trauma Questionnaire, 2) Childhood Experience of Care and Abuse, 3) Adverse Childhood Experiences Questionnaire, 4) Child Abuse and Trauma Scale, 5) Early Trauma Inventory Self Report e 6) Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. Os instrumentos descritos diferiram quanto às propriedades psicométricas, à idade para aplicação e à quantidade de Experiências Adversas na Infância avaliadas. Predominaram estudos publicados em periódicos internacionais na língua inglesa. Três instrumentos apresentam versão em português vigente no Brasil, sendo que um deles considera somente a avaliação de aspectos específicos de Experiências Adversas na Infância, enquanto que os outros dois avaliam, também, outras experiências traumáticas.

PALAVRAS-CHAVE Inquéritos e questionários. Acontecimentos que mudam a vida. Adultos sobreviventes a eventos adversos na infância. Maus-tratos infantis.

ABSTRACT *This study aimed to identify and describe the most frequently used instruments in epidemiological research to assess Adverse Childhood Experiences, in the past ten years. This is an integrative literature review, whose inclusion criteria were: full text articles in English, Spanish and Portuguese, published and indexed in the Medline and Lilacs databases, which cited in the summary the assessment instruments used in the studies. Six of the 38 instruments identified in the 253 articles selected for analysis were analyzed. The most cited instruments were: 1) Childhood Trauma Questionnaire, 2) Childhood Experience of Care and Abuse, 3) Adverse Childhood Experiences Questionnaire, 4) Child Abuse and Trauma Scale, 5) Early Trauma Inventory Self Report and 6) Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. The instruments described differed in terms of psychometric properties, age for application and number of Adverse Childhood Experiences assessed. Studies published in international journals in the English language predominated. Three instruments have a Brazilian Portuguese version, one of which only considers the assessment of specific aspects of Adverse Childhood Experiences, while the other two also evaluates other traumatic experiences.*

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) - Vitória (ES), Brasil.
flaviagarciapereira1@gmail.com

KEYWORDS *Surveys and questionnaires. Adverse childhood experiences. Adult survivors of childhood trauma. Child maltreatment.*



Introdução

A exposição a Experiências Adversas na Infância (EAI) tem sido frequentemente documentada em diversos países¹⁻⁶ e em todos os contextos geopolíticos e sociodemográficos⁷.

As EAI são definidas como quaisquer tipos de perpetrções de violência ou atos de omissão dirigidos à criança, além de um conjunto de situações que podem tornar disfuncional o ambiente familiar⁸. A partir do estudo Adverse Childhood Experiences (ACE), as EAI foram agrupadas em cinco tipos de violência envolvendo diretamente a criança (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência física e negligência emocional) e cinco tipos relacionadas ao ambiente familiar disfuncional (uso/abuso de álcool e drogas, doença mental ou suicídio, violência, atividades criminais e separação ou divórcio parental), ocorrendo no contexto domiciliar da criança durante o seu desenvolvimento^{9,10}.

As EAI podem ocasionar danos emocionais, lesões agudas com risco aumentado de morte imediata e incapacitação, e têm se mostrado significativamente associadas tanto à ocorrência de agravos à saúde física e mental na vida adulta quanto ao envolvimento de comportamentos de risco na adolescência^{2,8,9}. Esta associação pode ser compreendida pela maior vulnerabilidade emocional durante a infância, quando a exposição a experiências adversas pode comprometer o equilíbrio necessário para o desenvolvimento saudável⁸, pois o estresse precoce e contínuo associado a tais eventos é capaz de alterar a função do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal^{11,12}. Embora respostas agudas deste eixo ao estresse sejam geralmente adaptativas, as respostas excessivas em conjunto com os genes de suscetibilidade para doenças podem levar a efeitos deletérios, a longo prazo¹¹.

Nessa perspectiva, a exposição às EAI tem consolidado o importante papel da própria infância no desenvolvimento humano, considerando as vivências pessoais como contínuas e cumulativas, resultantes de interações internas e externas, passadas e presentes¹³.

A partir da década de 1990, esse tema passou a despertar maior interesse entre pesquisadores, profissionais de saúde pública e defensores dos direitos humanos, visando à prevenção de maus-tratos infantis^{9,10}, uma vez que o estudo ACE, além de demonstrar que os indivíduos com histórico de exposição a EAI apresentaram maior risco de doença coronariana, diabetes, câncer, acidente vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outros males, na vida adulta⁹. Também evidenciou que a multimorbidade é mais frequente, a capacitação ocupacional é pior e a expectativa de vida é menor¹⁴⁻¹⁶.

Dado o impacto individual que as EAI podem imprimir ao longo da vida e os custos sociais envolvendo a sobrecarga dos sistemas de saúde e a perda de produtividade, tornou-se necessário o desenvolvimento de métodos adequados de avaliação para estudar os eventos adversos ocorridos na infância. Alguns instrumentos foram propostos nas últimas três décadas, inicialmente, com restrições quanto ao número de EAI avaliadas (apenas um ou dois tipos, como o abuso físico ou sexual)^{17,18}, além de haver poucos estudos subsequentes avaliando suas propriedades psicométricas. Instrumentos com tais características dificultam a avaliação, tanto do efeito isolado de cada tipo de experiência quanto do efeito conjunto de múltiplos tipos de EAI¹⁹. Aos poucos, foram desenvolvidos novos instrumentos, incorporando outros tipos de EAI, sendo conduzidas avaliações sistemáticas de validade e confiabilidade. Assim, foram produzidas aproximações mais consistentes da realidade progressa¹⁹. No entanto, com o aumento da disponibilidade de novas alternativas de avaliação, que pudessem ser mais adequadas a cada contexto estudado, o uso de instrumentos diferentes passou a dificultar as comparações entre países diversos e entre períodos diferentes da mesma população, ainda que abarcassem os mesmos construtos teóricos.

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com o Centro de Controle de Doenças (CDC), elaborou o

Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ), com o intuito de produzir um instrumento padronizado para avaliação e vigilância das EAI, mundialmente, possibilitando comparações transnacionais e embasando a formulação de programas e políticas de prevenção^{20,21}.

Tendo em vista a crescente necessidade de estudar a exposição a EAI e a diversidade de instrumentos disponíveis para este fim, o objetivo do presente artigo foi identificar e descrever, através de uma revisão da literatura, os instrumentos mais utilizados na avaliação das EAI em investigações epidemiológicas realizadas nos últimos dez anos, desde a publicação do ACE-IQ.

Metodologia

A questão norteadora para a condução desta revisão foi assim definida: ‘Diante da preocupação mundial acerca das possíveis consequências que as EAI podem acarretar na vida adulta, quais são os instrumentos de avaliação que têm sido mais utilizados nas pesquisas epidemiológicas realizadas nos últimos dez anos, sobre essa temática?’. Assim, este estudo se deu em duas etapas complementares: a busca sistemática de artigos publicados em periódicos indexados e a análise dos instrumentos mais frequentemente utilizados nesses estudos.

O levantamento e a análise dos artigos que compõem esta revisão da literatura foram executados no período de maio a dezembro de 2019.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão para a seleção de artigos todos aqueles que citassem no corpo do resumo os instrumentos utilizados para a avaliação das EAI; estivessem disponíveis em modo texto completo em português, inglês ou espanhol; e tivessem sido publicados nos últimos dez anos. Além disso, foram incluídos todos os artigos que utilizaram o ACE-IQ proposto pela OMS, considerando a relevância da tentativa de padronização de um instrumento abrangente, desenvolvido para ser utilizado em diferentes populações e culturas.

O Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs) e a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) foram as bases de dados utilizadas para a busca dos artigos científicos. Nessa etapa, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) combinados com operadores booleanos: “child neglect” OR “life change events” OR “child abuse, adult survivors” OR “adult survivors of child abuse” OR “adult survivors of childhood trauma” OR “adult survivors, child abuse AND questionnaire”. Em seguida, para um refinamento da busca, a seleção foi delimitada aos artigos que apresentavam as palavras “child” OR “childhood” no título.

Foi, então, realizada a análise crítica dos artigos identificados através da leitura dos resumos, e foram excluídos aqueles que não preencheram os critérios de inclusão, bem como artigos duplicados, além de revisões bibliográficas, dissertações, teses, pôsteres e estudos indisponíveis. Também foram excluídos instrumentos que não avaliavam as EAI vivenciadas pelo próprio entrevistado durante a sua infância, ou aqueles que foram preenchidos por pais ou responsáveis, professores e profissionais de saúde ou da justiça.

Os instrumentos que apareceram em quatro ou mais estudos foram analisados e descritos quanto às suas características, incluindo métodos de aplicação, idade mínima, abrangência de categorias e número de EAI avaliadas, escores globais, pontos de corte preconizados e propriedades psicométricas, desde que disponíveis na literatura geral. Para essa descrição, foi necessária uma busca complementar acerca das características dos instrumentos avaliados, guiada pelas referências bibliográficas contidas nos artigos incluídos nesta revisão.

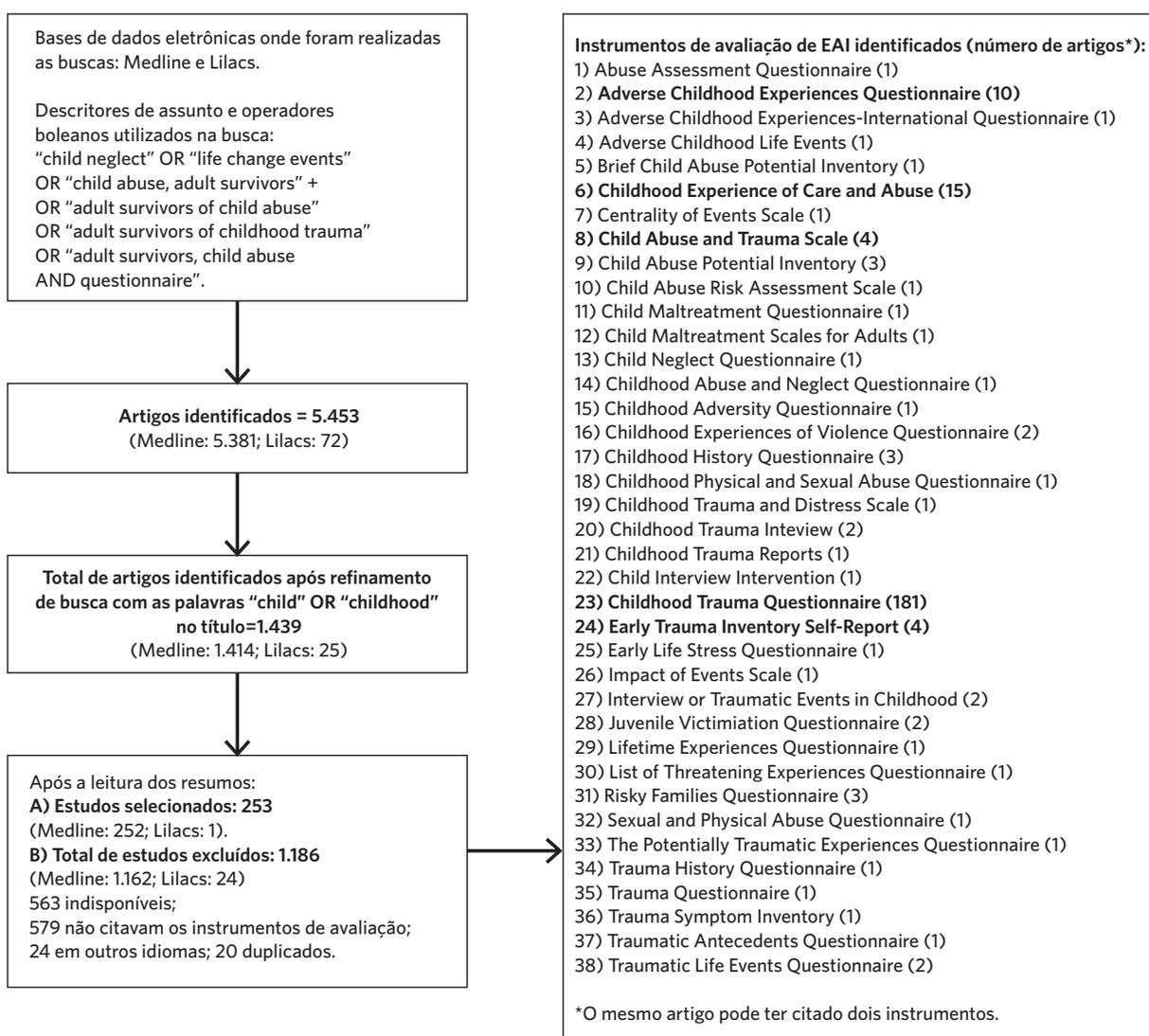
Resultados e discussão

Foram encontrados 5.453 artigos, sendo 5.381 na base de dados Medline, e 72 no Lilacs. Após o refinamento da busca pelas palavras “child” OR

“childhood” presentes no título, foram identificados 1.414 artigos na Medline e 25 no Lilacs, além de outros 19 estudos que utilizaram o ACE-IQ. Dentre os 1.439 artigos identificados nas bases de dados, foram excluídos: 563 indisponíveis; 579 que não se enquadravam na temática e/ou não indicavam, no resumo, os instrumentos de avaliação de EAI utilizados; 24 em outros idiomas (alemão – 13; chinês – 7; francês – 2; húngaro – 1;

e japonês – 1); e 20 duplicados. Foram, então, selecionados 253 artigos, sendo 252 na Medline e 1 no Lilacs, e avaliados através da leitura dos resumos e métodos, para identificação e descrição dos instrumentos de avaliação de EAI. O fluxograma do processo de busca, seleção e exclusão de artigos é apresentado na *figura 1*. Foram identificados 38 instrumentos utilizados na avaliação de EAI.

Figura 1. Protocolo de busca e resultado da revisão integrativa



Fonte: Elaboração própria.

Os instrumentos que apareceram em quatro ou mais estudos foram avaliados e descritos no quadro 1: 1) Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-1994); 2) Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q-1994); 3) Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE questionnaire-1998); 4) Child Abuse and Trauma Scale (CATS-1995); 5) Early Trauma Inventory Self-Report (ETISF-2000); e 6) Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ-2009).

O CTQ foi o instrumento mais utilizado entre os artigos avaliados (181), conduzidos, em sua maioria, nos Estados Unidos e na Inglaterra, e publicados entre 2009 e 2017. Foi desenvolvido em 1994, com a proposição de 70 itens de avaliação^{17,19}. Posteriormente, uma versão com 28 itens foi produzida, mantendo as mesmas propriedades psicométricas da versão original, com o objetivo de torná-lo uma ferramenta de aplicação mais rápida, com duração de aproximadamente cinco minutos¹⁹. As propriedades psicométricas do CTQ foram avaliadas através de sete amostras populacionais. A média da consistência interna, avaliada através do Alpha de Cronbach, obteve o valor mais alto para a variável de abuso sexual (0,92) e o mais baixo para a negligência física (0,66). Em uma avaliação da confiabilidade por meio de teste-reteste, entre adultos usuários de substâncias psicoativas, o coeficiente intraclass variou de 0,79 a 0,81, para negligência física e abuso sexual, respectivamente¹⁷. A versão original do CTQ demonstrou alta validade de construto, com índices de sensibilidade e especificidade próximos a 0,80, em um estudo com 190 adolescentes com transtornos psiquiátricos¹⁷. O CTQ avalia cinco categorias de EAI (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência física e negligência emocional) e tem sido utilizado em pesquisas clínicas e forenses²². Uma versão em português vigente no Brasil, denominada Questionário Sobre Traumas na Infância (Quesi), foi adaptada por Grassi-Oliveira^{23,24}.

O CECA.Q é resultante do CECA *interview*²⁵. Foi utilizado em 15 estudos conduzidos

em países da Europa, publicados entre 2009 e 2016. O instrumento avalia: 1) Cuidados parentais: antipatia e negligência; 2) Abuso físico; 3) Abuso sexual; e 4) Experiências sexuais. Apresenta confiabilidade (teste-reteste) variando de 0,5 a 0,84²⁶.

O ACE questionnaire foi o terceiro instrumento mais usado (dez artigos) entre os que foram avaliados nesta revisão, publicados entre 2010 e 2016, e, em sua maioria, conduzidos nos Estados Unidos. O instrumento está contido no Family Health History, que é um questionário mais amplo e apresenta outras variáveis, destinado a investigar a saúde geral da população americana²⁷. O ACE questionnaire, desenvolvido para utilização no estudo sobre EAI, também conhecido como ACE *study*⁹, foi realizado em San Diego (EUA), no período de 1995 a 1997. Considerado como uma das mais robustas investigações acerca da exposição a situações de abuso e negligência, na infância, e seu impacto na saúde e no bem-estar, na vida adulta, seus resultados têm incentivado pesquisas em diferentes países e influenciado políticas públicas mundialmente^{9,10}. Elaborado com base em outros instrumentos, como a Conflicts Tactics Scale e a National Health Interview Survey⁹, o ACE questionnaire apresenta possibilidade de avaliação de dez EAI de ocorrência no âmbito domiciliar, mensurando a violência direta contra a criança ou a exposição a adversidades advindas de disfunção familiar: 1) Abuso psicológico; 2) Abuso físico; 3) Abuso sexual; 4) Uso/abuso de álcool e drogas; 5) Doença mental ou suicídio; 6) Violência contra a mãe; 7) Envolvimento com atividades criminais; 8) Divórcio ou separação parental; 9) Negligência física; e 10) Negligência emocional⁹. O instrumento já foi adaptado para o português vigente em Portugal, recebendo o nome de Questionário da História de Adversidade na Infância²⁸.

O Child Abuse and Trauma Scale (CATS, Sanders and Becker-Lausen, 1995) foi usado em quatro artigos, todos realizados no Japão e publicados entre 2014 e 2016. O instrumento apresenta propriedades psicométricas

consideradas como de nível satisfatório a excelente (Alpha de Cronbach de 0,63-0,90; teste-reteste r 0,71-0,91)²⁹. O instrumento foi projetado para ser usado em um contexto de pesquisa epidemiológica, particularmente na avaliação de medidas em grupos populacionais, mas também pode ser útil, na avaliação clínica, como um instrumento de triagem²⁹.

O Early Trauma Inventory Self-Report (ETISF-2000) é uma entrevista semiestruturada, com 52 itens agrupados em quatro domínios: abuso físico, sexual, emocional e experiências traumáticas gerais. Foi utilizado em quatro estudos de língua inglesa publicados entre 2011 e 2014. O ETISF deve ser aplicado por profissionais de saúde com experiência em atendimento a vítimas de violência ou por pessoas supervisionadas por um especialista da área^{30,31}. Apresenta uma versão em português adaptada por Mello et al.³¹.

O Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) foi citado em 20 artigos, majoritariamente na Ásia e na África, publicados entre 2014 e 2019. Foi elaborado com base em outros dois instrumentos: o ACE questionnaire e o módulo Adverse Childhood Experiences, do Behavioral Risk Factor Surveillance System (módulo ACE BRFSS)³², apresentando 13 categorias de EAI: 1) Abuso sexual; 2) Abuso emocional; 3) Abuso físico; 4) Negligência emocional; 5) Negligência física; 6) Violência familiar; 7) Uso de álcool e drogas; 8) Doença mental ou suicídio; 9) Envolvimento em atividades criminais; 10) Separação ou divórcio parental; 11) Violência comunitária; 12) Violência coletiva; e 13) *Bullying* (OMS, 2011). O ACE-IQ é um instrumento relativamente novo e está em processo de adaptação transcultural em alguns países²¹. Apresenta uma versão em português-brasileiro, adaptada por Pereira e Viana³³ e disponibilizada no site da OMS³⁴.

Com exceção do CTQ, que pode ser aplicado a partir dos 12 anos de idade, e do CECA.Q, que tem foco na avaliação de eventos traumáticos antes dos 17 anos, os demais instrumentos analisados foram desenvolvidos para aplicação em

adultos (≥ 18 anos), avaliando eventos adversos ocorridos nos primeiros 18 anos de vida. O ideal seria verificar a exposição a EAI o mais cedo possível, durante a infância, para estancar a violência e reduzir danos. A identificação de maus-tratos a menores de idade resulta em notificação compulsória na maioria dos países, devendo haver garantia de acesso a serviços de tratamento e medidas de proteção à criança e ao adolescente, que, via de regra, não estão no escopo da pesquisa epidemiológica e nem podem ficar sob a responsabilidade dos pesquisadores envolvidos²⁰. Além disso, a notificação compulsória de violência e maus-tratos vigentes, rompendo o sigilo e o anonimato, tenderia a reduzir a busca por serviços de atenção, a adesão à avaliação e/ou a comprometer a fidedignidade das informações coletadas. Por estas razões, os instrumentos visam à investigação de histórico pregresso de exposição a adversidades na infância em indivíduos adultos. A identificação de maus-tratos infantis em andamento, bem como a implementação de medidas judiciais cabíveis e intervenções clínicas e psicológicas apropriadas devem ocorrer em outros âmbitos, que não os da pesquisa epidemiológica e clínica.

Quanto à forma de aplicação dos instrumentos descritos nesta revisão, três são autoaplicáveis (CTQ, CECA.Q, CATS), um deve ser aplicado através de entrevistas com um especialista na área (ETISF), um através de entrevistas face a face (ACE questionnaire) e o ACE-IQ pode ser autoaplicado ou administrado através de entrevistas face a face.

Quanto ao número de EAI avaliadas, os instrumentos variaram entre 4 e 13 tipos. O ACE-IQ é, entre os seis instrumentos analisados, o único que avalia situações adversas fora do âmbito domiciliar, como violência coletiva, violência comunitária e *bullying*. Outras classificações de EAI podem ser encontradas, de acordo com o interesse dos estudos, como é o caso do World Mental Health Surveys Consortium (WMH), que incluiu a adversidade econômica familiar à ocorrência de doenças físicas potencialmente letais na infância³⁵.

As definições e classificações de agressão à criança, assim como o entendimento sobre maus-tratos infantis, sofreram alterações ao longo da história, especialmente em relação ao papel educativo da punição física. A princípio, o termo ‘maus-tratos infantis’ atrelado à ocorrência de agressões físicas foi cedendo lugar ao termo ‘abuso infantil’ (1965), por compreender outras circunstâncias de aspectos familiares, econômicos e psicológicos, e, mais recentemente (na década de 1990), foi adotado o termo ‘experiências adversas na infância’^{9,36}.

Os instrumentos estão organizados com questões de respostas tipo Likert ou mescladas, Likert e dicotômicas.

As informações sobre características psicométricas e escores globais estão detalhadas no quadro 1.

A escolha de um instrumento adequado, seja para utilização em pesquisas epidemiológicas ou para avaliações clínicas, deve ponderar sobre os custos e benefícios decorrentes de sua aplicação, tendo em vista a população-alvo da pesquisa. É importante escolher um instrumento que permita atingir o objetivo do estudo, identificar se o método de aplicação é adequado à população a ser estudada e conseguir interpretar os resultados e as limitações do próprio instrumento, de forma a evitar erros sistemáticos advindos de fatores que interferem nas medidas avaliadas. A quantidade de itens, o tempo de aplicação e a necessidade de treinamento especializado (ex.: ETISF) também podem influenciar diretamente na escolha ou rejeição de um instrumento³⁷. Além disto, alguns deles necessitam de autorização para a sua utilização, envolvendo custos adicionais, como é o caso do CTQ¹⁷. Apesar dessa exigência, o CTQ foi o instrumento mais citado nesta revisão. Ele apresenta a menor quantidade de itens, necessitando menor tempo para a sua aplicação, tem boas características psicométricas e abrange as EAI documentadas com maior impacto na saúde durante a infância e na vida adulta³⁸, além de ser o instrumento mais antigo entre os descritos neste estudo.

Outro aspecto fundamental é a existência de informações psicométricas do instrumento.

Aqueles que já apresentam boa confiabilidade e validade, e que são satisfatórios em seus construtos, devem ser preferidos, ao invés de ser considerada a construção de um novo método de avaliação³⁹. Mesmo que o instrumento escolhido apresente propriedades psicométricas satisfatórias, uma simples tradução – visto que a maioria dos instrumentos está em língua inglesa – é inapropriada e insuficiente para que ele possa ser usado³⁷. Nesta perspectiva, uma adaptação transcultural deve ser implementada, para analisar questões referentes à linguagem, ao contexto cultural e ao estilo de vida da população-alvo, com o intuito de garantir equivalência conceitual e de itens, além de equivalência semântica, operacional e de mensuração entre o instrumento original e o adaptado^{40,41}.

A variedade de instrumentos identificados nesta revisão (38) pode evidenciar a dificuldade de comparar as avaliações acerca das EAI entre países e justificar a necessidade de um instrumento padronizado, como é proposto pela OMS, através do ACE-IQ. A utilização do ACE-IQ tem como objetivo documentar e tornar comparáveis as ocorrências de eventos adversos mundialmente para, assim, melhor embasar decisões nas condutas administrativas, desdobradas em políticas públicas de enfrentamento e prevenção da violência²⁰. Desta forma, o ACE-IQ apresenta-se como uma ferramenta sistemática para a coleta de dados e contém alguns requisitos exibidos em relatório pela OMS, tais como: boa acessibilidade (ser considerado como de fácil entendimento para a maior parte dos entrevistados – 85%); baixa taxa de não resposta (20%); maior abrangência de avaliação das EAI; e tempo de duração da entrevista relativamente curto, de 20 a 30 minutos^{20,21}. O tempo de administração deve ser sempre considerado, quando se trata de um instrumento que será incluído em pesquisas de saúde mais amplas, uma vez que o principal objetivo na investigação das EAI é demonstrar suas associações com comportamentos de risco e/ou o desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta^{20,21,42}.

É possível que outros instrumentos estejam disponíveis na literatura, mas que não tenham sido apresentados neste artigo, por não terem se enquadrado nos critérios de busca. Além disto, este estudo apresenta como limitação

a não inclusão dos módulos de avaliação de EAI contidos em grandes inquéritos populacionais, que geralmente incluem itens isolados de instrumentos já existentes.

Quadro 1. Características dos instrumentos de avaliação de EAI mais utilizados, identificados na revisão integrativa

Instrumento, autores e ano de elaboração	Países de publicação, referências mais recentes	Número de questões e categorias de EAI	Caracterização
1) <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (CTQ) Bernstein DP, et al., 1994 (original - 70 itens). Bernstein DP, Fink, L, 1998 (28 itens). Apresenta uma versão em Português (Brasil) adaptada por Grassi-Oliveira, R; Stein LM; Pezzi, JC, 2006. Questionário sobre traumas na infância (Quesi).	Estados Unidos (65); Inglaterra (63); Irlanda (22); Holanda (15); Alemanha (4); Brasil (4); Austrália (3); Suíça (3); Áustria (2). Vicent J, et al., 2017. Schwaninger PV, et al., 2017. Utzinger LM, et al., 2016. Vares EA, et al., 2016.	28 itens categorizados em: 1) Abuso físico (5 itens); 2) Abuso emocional (5 itens); 3) Abuso sexual (5 itens); 4) Negligência física (5 itens); 5) Negligência emocional (5 itens). Apresenta três itens reversos.	Ferramenta de triagem, autoaplicável. Avalia a ocorrência de um ou mais eventos traumáticos antes dos 10 anos. Desenvolvido para ser aplicado em adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos. Cada item é avaliado de acordo com escala Likert de 5 pontos (1=nunca; 2=poucas vezes; 3=às vezes; 4=muitas vezes; 5=sempre). Cada categoria de adversidade é composta por cinco assertivas, com escores variando de 5 a 25. EAI são classificadas em: nenhuma, leve, moderada ou grave, de acordo com a pontuação. Alpha de Chronbach entre 0,60 e 0,96. Correlação teste-reteste: Correlações de Pearson entre 0,79 e 0,86, em todas as subescalas (Bernstein DP, et al., 1994).
2) <i>Childhood Experience of Care and Abuse</i> (CECA.Q) Oriundo do CECA <i>interview</i> (Bifulco A, et al., 1994).	Estados Unidos (5); Holanda (5); Inglaterra (2); Alemanha (1); Brasil (1); Irlanda (1). Infurna MR, et al., 2015. Trauelsen AM, et al., 2015. Gayer-Anderson C, et al., 2015. Thelertis C, et al., 2014.	32 itens categorizados em: 1) Cuidados parentais: antipatia e negligência (16 itens); 2) Abuso físico (5 itens); 3) Abuso sexual (3 itens); 4) Experiências sexuais (8 itens).	Autoaplicável. Avalia a ocorrência de um ou mais eventos traumáticos antes dos 17 anos. Os itens são avaliados em escala Likert (sim/definitivamente=5 ou 4; incerto=3; não/de jeito nenhum=2 ou 1) ou questões dicotômicas (sim=1; não=0). Outros tipos de itens. Consistência interna: Alpha de Chronbach=0,81 para avaliação de antipatia; Alpha de Cronbach=0,80 para a avaliação de negligência. Confiabilidade (teste-reteste): r=0,84 negligência materna; r=0,5 negligência paterna; r=0,74 antipatia materna; r=0,71 antipatia paterna; r=0,52 abuso físico provocado pela mãe; r=0,51 abuso físico provocado pelo pai; r=0,70 para os itens de triagem de abuso sexual; e r=0,61 para os itens de gravidade sobre abuso sexual (Bifulco A, et al., 2005).
3) <i>Adverse Childhood Experiences Questionnaire</i> (ACE <i>questionnaire</i>) Felliti VJ, et al., 1998. Apresenta uma versão portuguesa (Portugal) adaptada por Silva e Maia, 2006. Questionário da História de Adversidade na Infância.	Estados Unidos (6); Inglaterra (3); Alemanha (1). Glowa, PT; Olson, AL; Johnson, DJ, 2016. Jião-Mei, X; Wen, G; Feng-Lin, 2016. Liu, Z, et al., 2016. Skjothaug T, et al., 2015.	32 itens categorizados em: 1) Abuso psicológico (3 itens); 2) Abuso físico (4 itens); 3) Abuso sexual (4 itens); 4) Uso/abuso de álcool e drogas (3 itens); 5) Doença mental ou suicídio (2 itens); 6) Violência contra a mãe (4 itens); 7) Envolvimento com atividades criminais (1 item); 8) Divórcio ou separação parental (1 item); 9) Negligência física (5 itens); 10) Negligência emocional (5 itens).	Avalia a ocorrência de um ou mais eventos traumáticos antes dos 18 anos (autorrelato). Os itens são avaliados em escala Likert de 0 a 4 (0=nunca; 1=uma vez, 2=duas vezes; 3=frequentemente; 4=muitíssimas vezes) e em questões dicotômicas (sim=1 ou não=0). Escore de 0 a 10 pontos. Teste-reteste: Coeficiente Kappa para abuso emocional=0,66; abuso físico=0,55; abuso sexual=0,69; uso/abuso de substâncias=0,75; violência interpessoal=0,77 (Dube SR, et al., 2004; Ritacco G; Suffla L, 2012).

Quadro 1. (cont.)

Instrumento, autores e ano de elaboração	Países de publicação, referências mais recentes	Número de questões e categorias de EAI	Caracterização
4) <i>Child Abuse and Trauma Scale (CATS)</i> Sanders B, Lausen EB, 1995.	Japão (4). Toda H, et al., 2016. Hayashi Y, et al., 2015. Nakai Y, et al., 2015. Nakai Y, et al., 2014.	38 itens categorizados em: 1) Negligência/ambiente familiar (16 itens); 2) Abuso sexual (6 itens); 3) Punição (5 itens); 4) Abuso emocional (6 itens); 5) Questões reversas (5 itens).	Autoaplicável. Avalia a ocorrência de um ou mais eventos traumáticos (não menciona o limite da idade; o instrumento inclui o termo "criança ou adolescente" no cabeçalho e nos itens; apenas um item relativo a abuso sexual considera idade inferior a 14 anos). Os itens são avaliados em escala Likert de 0 a 4 (0=nunca; 1=raramente; 2=às vezes; 3=frequentemente; 4=sempre). Escore: as pontuações totais na medida são divididas pelo número de itens para produzir uma pontuação média. Uma pontuação maior significa maiores níveis de maus-tratos; alguns itens são codificados inversamente. Consistência interna: alpha=0,63 a 0,90; Confiabilidade (teste-reteste): r=0,71 a 0,91 (Sanders B, Lausen EB, 1995).
5) <i>Early Trauma Inventory Self-Report (ETISF)</i> Bremner JD, et al., 2000. Apresenta uma versão em português brasileiro adaptada por Mello et al. (2010).	Inglaterra (2); Irlanda (1); Estados Unidos (1). Plaza A, et al., 2014. Plaza A, et al., 2012. Jeon HJ, et al., 2012. Powers AD, et al., 2011.	52 itens. Apresenta quatro domínios: 1) Abuso físico (9 itens); 2) Abuso sexual (11 itens); 3) Abuso emocional (8 itens); 4) Experiências traumáticas gerais (24 itens).	Avalia a ocorrência de um ou mais eventos traumáticos antes dos 18 anos. Desenvolvido para entrevistas realizadas por um clínico. Os itens são avaliados de forma dicotômica (sim; não). Coeficiente de correlação teste-reteste de 0,91 (df=9; p<0,001), índice de correlação intraclassa entre avaliadores de 0,99 (F=157,44; df=10,11; p<0,0001) e 0,95 de consistência interna (Bremner JD, et al., 2000).
6) <i>Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)</i> OMS, 2009. OMS, 2011. Apresenta uma versão em português brasileiro adaptada por Pereira e Viana, 2020. Experiências Adversas na Infância - Questionário Internacional (EAI-QI).	China (1). Tran QA, et al., 2015. Adicionados à revisão: Arábia Saudita (5); Tunísia (3); Bagdá (2); China (2); Malawi (1); Holanda (1); Quênia (1); Líbano (1); África do Sul (1); Nigéria (1); Coréia do Sul (1).	43 itens. Destes, 28 itens categorizam 13 EAI: 1) Abuso emocional (2 itens); 2) Abuso físico (2 itens); 3) Abuso sexual (4 itens); 4) Violência familiar (3 itens); 5) Uso/abuso de álcool e drogas (1 item); 6) Doença mental ou suicídio (1 item); 7) Envolvimento com atividades criminais (1 item); 8) Separação/divórcio parental, morte dos pais (2 itens); 9) Negligência física (3 itens); 10) Negligência emocional (2 itens); 11) <i>Bullying</i> (1 item); 12) Violência comunitária (3 itens); 13) Violência coletiva (4 itens).	Autoaplicável ou entrevistas face a face. Avalia a ocorrência de um ou mais eventos traumáticos antes dos 18 anos. Os itens sobre EAI estão divididos em escala Likert de 0 a 3 (0=nunca; 1=uma vez; 2=poucas vezes; 3= muitas vezes) e itens dicotômicos (sim=1; não=0). Escore de 0 a 13. Coeficiente Alpha de Chronbach para casamento, relacionamento com os pais/responsáveis, ambiente familiar, violência entre pares, testemunho de violência comunitária e exposição à guerra/violência coletiva=0,65; 0,71; 0,72; 0,69; 0,81; e 0,79, respectivamente. (Kazeem OT, 2015).

Fonte: Elaboração própria.

Considerações finais

O propósito deste estudo foi identificar os instrumentos frequentemente utilizados na avaliação de EAI, nos últimos dez anos, produzindo um material abrangente, disponível para sua utilização em estudos brasileiros ou de outros países de língua portuguesa. Estes achados podem ser complementados por revisões anteriores, que incluem outros tipos de instrumentos de avaliação das EAI, como é o caso da revisão sistemática publicada em 2004, abarcando estudos divulgados entre 1985 e 2003⁴³, ou outras subseqüentes^{44,45}.

Esta revisão da literatura resultou na identificação de uma variedade de instrumentos utilizados para uma avaliação sistemática das EAI. Entre os 38 encontrados, o Childhood Trauma Questionnaire foi o mais utilizado nas pesquisas epidemiológicas. Apenas três dos instrumentos avaliados apresentam versões em português vigente no Brasil: o Childhood Trauma Questionnaire, o Early Trauma Inventory Self Report e o Adverse Childhood Experiences-International Questionnaire.

A variedade de instrumentos encontrados e a análise dos que foram frequentemente utilizados evidenciam as discrepâncias nos métodos de avaliação das diferentes categorias

de EAI, dificultando a comparabilidade entre estudos e a identificação acurada das estimativas de prevalência das EAI nas populações.

Tendo em vista o impacto que as EAI podem causar ao longo da vida, tanto no desenvolvimento de doenças crônicas quanto no engajamento em comportamentos de risco, e todas as possíveis consequências da exposição a elas na procura por atendimento médico adequado, o conhecimento prévio dos instrumentos de avaliação das EAI pode auxiliar na escolha mais adequada dos instrumentos disponíveis. Pode, ainda, ajudar na decisão de desenvolver um novo instrumento, caso nenhum dos existentes seja suficientemente específico e sensível ao propósito da avaliação em um contexto cultural diferente, no qual se pretenda realizar novas pesquisas ou empreender um processo de adaptação transcultural, quando um instrumento já desenvolvido é adequado ao que se propõe, mas ainda não está disponível.

Colaboradoras

Pereira FG (0000-0003-0197-511X)* e Viana MC (0000-0002-0464-4845)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Pinto VCP, Alves JFC, Maia AC. Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. *Estud. Psicol.* 2015; 32(4):617-625.
2. Almunef M, Hollinshed D, Saleheen H, et al. Adverse childhood experiences and association with health, mental health, and risky behavior in the kingdom of Saudi Arabia. *Child Abuse Negl.* 2016; 60:10-17.
3. Campbell JA, Walker RJ, Egede LE. Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *Am J Prev Med.* 2016; 50(3):344-352.
4. Musa S, Peek-Asa C, Jovanovic N, et al. Association of adverse childhood experiences and health risk behaviors among Young adults visiting a regional primary healthcare center, Federation of Bosnia and Herzegovina. *Plos One.* 2018 [acesso em 2020 mar 10]; 13(3):1-14. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194439>.
5. Naal H, El Jalkh T, Haddad R. Adverse childhood experiences in substance use disorder outpatients of a Lebanese addiction center. *Psychol Health Med.* 2018; 23(9):1137-44.
6. Viana MC, Lim CCW, Pereira FG, et al. Previous Mental Disorders and Subsequent Onset of Chronic Back or Neck Pain: Findings From 19 Countries. *J Pain.* 2018; 19(1):99-110.
7. Almunef M, Qayad M, Aleissa M, et al. Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: a pilot study. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(11):1787-93.
8. Clemons JC, DiLillo D, Martinez IG, et al. Co-occurring forms of child maltreatment and adjustment reported by Latina college students. *Child Abuse Negl.* 2003; 27(7):751-67.
9. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998; 14(4):245-58.
10. Felitti VJ, Anda R. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C. *The impact of early trauma on health and disease: the hidden epidemic.* Reino Unido: Cambridge University Press; 2010. p. 77-87.
11. Mello FM, Faria AA, Mello AF, et al. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2009; 31(suplIII):S41-8.
12. Silva S, Maia AC. Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Rev. psiquiatr.* 2010; 32(3):69-72.
13. Alves J, Maia A. Experiências adversas durante a infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas. *Psicol. Saúde doença.* 2010; 11(1):151-171.
14. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, et al. Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *J. Public Health (Oxf).* 2015; 37(3):445-54.
15. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med.* 2009; 37(5):389-96.
16. Metzler M, Merrick MT, Klevens J, et al. Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Child. Youth Serv. Rev.* 2017; (72)141-149.
17. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8):1132-6.

18. Montecinos REM, Añasco RC. Relación de las experiencias sexuales infanto-juveniles com la confianza diádica y el temor a la intimidad, em estudiantes universitarios. *Ter Psicol.* 2008 [acesso em 2020 mar 10]; 26(2):229-239. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v26n2/art09.pdf>.
19. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, et al. Development and validation of a brief screening version of Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2003; 27:169-190.
20. World Health Organization. Addressing adverse childhood experiences to improve public health: expert consultation. 2009. [acesso em 2020 mar 10]. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network/en/.
21. World Health Organization. Adverse childhood experiences international questionnaire. Pilot study review and finalization meeting. 2011 [acesso em 2020 mar 10]. Disponível em https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network/en/.
22. Bernstein D, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report*. San Antonio: The Psychological Corporation; 1998.
23. Brodski SK, Zanon C, Hutz CS. Adaptação e validação do questionário sobre traumas na infância (QUESTI) para uma amostra não-clínica. *Aval. Psicol.* 2010; 9(3):499-501.
24. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Públ.* 2006; 40(2):249-55.
25. Bifulco A, Brown GW, Harris TO. Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): a retrospective interview measure. *J Child Psychol Psychiatry.* 1994; 35(8):1419-35.
26. Bifulco A, Bernazzani O, Moran PM. The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): validation in a community series. *Br J Clin Psychol.* 2005; 44(Pt4):563-81.
27. Centers for Disease Control and Prevention. Violence Prevention. [acesso em 2020 mar 10]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html>.
28. Silva S, Maia A. Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire. In: Noronha A, Machado C, Almeida L, et al., coordenadores. *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios; 2008.
29. Sanders B, Becker-Lausen E. The measurement of psychological maltreatment: early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse Negl.* 1995; 19:315-23.
30. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depress Anxiety.* 2000; 12(1):1-12.
31. Mello MF, Schoedl AF, Cadrobbi M, et al. Adaptação transcultural e consistência interna do Early Trauma Inventory (ETI). *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(4):713-724.
32. Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System. [acesso em 2020 mar 10]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/index.htm>.
33. Pereira FG, Viana MC. Adaptação transcultural do Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire. *Rev Saúde Públ.* No prelo, 2021.
34. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [acesso em 2021 jan 29]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq)).

35. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2010; 197(5):378-85.
36. Oliveira RV, Pais LG. A origem dos maus-tratos: revisão sobre a evolução histórica das percepções de criança e maus-tratos. 2014 [acesso em 2020 mar 10]; 3(1):36-49. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3135/1/PCH_2014_3%281%29_36.pdf.
37. Gorenstein C, Wang Y-P. Fundamentos de mensuração em saúde mental. In: Gorenstein C, Wang Y-P, Hungerbühler I, organizadores. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2016.
38. Dong M, Anda RF, Dube SR, et al. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(6):625-39.
39. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4):665-73.
40. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46(12):1417-32.
41. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reported measures. *Spine* 2000; 25(24):3186-91.
42. Almuneef M, ElChoueiry N, Saleheen HN, et al. Gender-based disparities in the impact of adverse childhood experiences on adult health: findings from a national study in the Kingdom of Saudi Arabia. *Int J Equity Health*. 2017; (16):90.
43. Roy CA, Perry C. Instruments for the assessment of childhood trauma in adults. *J Nerv Ment Dis*. 2004; 192(5):343-51.
44. Burgermeister D. Childhood adversity: a review of measurement instruments. *J Nurs Meas*. 2007; 15(3):163-76.
45. Oh DL, Jerman P, Purewal, SKB. Review of Tools for Measuring Exposure to Adversity in Children and Adolescents. *J Pediatr Health Care*. 2018; 32(6):564-583.

Recebido em 16/04/2020

Aprovado em 05/11/2020

Conflito de interesses: inexistente

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

Práticas de Atenção Primária à Saúde na área de drogas: revisão integrativa

Primary Health Care practices in the drugs area: integrative review

Luíza Carraschi de Oliveira¹, Luciana Cordeiro², Cassia Baldini Soares¹, Célia Maria Sivalli Campos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112920

RESUMO O objetivo deste estudo foi o de identificar e analisar as práticas voltadas ao consumo prejudicial de drogas na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de Revisão integrativa que buscou estudos nas fontes Medline e Lilacs utilizando os termos ‘Atenção Primária à Saúde’ e ‘Redução do Dano’. Como resultado, incluíram-se 52 estudos, analisados de acordo com os arcabouços teóricos que orientam as práticas em saúde. Tais estudos foram sintetizados em três categorias empíricas: comportamento de risco, que incluiu intervenção breve, programas para prevenir e diminuir o uso de drogas, entre outros; fatores determinantes, que incluiu visitas domiciliares, práticas grupais e organizacionais; e necessidades em saúde, que incluiu práticas educativas emancipatórias. Conclui-se que, majoritariamente, os estudos abordam o uso de drogas pela categoria risco, com proposição de práticas para adaptação social. As intervenções relativas aos determinantes promovem a saúde, propondo melhorias em ambientes de vida e trabalho. Práticas críticas às relações sociais estabelecidas pelo complexo das drogas são minoritárias e envolvem complexidade operacional.

PALAVRAS-CHAVE Revisão. Atenção Primária à Saúde. Redução do dano.

ABSTRACT *The objective was to identify and analyze practices in Primary Health Care to harmful drug consumption. This integrative review searched for primary studies in Medline and Lilacs databases, based on the terms ‘Primary Health Care’ and ‘Harm Reduction’. We included 52 studies analyzed according to the theoretical frameworks that guide health practices. Results were summarized in three empirical categories: risk behavior, which included brief intervention, programs to prevent and/or reduce drug use, among others; determining factors, including home visits and group and organizational practices; health needs, which included emancipatory educational practices. Most studies address drug use by the risk category producing practices aimed at social adaptation. Interventions related to determinants seek to promote health by proposing improvements in living and working environments. Practices that criticize social relations established by the drugs circuitous are more complex and sparse.*

KEYWORDS *Review. Primary Health Care. Harm reduction.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) – São Paulo (SP), Brasil.

²Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), Faculdade de Medicina, Curso de Terapia Ocupacional – Pelotas (RS), Brasil.



Introdução

O campo das políticas relacionadas à temática das drogas é complexo, tanto na dimensão teórica, que aborda a matéria a partir de diversas concepções, como na dimensão das práticas. Esse campo é alvo de constantes tensões e disputas no cenário internacional e no Brasil em particular¹.

Análise das políticas públicas sobre drogas a partir de documentos oficiais reitera o embate histórico entre os paradigmas proibicionista e antiproibicionista, na área da justiça ou segurança, e entre os modelos asilar – representados pelas comunidades terapêuticas e centros de internamento de longa permanência – e psicossocial – baseado na rede territorial –, na área da saúde. A Redução de Danos (RD), que agrega teorias e práticas, é considerada possível facilitadora de diálogo entre os setores envolvidos na problemática do uso prejudicial de drogas, quais sejam, saúde, justiça e segurança pública e assistência social¹.

A RD é abordada a partir de distintos referenciais teóricos^{2,3}, mesmo quando não estejam explícitos, no conjunto diversificado de práticas de RD orientadas pelas políticas de Estado. Esse conjunto diversificado alberga, num extremo, ações pragmáticas, restritas à distribuição de insumos para minimizar riscos individuais e, no outro, ações políticas complexas, que demandam a proteção do Estado e denúncias das desigualdades que estão na base do envolvimento de grupos sociais que vivem à margem da sociedade².

No Brasil, pode-se reconhecer a incorporação da RD de forma mais ampla em documentos ministeriais de 2003⁴ e 2004⁵, embora historicamente note-se sua presença no cenário das políticas nacionais há mais tempo, com iniciativas locais que influenciaram as políticas de Estado de forma marcante⁶. Pautado pelo respeito aos direitos sociais e à autonomia do cidadão que usa drogas, o Ministério da Saúde brasileiro, em etapa progressista da política estatal, incorporou a RD na implantação de respostas mais adequadas

ao enfrentamento do fenômeno do consumo de drogas, desafiando a perspectiva dominante, reconhecidamente servil à Guerra às Drogas (GD), de origem estadunidense⁷.

Revisão da literatura³ constatou na produção sobre RD a persistência de práticas de caráter pragmático, embasadas em referenciais teóricos pós-modernos, com a presença de ecletismo teórico ou não explicitação de referencial teórico. Com tamanha diversidade, mesmo podendo ser classificadas como progressistas, já que negam a repressão imposta pela GD, as práticas de RD não têm conseguido avançar suficientemente para alvejar os problemas que estão na base da mercantilização e fetichização de drogas.

No Brasil, são marcantes três tendências em disputa sobre a RD, quando se toma em consideração o discurso de formadores de opinião na área. A concepção mais recorrente é a de que o consumo de drogas é uma doença e, portanto, os consumidores devem receber tratamento psiquiátrico para reabilitação e reinserção social, perspectiva essa amparada pelo arcabouço teórico e de práticas do campo da saúde pública. Outra tendência é a liberal, em que o consumidor de drogas é compreendido como portador de direitos individuais, sendo que as estratégias de RD têm como finalidade garantir cidadania e cuidados humanizados em saúde. A terceira é a tendência crítica, que interpreta o fenômeno produção-distribuição-consumo de drogas na sua subordinação ao modo de produção capitalista, e propõe a RD emancipatória como abordagem paradigmática, orientada pela perspectiva do campo da saúde coletiva⁸.

Resultados de metassíntese de relatos de experiências nacionais e internacionais sobre avanços e entraves de implantação revelaram que a RD é adotada nos serviços de saúde como estratégia que apoia ações de prevenção e tratamento, geralmente voltadas à melhoria das condições de vida, de saúde e de sobrevivência de dependentes de drogas, mantendo-os na rede de atenção à saúde e de assistência social com vistas a garantir direitos humanos e de

inclusão social⁹, o que evidencia seu caráter progressista. Essa revisão⁹ não explorou a especificidade das práticas de RD no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e reitera resultados anteriores que atestam a diversidade de fundamentação teórica da RD ou até mesmo sua ausência.

A partir dessas considerações, este estudo tem por objetivo identificar e analisar as práticas de RD voltadas ao consumo prejudicial de drogas no âmbito da APS e, mais especificamente, identificar as concepções que as orientam, para captar a diversidade de orientações que estão na base dessas práticas.

Material e métodos

Trata-se de Revisão Integrativa (RI), um tipo de síntese da literatura científica que permite ir além da agregação de resultados de estudos levantados de acordo com semelhança metodológica. A RI promove síntese integrada dos achados, independentemente de seu desenho metodológico, baseada em estrutura conceitual coerente para amparar a pergunta e o fenômeno de interesse, auxiliando no desenvolvimento de práticas inovadoras. Permite, ainda, que conceitos que amparam as práticas sejam analisados¹⁰.

A RI aqui adotada se fundamentou no materialismo histórico-dialético¹¹.

A RI foi realizada em cinco etapas¹²: 1) Formulação da pergunta e objetivos da revisão; 2) Descrição da metodologia da revisão contendo o estabelecimento de critério de inclusão e exclusão; a definição de estratégia e equação de busca em bases de dados; e o detalhamento do processo de busca e seleção dos estudos; 3) Análise e interpretação dos dados provenientes dos estudos primários, onde se definem as informações a serem extraídas dos estudos primários e se descreve o processo de análise e síntese; 4) Apresentação dos resultados descrevendo as características dos estudos incluídos e apresentando em quadro com dados bibliométricos dos estudos; 5) Interpretação

dos resultados, a partir do referencial teórico-metodológico adotado.

A busca foi realizada no primeiro semestre de 2018, e uma atualização foi realizada em fevereiro de 2020. Utilizaram-se as bases de dados Medline e Lilacs, acessadas por meio do portal BVS Saúde Pública, com a seguinte equação de busca: (“redução do dano” OR “harm reduction” OR “reducción del daño”) OR (prevenção OR prevention OR prevención) OR (educação OR education OR educación)) AND ((“drogas ilícitas” OR “street drugs” OR “drogas ilícitas”) OR (“bebidas alcoólicas” OR “alcoholic beverages” OR “bebidas alcohólicas”)) AND ((“saúde coletiva” OR “saúde pública” OR “public health” OR “salud pública”) OR (“atenção básica à saúde” OR “atenção primária à saúde” OR “primary health care” OR “atención primaria de salud”) OR (“community health services” OR “assistência à saúde comunitária”) OR (“health maintenance organizations”) OR (“medicina de família e comunidade” OR “family practice”)) AND NOT (disease OR (hiv OR “acquired immunodeficiency syndrome” OR aids)).

Os critérios de inclusão elegeram estudos primários ou de revisão que descrevessem, analisassem, propusessem intervenções voltadas a usuários de drogas próprias para o contexto da APS. Não houve restrição temporal. Incluíram-se trabalhos publicados em português, inglês ou espanhol. Não foram incluídos artigos sobre: práticas de controle de doenças transmissíveis, como HIV, Hepatite C, entre outras; ações relacionadas à atenção a problemas psiquiátricos envolvendo consumo de psicoativos; práticas clínicas com o objetivo precípua de tratamento; intervenções específicas para reposição de insumos; intervenções voltadas para populações específicas, como pessoas em situação de cárcere e gestantes; e ainda estudos de custo-benefício ou custo-eficácia.

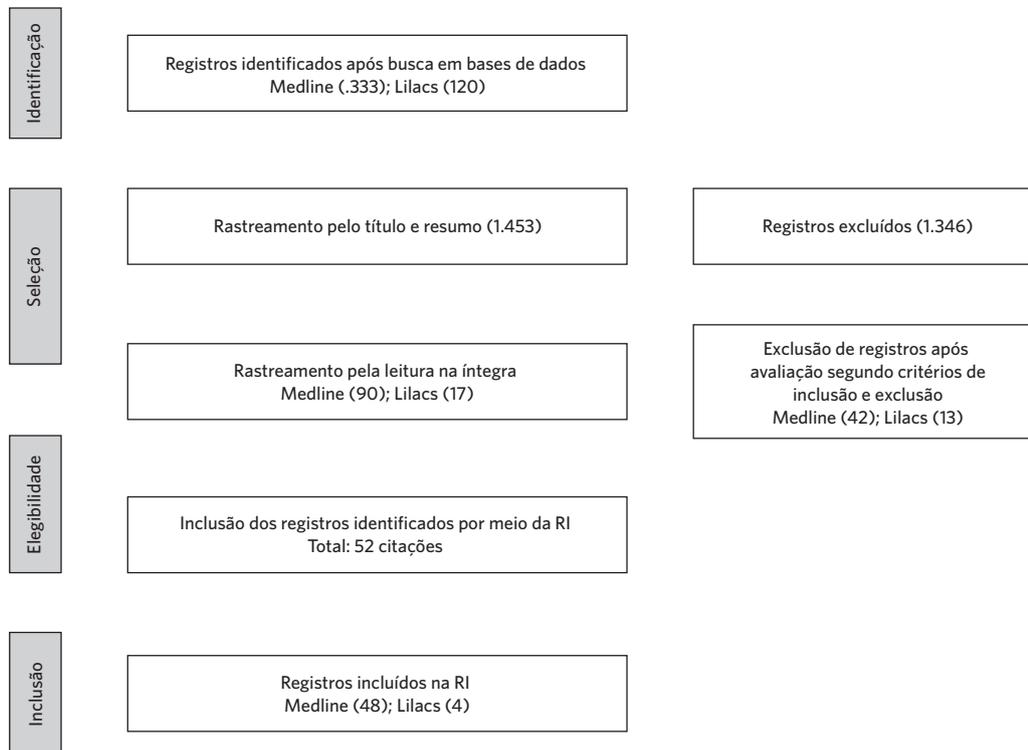
Após a busca nas bases de dados, procedeu-se à leitura de título e resumo, conforme critérios de inclusão e exclusão e, em seguida, à leitura na íntegra dos estudos selecionados.

Os estudos incluídos foram apresentados segundo o ano de publicação, país de origem, delineamento e objetivo. Para captar a diversidade de orientações das práticas na APS, procurou-se identificar as concepções que as orientam, por meio da caracterização do objeto

das práticas na APS, compreendendo-se como objeto o que se deseja transformar por meio do trabalho em saúde².

Estão registradas na *figura 1* as etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das publicações. Fluxograma adaptado¹³.

Figura 1. Fluxograma dos artigos incluídos na revisão integrativa



Fonte: Moher D et al.¹³.

Resultados

Selecionaram-se 52 artigos identificados de um total de 1.453, sendo 48 da fonte Medline e 4 da Lilacs. Os dados bibliométricos estão sumarizados no *quadro 1*. Quanto aos países de origem dos estudos, 23 provieram dos EUA (44,2%), sete do Brasil (13,4%), cinco da Austrália (9,6%), quatro da Espanha (7,6%), quatro do Reino Unido (7,6%), três do Canadá (5,7%), um

da Dinamarca (1,9%), um de Portugal (1,9%), um da Finlândia (1,9%), um da Suíça (1,9%), um da Holanda (1,9%) e um da Suécia (1,9%). Todos foram publicados após 2003. Dos 52 artigos identificados 15 fizeram revisões da literatura (32,6%). A base de dados Lilacs identificou quatro dos sete estudos brasileiros que compuseram o corpus desta revisão, sendo provenientes da área da enfermagem, principalmente, e da psicologia.

Quadro 1. Caracterização dos estudos em relação aos autores, ano de publicação, título e objetivo do estudo, conforme a base de dados

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO
Amaral, Ronzani, Souza-Formigoni, 2010	Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: An experience in Brazil	Avaliar o processo de implementação de um programa de SBI (Screening and Brief Intervention) para o uso de risco de álcool e avaliar os fatores que facilitaram ou impediram tal implementação.
Anderson, 1993	Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption	Avaliar a eficácia das intervenções realizadas por médicos de clínica geral para indivíduos com consumo prejudicial de álcool.
Ballesteros et al., 2004	Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses	Avaliar a eficácia das IBs quando aplicadas em ambientes de APS.
Beich et al., 2007	Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice--a pragmatic controlled trial	Avaliar a eficácia das recomendações da OMS para triagem e intervenção breve (SBI) na clínica geral.
Bertholet, 2005	Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis	Avaliar a eficácia de intervenções breves com álcool destinadas a reduzir o uso prolongado de álcool e os danos relacionados em indivíduos que frequentam unidades de APS.
Bryant et al., 2007	Community-based prevention marketing: organizing a community for health behavior intervention	Descrever a aplicação e o aprimoramento do marketing de prevenção baseado na comunidade (CBPM).
Chun, Linakis, 2012	Interventions for adolescent alcohol use	Rever a literatura atual sobre prevenção de uso de álcool em adolescentes e sobre estratégias de intervenção.
Córdoba et al., 1998	Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study	Comparar a eficácia de uma intervenção breve, comparada a aconselhamento, para prevenção do uso prejudicial de álcool.
Curry et al., 2003	A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices	Avaliar a intervenção para reduzir o consumo de risco relacionado ao álcool em uma amostra de 307 indivíduos.
Elzerbi, Donoghue, Drummond, 2015	A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Determinar a eficácia geral da IB, após seis e doze meses de acompanhamento em estudos em (APS) e em departamento de emergência (DE); examinar se a variação no resultado do estudo pode ser explicada pela região geográfica na qual os ensaios foram realizados.
Fernández García et al., 2003	Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria	Verificar a eficácia do aconselhamento médico antialcoólico dado em consultas em serviços da APS.
Fernández San Martín et al., 1997	Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores	Avaliar a eficácia do aconselhamento médico para reduzir o consumo de álcool em homens que bebem excessivamente.
Fink et al., 2005	An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol	Avaliar o resultado de atendimento médico e de práticas educativas específicas para pacientes idosos com relatos de consumo de álcool de risco na diminuição de riscos e problemas relacionados a eles.
Giesbrecht, Ferris, 1993	Community-based research initiatives in prevention	Avaliar prós e contras de pesquisas baseadas na comunidade e as oportunidades de tais projetos para orientar políticas voltadas a problemas preveníveis na comunidade.

Quadro 1. (cont.)

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO
Giesbrecht, Haydon, 2006	Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications	Examinar opções disponíveis para a comunidade local, evidências de eficácia, ligações entre as experiências locais e as iniciativas regionais e implicações para futuras pesquisas e intervenções.
Guth et al., 2008	Brief intervention in alcohol-dependent versus nondependent individuals	Examinar se um diagnóstico de dependência de álcool, de acordo aos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição, previu a eficácia diferencial de uma intervenção breve (IB).
Hawkins et al., 2014	Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial	Testar se o sistema de prevenção de Comunidades que se preocupam (CTC) reduziu o comportamento de risco problemático de adolescentes em toda a comunidade oito anos após a implementação do CTC.
Helseth et al., 2018	Training community-based treatment providers to implement contingency management for opioid addiction: time to and frequency of adoption	Comparar duas estratégias de implementação do Contingency Management, uma intervenção psicossocial com foco no comportamento dirigido a consumidores com uso problemático de opioides.
Israel et al., 1996	Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team	Verificar a eficiência e a aceitabilidade de um método de rastreio para a identificação de bebedores problemáticos e a efetividade de aconselhamento dado por uma enfermeira em contexto de estilo de vida.
Jomar, Abreu, 2012	Intervenções breves para uso problemático de álcool: potencial de aplicação na prática do enfermeiro	Apresentar a finalidade, os principais elementos e a aplicabilidade das intervenções breves para o uso problemático de álcool, bem como refletir sobre o potencial de aplicação dessas intervenções na prática do enfermeiro.
Kaner, 2010	NICE work if you can get it: Development of national guidance incorporating screening and brief intervention to prevent hazardous and harmful drinking in England	Descrever o desenvolvimento do primeiro conjunto de orientações nacionais voltadas à prevenção de problemas relacionados ao álcool na Inglaterra.
Kardakis et al., 2018	Implementation of clinical practice guidelines on lifestyle interventions in Swedish primary healthcare - a two-year follow up	Avaliar o progresso resultante de dois anos de acompanhamento de intervenções no estilo de vida e usuários de serviços na APS, bem como o uso de guia de intervenções no estilo de vida desses usuários, na prática clínica.
Knight et al., 2018	Screening and Brief Advice to Reduce Adolescents' Risk of Riding With Substance-Using Drivers	Testar o efeito do aconselhamento por meio de computador, de forma longitudinal, em jovens que reportaram dirigir após fazer uso de álcool ou outras drogas.
Kuerbis et al., 2015	Testing the initial efficacy of a mailed screening and brief feedback intervention to reduce at-risk drinking in middle-aged and older adults: the comorbidity alcohol risk evaluation study	Determinar a eficácia inicial de uma triagem enviada pelo correio e uma breve intervenção para reduzir o consumo de álcool entre pessoas com 50 anos ou mais.
Kypri et al., 2008	Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care	Avaliar eficácia da intervenção motivacional baseada na WEB.

Quadro 1. (cont.)

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO
Lee et al., 2009	Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study	Avaliar a eficácia da intervenção baseada na redução de danos para melhorar o acesso ao tratamento e os resultados clínicos entre os idosos com consumo de risco.
McIntosh et al., 1997	Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice	Comparar os efeitos de três breves métodos de redução do consumo de álcool na prática familiar.
Midford, 2010	Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going?	Criar uma melhor compreensão dos elementos que maximizam a eficácia dos programas de prevenção, o que pode ser alcançado pelos programas e como podem ser melhorados.
Millstein, Marcell, 2003	Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States	Examinar a prevalência e a qualidade dos serviços de prevenção do uso de álcool oferecidos a adolescentes, nos Estados Unidos.
Mitchell, et al., 2013	SBIRT for adolescent drug and alcohol use: current status and future directions	Avaliar a eficácia da IB em adolescentes que estão em risco de desenvolver transtornos por uso de substâncias.
Moore et al., 2011	Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial	Examinar se uma intervenção multifacetada entre os pacientes idosos sob cuidados na APS reduziu o consumo de álcool e o consumo de risco, em três e doze meses.
Moore et al., 2018	Prevention of Underage Drinking on California Indian Reservations Using Individual- and Community-Level Approaches	Avaliar intervenções individuais e junto à comunidade para reduzir o consumo de álcool entre Indígenas Americanos Nativos do Alasca, menores de idade, das comunidades rurais das reservas indígenas da Califórnia.
Moretti-Pires, Corradi-Webste, 2011	Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico	Avaliar processo de implementação de rastreamento e intervenções breves para o uso problemático de álcool (UPA) em serviços da APS do município de Coari, Amazonas.
Nair et al., 2015	A Systematic Review of Digital and Computer-Based Alcohol Intervention Programs in Primary Care	Verificar se intervenções baseadas em computadores podem ajudar a superar as barreiras de implementação na APS - falta de tempo, treinamento e recursos e possíveis danos ao relacionamento.
Nilsen et al., 2006	Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review	Revisar sistematicamente a literatura disponível sobre a implementação de intervenções breves em cuidados à saúde de consumidores de álcool a fim de determinar a eficácia dos esforços de sua implementação.
Ockene et al., 1999	Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work?	Determinar se o aconselhamento, nos moldes de intervenção breve, ministrado tanto pelo médico como pela enfermeira, é eficaz, como parte dos cuidados primários de rotina na redução do consumo de álcool por bebedores de alto risco.
Oliveira, Soares, Batista, 2016	Representações cotidianas de jovens sobre a periferia	Compreender as representações cotidianas de jovens sobre a periferia, com a finalidade de compor os temas para programas midiáticos de educação sobre drogas

Quadro 1. (cont.)

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO
Oliveira, Soares, Silva, 2016	Pesquisa- ação emancipatória com jovens escolares: relato de experiência	Relatar a experiência de utilização da pesquisa- ação emancipatória, de modo a expor suas potencialidades para problematizar a realidade dos jovens participantes.
Oslin et al., 2006	PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use	Determinar a eficácia relativa de dois modelos de cuidados para reduzir o uso de risco de álcool em pacientes com 65 anos ou mais, na APS.
Reiff-Hekking et al., 2005	Brief physician and nurse practitioner- delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up	Determinar os efeitos de intervenção breve, de aconselhamento, prestada por médicos ou enfermeiros na APS para a redução do consumo de álcool por bebedores de alto risco.
Ribeiro, 2011	A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários	Avaliar a efetividade das intervenções breves na intervenção a consumidores com uso prejudicial de álcool; confirmar se a formação de médicos em Intervenções Breves para abordar os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) contribui para mudar suas atitudes em relação aos consumidores com uso prejudicial de álcool.
Richmond et al., 1995	Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking	Avaliar a efetividade das IB realizadas por clínicos gerais.
Roche et al., 2015	Addressing inequities in alcohol consumption and related harms	Examinar o uso de álcool e problemas relacionados a partir de uma perspectiva de iniquidades e determinantes sociais.
Ronzani, Mota, Souza, 2009	Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais	Avaliar a efetividade da implantação de estratégias de triagem associadas às intervenções breves para prevenção do uso abusivo de álcool na APS.
Saitz, 2010	Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking	Determinar se existe evidência de eficácia da IB entre indivíduos com dependência de álcool identificados por triagem em ambientes de cuidados primários.
Senft, 1997	Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers	Testar uma intervenção breve para reduzir o consumo de álcool entre bebedores moderados a pesados em um ambiente de cuidados primários.
Soares, Vargas, 2019	Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde	Verificar a efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros na redução do uso de risco e nocivo de álcool em usuários de um serviço de atenção primária à saúde.
Spoth, Greenberg, Turrisi, 2008	Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact	Destacar a necessidade de razões para uma maior atenção às intervenções preventivas baseadas em evidências para jovens sem idade legal para beber álcool; fornecer revisão das intervenções direcionadas ao consumo prejudicial de álcool com evidência de eficácia ou efetividade; discutir as principais descobertas e suas implicações do ponto de vista da saúde pública.
Stead M et al., 2017	Delivery of alcohol brief interventions in community-based youth work settings: exploring feasibility and acceptability in a qualitative study	Explorar contexto, viabilidade e aceitabilidade da IB em projetos de trabalho de jovens.

Quadro 1. (cont.)

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO
Van de Glind IM et al., 2016	Exploring the Range of Lifestyle Interventions Used in Dutch Health Care Practice: A Qualitative Description	Explorar o uso de intervenções voltadas ao estilo de vida, realizadas ambulatorialmente, com objetivo de cessação do fumo, redução do consumo de álcool, aumento de atividade física, promoção de dieta saudável e perda de peso.
Walton et al., 2014	A randomized controlled trial testing the efficacy of a brief cannabis universal prevention program among adolescents in primary care	Examinar a eficácia de uma intervenção breve, realizada por terapeuta (TBI) ou por computador (CBI), na prevenção do uso de cannabis entre adolescentes em clínicas de cuidados primários urbanos
Wells, Moonie, Pharr, 2018	Association between alcohol screening and brief intervention during routine check-ups and alcohol consumption among adults living in California	Identificar se os níveis de ingestão alcoólica em adultos estão associados ao aumento de <i>screening</i> e IB durante exames de rotina.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

A análise dos artigos selecionados, guiada pela concepção teórica eleita por este estudo, permitiu delimitar três categorias empíricas, que correspondem ao objeto das práticas em pauta em cada estudo, bem como às concepções que orientam essas práticas.

A primeira categoria refere-se às práticas desenvolvidas para promover mudanças em comportamentos de risco, ou seja, práticas individuais para os que fazem uso considerado de risco, bem como às práticas programas focalizados em populações expostas a maiores riscos. Além de práticas de prevenção e RD para reduzir riscos, também foram previstas medicalização e internação como formas de tratamento.

Na segunda categoria empírica, estão práticas em saúde mais ampliadas do que as da categoria empírica anterior, as que se propõem a considerar, além de características dos indivíduos, também determinantes sociais do uso prejudicial de drogas, buscando dar respostas a vulnerabilidades atinentes aos sujeitos e aos contextos sociais que favorecem o uso prejudicial de drogas.

A terceira categoria empírica se conforma por práticas emancipatórias, que pretendem formular respostas que atinjam necessidades em saúde,

ou seja, ações de enfrentamento a desgastes e condições prejudiciais resultantes das formas de inserção dos indivíduos e suas famílias na reprodução social. Ou seja, condições diversas e adversas que acometem as famílias das diversas classes e frações de classes, os grupos sociais, e que estão na base do consumo prejudicial de drogas. De perspectiva marxista, inclui práticas emancipatórias de RD, práticas de educação emancipatória, que instrumentalizam os grupos sociais para compreender as raízes dos problemas de saúde e os fortalecer para o engajamento na luta por políticas públicas na área e por mudanças sociais radicais em prol da igualdade, como as lutas pela legalização e regulamentação das drogas.

A seguir, apresentam-se os estudos selecionados de acordo com as três categorias empíricas.

O comportamento de risco como objeto das práticas

Os estudos desta categoria foram agrupados em duas subcategorias: estudos que abordam a Intervenção Breve (IB) e estudos que abordam práticas voltadas à prevenção do consumo ou do consumo de risco, envolvendo o usuário de drogas ou outros indivíduos ou locus de apoio.

ESTUDOS SOBRE IB

A IB é uma abordagem de aconselhamento utilizada desde a década de 1970 para controle do uso abusivo do álcool com vistas a melhorar a saúde dos indivíduos. Objetiva incentivar a tomada de decisão na direção de reduzir ou cessar o uso do álcool para evitar agravos à saúde individual. Tal intervenção baseia-se no pressuposto de que o sentimento de responsabilidade deve ser desenvolvido durante o processo para que, conscientemente, haja controle do consumo de álcool considerado disfuncional, de risco. Atualmente, a IB aplicada por médicos e enfermeiros tem também como objetivo a redução do consumo de outras drogas além do álcool¹⁴⁻²⁹.

A maioria dos estudos primários encontrados, ensaios randomizados que avaliam a eficácia da IB para a redução dos níveis de consumo de álcool, não detalhou elementos facilitadores nem barreiras para a implantação das ações. Coerentemente à concepção dominante na formação de trabalhadores da saúde, o enfoque biomédico foi o mais encontrado nesses artigos, enfoque esse que favorece a fragmentação do objeto do trabalho em saúde e o conseqüente predomínio de preconceitos e estereótipos³¹. Foi também descrita nessa categoria a descontinuidade das ações implantadas³², devido à rotatividade de trabalhadores da saúde, associada a mudanças políticas de gestão, e também à não adesão de toda a equipe.

Estudos de revisão e ensaios randomizados selecionados descreveram benefícios dessa abordagem na redução do consumo de álcool e dos riscos relacionados a esse consumo, tanto individualmente^{24,33,34}, quanto em grupo³⁰. Sugeriram, para fins de maior efetividade, envolvimento de gestores, equipe multidisciplinar, além de integração entre os profissionais da saúde na APS, para a implantação de ações de triagem associadas à IB³⁵. A partir da constatação que a IB tem menor eficácia em contextos de condições socioeconômicas desfavoráveis, os autores sugerem o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento da

técnica da IB¹⁹. Destaca-se o guia de práticas criado pelo Institute for Clinical Excellence (Nice), no Reino Unido, que objetiva fomentar práticas multidisciplinares que envolvam acadêmicos, trabalhadores, pacientes e comunidade³⁶.

Vários foram os estudos que examinaram aspectos relacionados à eficácia da IB. Entre estes, há o que destaca que é fundamental a qualidade da orientação fornecida pelos profissionais da saúde³⁷; outros que afirmam igual eficácia entre a realização da IB por meio de computador (e-IB) e a presencial³⁸ ou por telefone³⁹. Quanto ao número de sessões de IB, estudo afirmou que intervenções breves de ocasião única⁴⁰ não foram menos eficazes do que sessões adicionais, para o monitoramento de consumo de álcool ao longo do tempo.

Há variação entre resultados de estudos sobre a eficácia da IB entre consumidores de diferentes drogas e com diferentes padrões de consumo. Um deles relata a não eficácia da IB na diminuição de fatores de risco, como abuso de outras drogas e violência⁴¹. Outro estudo mostrou resultados da eficácia da IB tanto para consumidores com dependência de álcool como para aqueles que fazem uso abusivo da substância⁴². No entanto, revisão sistemática⁴³ relatou ausência de evidências que comprovam a eficácia da IB para consumidores com dependência do álcool. Estudos também sinalizaram que a efetividade da IB para a redução do uso de álcool na prática diária ainda não foi bem explorada, com resultados pouco animadores e melhor avaliação da IB em grupos específicos^{20,21}.

Estudo desenvolvido na Califórnia identificou baixas taxas, tanto de implementação de *screenings* quanto de utilização da IB, para uso de álcool, numa relação inversamente proporcional entre a maior ingestão de álcool e a realização de *screening* e IB. Homens, indivíduos com diabetes e com menor renda que fazem uso de álcool também têm menor probabilidade de acesso à IB²⁹.

Vários são os resultados de estudos que afirmam a necessidade de se adequarem as

ações para implementação da IB ao público a que será destinada. A população jovem exige estratégias mais acessíveis e atrativas^{44,45}; já a população idosa, requer intervenções específicas à faixa etária. Resultados reforçaram a eficácia da IB na modificação do padrão de uso abusivo de álcool ao longo do tempo⁴⁶⁻⁴⁸.

Quanto ao profissional que realiza a IB na APS, estudo ressaltou a atuação do enfermeiro e a necessidade de ampliação do campo de atuação desse profissional, incentivando o compromisso com a educação em saúde, pois o enfermeiro tem contato constante com usuários, famílias e comunidade⁴⁹.

ESTUDOS QUE ABORDAM PRÁTICAS DE PREVENÇÃO DIRIGIDAS AO INDIVÍDUO CONSUMIDOR DE DROGAS, OU OUTROS INDIVÍDUOS OU LÓCUS DE APOIO

Nessa categoria empírica, foram descritos estudos que consideram o abuso de álcool e outras drogas como fatores de risco para o aumento do envolvimento dos indivíduos com situações de violência e risco para o desenvolvimento de doenças crônicas ou transmissíveis. Conseqüentemente, os estudos abordam práticas em saúde na APS com o objetivo de prevenir esse consumo.

No que diz respeito aos resultados das práticas voltadas para a prevenção do consumo de álcool entre jovens, estudo relatou a maior potencialidade daquelas que envolvem a família, a escola, a comunidade e, eventualmente, os locais de trabalho, para identificar situações da vida dos jovens em que o consumo ocorre. Tal possibilidade potencializa a plausibilidade das evidências científicas na orientação da construção de práticas efetivas⁵⁰. A entrevista motivacional e a psicoeducação também mostraram resultados positivos para inibir o consumo de álcool entre jovens indígenas estadunidenses, bem como entre jovens em faixa etária que ainda não respondem legalmente por si⁵³.

Ainda com vistas à prevenção do consumo prejudicial de drogas, foram relatadas práticas para estimular estilo de vida saudável,

geralmente associadas à mudança de hábitos, entre estes os relacionados ao uso prejudicial de tabaco e de álcool⁵¹. Os resultados sinalizam que essas práticas, quando baseadas em manuais aplicados na APS, são mais desenvolvidas por enfermeiros do que por médicos. Práticas que estimulam o estilo de vida saudável, com mudanças de hábitos alimentares e de atividades físicas, com estímulo à perda de peso corporal, são escolhidas quando o foco das intervenções é a abstinência de substâncias⁵². Aposta-se nessa intervenção em consultas regulares em ambulatórios.

As intervenções de RD são analisadas em estudos que têm como objeto os fatores de risco, com a finalidade de reduzir a ingestão de álcool e para incentivar o planejamento para minimizar esse consumo.

Entre idosos, a estratégia de RD apresentou melhores resultados do que os programas que focam na abstinência⁵⁴. Entre jovens, ações pautadas na RD foram desenvolvidas para prevenir o consumo de álcool ou de outras drogas antes de assumirem o volante. As ações foram desenvolvidas nos moldes de programa longitudinal, com aconselhamento auto aplicável por meio de computador – *computer-facilitated Screening and Brief Advice* (cSBA). O resultado foi a redução das taxas de jovens ao volante após o uso de álcool e de outras drogas, sobretudo entre os que eram responsáveis por sua família⁵⁵.

Programas de prevenção e ações de RD envolvendo a comunidade também foram relatados. Um deles, com enfoque em práticas de RD para potencializar a eficácia de prevenção primária e secundária de consumo de drogas, foi desenvolvido entre escolares, por meio de apoio de pares, em especial o engajamento dos pais, da escola e de outros pontos de apoio da comunidade⁵⁸⁻⁶⁰, bem como da promoção de desenvolvimento de habilidades, visando à mudança de comportamento dos jovens⁵⁶. Esses programas tinham como objetivos reduzir taxas de morbimortalidade de adolescentes com consumo abusivo de álcool e prevenir o consumo de drogas entre jovens⁵⁷.

O delineamento de intervenções baseadas na comunidade mostra-se potente para incorporar práticas baseadas em evidências que abordam preocupações locais de saúde pública⁶¹. Cita-se a mobilização de atividades de conscientização na comunidade acerca dos problemas relativos ao álcool, bem como restrição da venda dessa droga para os menores de idade⁵³.

Para o tratamento de consumidores com uso problemático de opioides, a Contingency Management (CM), uma intervenção psicossocial que usa incentivos motivacionais como *gift cards* e *vouchers*, é uma estratégia consolidada. No Canadá, estratégia de implementação da CM, a Science to Service Laboratory (SSL), mostrou bons resultados para mudança de comportamento dos usuários de opioides. No entanto, os resultados não se mostraram melhores quando a intervenção foi desenvolvida por mediadores da intervenção pertencentes a minorias étnico-raciais, sugerindo que questões relacionadas ao contexto sócio cultural podem influenciar na tomada de decisão do mediador da intervenção⁶².

Os determinantes como objeto das práticas

Nessa categoria empírica, encontra-se uma revisão da literatura que reuniu estudos pautados na concepção multicausal para explicar o consumo de drogas. A revisão apresenta resultados de intervenções sobre determinantes sociais, as que incidem sobre aspectos sociais, como ambiente de trabalho, condições de vida, e iniquidades. Os estudos incluídos identificaram abuso de álcool na infância mais elevado em comunidades desfavorecidas e, em resposta a esse problema, intervenções do tipo visitas domiciliares, educação parental, programas de preparo escolar foram realizadas.

Em relação ao trabalho, identificou-se que indivíduos empregados tendem a beber mais do que aqueles que estão desempregados, uso atribuído à influência por aspectos físicos e psicossociais do trabalho, como a insatisfação dos funcionários, os controles e a cultura do local de trabalho. Intervenções breves,

intervenções de pares e psicossociais, treinamento de habilidades e mudança de cultura organizacional podem reduzir o consumo de risco entre os trabalhadores⁶³.

A partir de resultados de revisão de artigos, o estudo concluiu que diferentes grupos populacionais têm diferentes padrões de consumo de álcool, influenciados e perpetuados por aspectos estruturais e culturais desses grupos. Por isso, intervenções sob medida, que abordem a desvantagem social dos grupos, por exemplo, ações que incidam na melhoria de condições da habitação, de educação e de trabalho, em determinantes sociais que impactam desfavoravelmente os grupos podem melhorar resultados nas condições de saúde e em padrões de consumo de álcool⁶³.

As necessidades em saúde como objeto das práticas

Nessa categoria empírica, encontram-se os artigos que relataram resultados de estudos desenvolvidos sob a concepção da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Os artigos descreveram pesquisa abordando a temática das drogas, com jovens estudantes que desenvolveram projeto, nos moldes de programa midiático para educação sobre drogas, com metodologia participativa para problematizar o papel do Estado em questões que permeiam a reprodução social – condições de trabalho e consequentes formas de vida – e para identificar a relação intrínseca com o fenômeno produção-distribuição e consumo de drogas na contemporaneidade, no contexto social capitalista de intensa desigualdade social^{64,65}.

Os estudos que consideram de maneira formal a dimensão social do problema das drogas distinguem-se entre si, a exemplo do estudo ancorado na concepção multicausal dos determinantes sociais⁶¹ e dos que se pautam na concepção da determinação social do processo saúde-doença^{64,65}.

Diferenças conceituais entre determinantes social e determinação social vêm sendo debatidas na literatura⁶⁶⁻⁶⁸.

A concepção dos determinantes sociais propõe a avaliação de vulnerabilidades sociais e, como resposta, ancora ações que incentivem a resiliência dos indivíduos, entre outras mudanças para as quais se pressupõe haver governabilidade por parte dos envolvidos⁶⁹.

De embasamento marxista, a teoria da determinação social interpreta que a base dos males e das necessidades em saúde encontra-se nas condições de reprodução social das classes – grupos sociais – e propõe práticas emancipatórias em resposta a essas necessidades, práticas essas que se propõem ao desafio de apoiar lutas coletivas que fortaleçam grupos sociais submetidos aos problemas de viver em territórios da periferia, frequentemente comandados por milícias ou organizações narcotraficantes⁶⁹.

Limitações do estudo

O uso de apenas duas bases de dados constitui uma limitação deste estudo. Explorar outras bases e a literatura cinzenta poderia ampliar e diversificar o conjunto de publicações, permitindo outros achados na área.

Implicações para as práticas

Espera-se que as evidências expostas e discutidas nesta revisão possam subsidiar análises críticas à política de GD, à constituição e à implantação de práticas emancipatórias na área das drogas na APS, fortalecidas e embasadas segundo o referencial emancipatório proposto na categoria empírica que compreende as necessidades em saúde como objeto das práticas em saúde.

Conclusões

Preponderam nos estudos incluídos nesta revisão práticas voltadas à mudança de comportamentos de risco, o que é congruente com a predominância de intervenções biomédicas nos periódicos indexados nas bases de dados

de circulação internacional e nacional e na produção da área da saúde em geral.

A abordagem pela categoria risco não tem compromisso com a exposição de diferenças de classe social. O social, na maioria das vezes, é abordado como um aspecto entre outros de igual ou maior peso, apenas como um fator nebuloso e pouco enfatizado, que aparece como pano de fundo do contexto em questão, que pode influenciar a acentuação da dependência ou ser classificado como um aspecto protetivo ao uso abusivo de drogas. Nessa perspectiva, o usuário é responsável por suas escolhas e pelas mudanças de hábitos ou comportamentos, em direção aos saudáveis.

Vale ressaltar que, embora as práticas sejam orientadas majoritariamente pelo conceito de risco individual, algumas abordagens progressistas mostraram resultados fortalecedores, como é o caso das que envolvem pessoas-chave durante a elaboração e implementação de ações; gestores de saúde, lideranças e comerciantes locais, além de familiares e de outras instituições da comunidade. Nesses casos, a finalidade parece convergir para o fortalecimento do grupo social que está sendo afetado.

Para configurar-se minimamente como ações ou projetos progressistas, é necessário, porém, que sejam planejados e implantados a partir da clareza de sua finalidade, alinhada ao aprimoramento da compreensão do fenômeno das drogas, em vez de alinhar as práticas a objetivos de responsabilização dos indivíduos pelo envolvimento com drogas. Quanto às instituições sociais, devem envolver-se no processo de luta conjunta ao menos pelos direitos sociais de proteção a todos os que moram no território.

A abordagem de RD emancipatória exige posicionamento político progressista e crítico dos envolvidos nos projetos. No âmbito das práticas emancipatórias, os trabalhadores de saúde poderão contribuir com o adensamento dos vínculos entre população e trabalhadores dos serviços, para o aprofundamento da crítica conjunta, com vistas à reivindicação

de cumprimento, pelo Estado, dos direitos sociais conquistados, ao não desmonte deles, à conquista de novos direitos, mas especialmente à consciência do horizonte da superação das necessidades por meio da luta de classes.

A RD emancipatória fundamenta-se no marco teórico do campo da saúde coletiva, aquele que analisa criticamente o fenômeno das drogas para além da relação drogas-indivíduos e propõe práticas que subsidiem posições resolutivas ao problema do consumo prejudicial de drogas. Isso significa implantar projetos para serem desenvolvidos por meio de práticas participativas e processuais, ações e práticas que prevejam tempo para aprofundamento analítico e fortalecimento dos grupos sociais que se prejudicam no processo de envolvimento com as drogas, sejam elas legais ou ilegais.

Colaboradoras

Oliveira LC (0000-0003-3107-2384)* desenvolveu a dissertação de mestrado que deu origem ao manuscrito e trabalhou na sua concepção, pesquisa bibliográfica, síntese, análise dos dados e aprovação do manuscrito. Cordeiro L (0000-0003-2912-1087)* contribuiu para o processo de concepção do manuscrito, atualização da pesquisa bibliográfica, síntese e análise dos dados, revisão e aprovação do manuscrito. Soares CB (0000-0002-8457-3775)* orientou todo o processo de mestrado e colaborou para o processo de concepção, análise dos dados, revisão e aprovação do manuscrito. Campos CMS (0000-0002-1149-9025)* contribuiu para a atualização da pesquisa bibliográfica, síntese e análise dos dados, revisão e aprovação do manuscrito. ■

Referências

1. Teixeira MB, Ramôa ML, Engstrom E, et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 fev 17]; 22(5):1455-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>.
2. Santos VE, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis Rev. Saúde Colet.* 2010 [acesso em 2018 fev 17]; 20(3):995-1015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>.
3. Castro L. A redução de danos à luz do materialismo histórico [dissertação]. Paraná: Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Psicologia; 2018. [acesso em 2019 dez 23]. Disponível em: <http://www.ppi.uem.br/arquivos-2019/lais-castro-dissertacao>.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003 [acesso em 2018 fev 17]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, nº 2.197, de 04 de Outubro de 2004. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2018 fev 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html.
6. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2013 [acesso em 2018 mar 13]; 33(3):580-595. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.
7. Coelho HV, Godoy A, Oliveira E, et al. Políticas públicas de saúde aos usuários de álcool e outras drogas: contribuição da Saúde Coletiva ao debate. *Rev. Ciênc. da Saúde da Facul. Estácio de Sá de Goiás.* 2012; (2):194-203.
8. Moreira CR, Soares CB, Campos CMS, et al. Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2019 [acesso em 2020 jan 4]; 72(supl3):312-320. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0671>.
9. Gomes TB, Vecchia MD. Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: a review of the literature. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2018 fev 17]; 23(7):2327-2338. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232028237.21152016>.
10. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, et al. Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. *Rev. esc. enferm. USP* [internet]. 2014 [acesso em 2019 dez 8]; 48(2):335-345. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140002000020>.
11. Soares CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxism as a theoretical and methodological framework in collective health: implications for systematic review and synthesis of evidence. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013 [acesso em 2019 dez 8]; 47(6):1403-1409. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600022>.
12. Whittmore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005 [acesso em 2018 fev 17]; 52(5):546-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009 [acesso em 2018 fev 17]; 21;6(7):e1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
14. Anderson P. Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. *Br J Gen Pract.* 1993 [acesso em 2018 jun 26]; 43(374):386-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1372526/>.
15. Richmond R, Heather N, Wodak A, et al. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction.* 1995 [acesso em 2018 jun 26]; 90(1):119-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.90111915.x>.
16. Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, et al. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol Clin Exp Res.* 1996 [acesso em 2018 jun 26]; 20(8):1443-50. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1996.tb01147.x>.
17. Fernández San Martín MI, Bermejo Caja CJ, Alonso Pérez M, et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Aten Primaria.* 1997 [acesso em 2018 jun 26]; 19(3):127-32. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-efectividad-del-consejo-medico-breve-14469>.
18. Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, et al. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *Am J Prev Med.* 1997 [acesso em 2018 jun 26]; 13(6):464-70. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)30143-0](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30143-0).
19. Córdoba R, Delgado MT, Pico V, et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers

- (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract*. 1998 [acesso em 2018 jun 26]; 15(6):562-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/15.6.562>.
20. Fernández García JA, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, et al. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003 [acesso em 2018 jun 26]; 31(3):146-53. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70674-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70674-X).
 21. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, et al. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004 [acesso em 2018 jun 26]; 28(4):608-18. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/01.alc.0000122106.84718.67>.
 22. Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, et al. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2005 [acesso em 2018 jun 26]; 165(9):986-95. Disponível em: <http://doi:10.1001/archinte.165.9.986>.
 23. Beich A, Gannik D, Saelan H, et al. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice--a pragmatic controlled trial. *Alcohol Alcohol*. 2007 [acesso em 2018 jun 26]; 42(6):593-603. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agm063>.
 24. Reiff-Hekking S, Ockene JK, Hurley TG, et al. Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. *J Gen Intern Med*. 2005 [acesso em 2018 jun 26]; 20(1):7-13. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.21240.x>.
 25. Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, et al. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2006 [acesso em 2018 jun 26]; 24(1):5-15. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/02813430500475282>.
 26. Ribeiro C. A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. *Acta Med Port*. 2011 [acesso em 2018 jun 26]; 24(supl2):355-68. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1480/1066>.
 27. Elzerbi C, Donoghue K, Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*. 2015 [acesso em 2018 jun 26]; 110(7):1082-91. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/add.12960>.
 28. Kuerbis AN, Yuan SE, Borok J, et al. Testing the initial efficacy of a mailed screening and brief feedback intervention to reduce at-risk drinking in middle-aged and older adults: the comorbidity alcohol risk evaluation study. *J Am Geriatr Soc*. 2015 [acesso em 2018 jun 26]; 63(2):321-6. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/jgs.13237>.
 29. Wells GK, Moonie S, Pharr J. Association between alcohol screening and brief intervention during routine check-ups and alcohol consumption among adults living in California. *Arch. Psych. Nursing*. 2018 [acesso em 2020 fev 2]; (32):872-877. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.07.001>.
 30. Soares J, Vargas D. Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2020 fev 2]; 53(2):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000498>.
 31. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011 [acesso em 2018 jun 26]; 19(esp):813-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000700020>.
 32. Amaral MB, Ronzani TM, Souza-Formigoni MLO.

- Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: An experience in Brazil. *Drug Alcohol Rev.* 2010 [acesso em 2018 jun 26]; 29(2):162-8. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00120.x>.
33. McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, et al. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Can Fam Physician.* 1997 [acesso em 2018 jun 28]; (43):1959-67. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2255191/?page=1>.
 34. Ockene JK, Adams A, Hurley TG, et al. Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Arch Intern Med.* 1999 [acesso em 2018 jun 28]; 159(18):2198-205. Disponível em: <http://doi.org/10.1001/archinte.159.18.2198>.
 35. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICWd. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev Saude Publica.* 2009 [acesso em 2018 jun 28]; 43(supl1):51-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800009>.
 36. Kaner E. NICE work if you can get it: Development of national guidance incorporating screening and brief intervention to prevent hazardous and harmful drinking in England. *Drug Alcohol Rev.* 2010 [acesso em 2018 jun 28]; 29(6):589-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00236.x>.
 37. Millstein SG, Marcell AV. Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States. *Pediatrics.* 2003 [acesso em 2018 jun 28]; 111(1):114-22.
 38. Kypri K, Langley JD, Saunders JB, et al. Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Arch Intern Med.* 2008 [acesso em 2018 jun. 28]; 168(5):530-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2007.109>.
 39. Curry SJ, Ludman EJ, Grothaus LC, et al. A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *Health Psychol.* 2003 [acesso em 2018 jun 28]; 22(2):156-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.2.156>.
 40. Nair NK, Newton NC, Shakeshaft A, et al. A Systematic Review of Digital and Computer-Based Alcohol Intervention Programs in Primary Care. *Curr Drug Abuse Rev.* 2015 [acesso em 2018 jun. 28]; 8(2):111-8. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1874473708666150916113538>.
 41. Walton MA, Resko S, Barry KL, et al. A randomized controlled trial testing the efficacy of a brief cannabis universal prevention program among adolescents in primary care. *Addiction.* 2014 [acesso em 2018 jun 28]; 109(5):786-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/add.12469>.
 42. Guth S, Lindberg SA, Badger GJ, et al. Brief intervention in alcohol-dependent versus nondependent individuals. *J Stud Alcohol Drugs.* 2008 [acesso em 2018 jun 28]; 69(2):243-50. Disponível em: <https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.243>.
 43. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev.* 2010 [acesso em 2018 jun 28]; 29(6):631-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x>.
 44. Stead M, Parkes T, Nicoll A, et al. Delivery of alcohol brief interventions in community-based youth work settings: exploring feasibility and acceptability in a qualitative study. *BMC Public Health.* 2017 [acesso em 2018 jun 28]; 17(1):357-370. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4256-1>.
 45. Mitchell SG, Gryczynski J, Grady KE, et al. SBIRT for adolescent drug and alcohol use: current status and future directions. *J Subst Abuse Treat.* 2013 [acesso em 2018 jun 28]; 44(5):463-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.11.005>.
 46. Fink A, Elliott MN, Tsai M, et al. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in

- screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc.* 2005 [acesso em 2018 jun 28]; 53(11):1937-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00476.x>.
47. Moore AA, Blow FC, Hoffing M, et al. Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addiction.* 2011 [acesso em 2018 jun 28]; 106(1):111-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03229.x>.
48. Oslin DW, Grantham S, Coakley E, et al. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. *Psychiatr Serv.* 2006 [acesso em 2018 jun 28]; 57(7):954-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.954>.
49. Jomar RT, Abreu ÂMM. Intervenções breves para uso problemático de álcool: potencial de aplicação na prática do enfermeiro. *Rev enferm UERJ.* 2012 [acesso em 2018 jun 28]; 20(3):391-5. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/810>.
50. Spoth R, Greenberg M, Turrissi R. Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics.* 2008 [acesso em 2018 jul 2]; 121(supl4):S311-36. Disponível em: <http://doi.org/10.1542/peds.2007-2243E>.
51. Kardakis T, Jerdén L, Nyström ME, et al, Johansson H. Implementation of clinical practice guidelines on lifestyle interventions in Swedish primary healthcare – a two-year follow up. *Health Serv Res.* 2018 [acesso em 2020 fev 2]; 18:227-240. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3023-z>.
52. Van de Glind IM, Heinen MM, Geense WW, et al. Exploring the Range of Lifestyle Interventions Used in Dutch Health Care Practice: A Qualitative Description. *Health Promot Pract.* 2016 [acesso em 2018 jul 2]; 17(2):235-43. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/1524839915627264>.
53. Moore RS, Gilder DA, Gribe JW, et al. Prevention of underage drinking on Californian Indian Reservations using individual-and-community-level approaches. *AmJ Public Health.* 2018 [acesso em 2020 fev 2]; 108(8):1035-1041. Disponível em: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304447>.
54. Lee HS, Mericle AA, Ayalon L, et al. Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009 [acesso em 2018 jul 2]; 24(1):54-60. Disponível em: <http://doi.org/10.1002/gps.2073>.
55. Knight JR, Csémy L, Sherrit L, et al. Screening and Brief Advice to Reduce Adolescents' Risk of Riding With Substance-Using Drivers. *J Stud Alcohol Drugs.* 018 [acesso em 2020 jan 2]; 79(4):611-616. Disponível em: <http://doi.org/10.15288/jsad.2018.79.611>.
56. Midford R. Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going? *Addiction.* 2010 [acesso em 2018 jul 2]; 105(10):1688-95. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02790.x>.
57. Chun TH, Linakis JG. Interventions for adolescent alcohol use. *Curr Opin Pediatr.* 2012 [acesso em 2018 jul 2]; 24(2):238-42. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32834faa83>.
58. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, et al. Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial. *JAMA Pediatr.* 2014 [acesso em 2018 jul 2]; 168(2):122-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4009>.
59. Giesbrecht N, Ferris J. Community-based research initiatives in prevention. *Addiction.* 1993 [acesso em 2018 jul 2]; 88(supl):83S-93S. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02166.x>.
60. Giesbrecht N, Haydon E. Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. *Drug Alcohol Rev.* 2006 [acesso em 2018 jul 2]; 25(6):633-46. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/09595230600944594>.

61. Bryant CA, Brown KRM, McDermott RJ, et al. Community-based prevention marketing: organizing a community for health behavior intervention. *Health Promot Pract.* 2007 [acesso em 2018 jul 2]; 8(2):154-63. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/1524839906290089>.
62. Helseth SA, Janssen T, Scott K, et al. Training community-based treatment providers to implement contingency management for opioid addiction: time to and frequency of adoption. *J Subst Abuse Treat.* 2018 [acesso em 2020 fev 2]; (95):26-34. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.09.004>.
63. Roche A, Kostadinov V, Fischer J, et al. Addressing inequities in alcohol consumption and related harms. *Health Promot Int.* 2015 [acesso em 2018 jul 2]; 30(supl2):ii20-35. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/heapro/dav030>.
64. Oliveira E, Soares CB, Batista LL. Representações cotidianas de jovens sobre a periferia. *Rev Bras Enferm.* 2016 [acesso em 2018 jul 27]; 69(6):1147-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0387>.
65. Oliveira E, Soares CB, Silva JA. Pesquisa-ação emancipatória com jovens escolares: relato de experiência. *Rev Gaucha Enferm.* 2016 [acesso em 2021 maio 19]; 37(3):e62059-e. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160362059.pdf>.
66. Rocha PR, David HMSL. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde? *Rev Esc Enf USP.* 2015 [acesso em 2018 jul 27]; 49(1):129-135. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0080-62342015000100017>.
67. Spiegel JM, Breilh J, Yassi A. Why language matters: insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program. *Global Health.* 2015 [acesso em 2021 maio 19]; (11):9. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12992-015-0091-2>.
68. Lopes IO. O discurso da comissão dos Determinantes Sociais da Saúde: avanço político ou retórica social? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2017 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-27042018-112616/publico/dissertacao_final_corrigida.pdf.
69. Oliveira LC, Soares CB, Campos CMS, et al. Práticas emancipatórias na área de drogas: construção de projetos com trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP.* 2019 [acesso em 2020 jan 23]; (53):e03528. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018027803528>.

Recebido em 29/02/2020

Aprovado em 04/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Análise da produção científica sobre os serviços farmacêuticos comunitários no enfrentamento da pandemia pelo coronavírus

Analysis of scientific production on community pharmaceutical services in confronting the coronavirus pandemic

Nília Maria de Brito Lima Prado¹, Vinícius Nunes Carvalho¹, Fabiely Gomes Nunes¹, Naila Neves de Jesus², Hebert Luan Pereira Campos dos Santos¹, Adriano Maia dos Santos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112921

RESUMO Esta revisão buscou sintetizar as práticas em serviços farmacêuticos relacionadas ao gerenciamento e às atividades clínicas em distintos contextos para a prevenção e a assistência durante a epidemia da Covid-19. Trata-se de uma revisão da literatura sobre políticas públicas de saúde para a reorganização da assistência farmacêutica em países atingidos pela Covid-19 realizada nas bases de dados Web of Science, Science Direct e Biblioteca Virtual em Saúde. Foram selecionados 9 artigos, sendo todos publicados em 2020. Destes, 90% foram publicados pelo periódico 'Research in Social and Administrative Pharmacy' e tiveram como local de realização de estudo países de três continentes. Foram relatadas e debatidas experiências sobre a atuação do profissional farmacêutico e o papel da farmácia comunitária no contexto da pandemia da Covid-19, e sobre a reorganização destes serviços, evidenciadas no contexto de crise, tanto no que tange à oferta de serviços quanto ao próprio espalhamento da doença. O modelo adotado pelos países para o enfrentamento da Covid-19, no âmbito dos serviços farmacêuticos comunitários, baseou-se em atividades para a garantia da qualidade e logística de insumos e medicamentos, triagem e monitoramento de pacientes, acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde e informações sobre o uso de medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE Assistência farmacêutica. Serviços comunitários de farmácia. Infecções por coronavírus. Acesso universal aos serviços de saúde.

ABSTRACT *This review sought to synthesize the practices in pharmaceutical services related to management and clinical activities in different contexts for prevention and assistance during the Covid-19 epidemic. This is a review of the literature on public health policies for the reorganization of pharmaceutical assistance in countries affected by Covid-19 carried out in the Web of Science, Science Direct and Virtual Health Library databases. 9 articles were selected, all published in 2020. Of these, 90% of the articles were published by the journal 'Research in Social and Administrative Pharmacy' and had countries of three continents as study sites. Experiences about the performance of the pharmaceutical professional and the role of the community pharmacy in the context of the Covid-19 pandemic, and about the reorganization of these services, evidenced in the context of crisis, were reported and debated, both with regard to the provision of services and the spread of the disease itself. The model adopted by countries to confront Covid-19, within the scope of community pharmaceutical services, was based on activities for quality assurance and logistics of supplies and medicines, screening and monitoring of patients, pharmacotherapeutic accompaniment, health education and information on medication use.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Vitória da Conquista (BA), Brasil.
hebertluanvph@hotmail.com

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) - Vitória da Conquista (BA), Brasil.

KEYWORDS *Pharmaceutical services. Community pharmacy services. Coronavirus infections. Universal access to health care services.*



Introdução

No âmbito da infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), da pandemia da Covid-19, estão sendo desenvolvidas medidas de saúde pública, de acordo com a fase de resposta à propagação do vírus. O sucesso das medidas preventivas depende essencialmente da colaboração dos cidadãos e das instituições. É importante incentivar e salvaguardar o papel específico dos estabelecimentos, nomeadamente aqueles que garantem as condições para o tratamento da Covid-19 nos sistemas de saúde¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)², ao reconhecer a fragilidade de muitos sistemas de saúde do mundo, propôs diretrizes para os países manterem serviços essenciais de saúde durante todo o período da pandemia, que incluem as farmácias comunitárias, para oferecer aconselhamento essencial, fornecimento de informações e medicamentos a pacientes e comunidades locais. Pelo papel fulcral que representam no sistema de saúde, e pelas especificidades da população a que servem, as farmácias devem, ainda, adotar uma série de medidas que visem a proteger os seus colaboradores e cidadãos, bem como contribuir para impedir a propagação da Covid-19³.

O papel dos cuidados farmacêuticos é significativo para pessoas com doenças crônicas e é particularmente relevante durante esse período de pandemia da Covid-19, em que muitas pessoas têm várias preocupações relacionadas ao uso de medicamentos. Os serviços farmacêuticos estabeleceram as práticas de gerenciamento do fornecimento e da assistência farmacêutica sob quatro aspectos: pessoal, gerenciamento de suprimento de medicamentos, gerenciamento de uso de medicamentos *off label* e atendimento para a adesão ao tratamento farmacoterapêutico⁴.

Para o tratamento de Covid-19, farmacêuticos realizam o monitoramento de reações adversas e participam de consulta multidisciplinar em equipes de saúde, reconciliação de medicamentos e revisão de prescrições, promovendo o uso racional de medicamentos,

monitoramento farmacoterapêutico e gerenciamento de riscos de medicamentos, contribuindo para identificar casos suspeitos e evitar uma maior disseminação na comunidade⁵.

Nesse sentido, a farmácia comunitária é um dos estabelecimentos de saúde que tem um papel fundamental a desempenhar no controle da pandemia atual. Como o escopo da prática farmacêutica comunitária varia consideravelmente entre os países, é importante examinar os modelos de assistência farmacêutica que podem contribuir com a resposta de saúde pública ou privada à Covid-19 e manter a continuidade dos serviços farmacêuticos alinhada às determinações e às práticas das equipes e dos serviços de saúde⁶.

Este artigo sintetizou as práticas em serviços farmacêuticos relacionadas ao gerenciamento e às atividades clínicas em distintos contextos para a prevenção e a assistência durante a epidemia da Covid-19. Essas informações podem contribuir para a tomada de decisões futuras sobre a reestruturação dos serviços de saúde por gestores e formuladores de políticas públicas em resposta à crise, como a pandemia de Covid-19.

Aspectos metodológicos

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura sobre políticas públicas de saúde para a reorganização da assistência farmacêutica em países atingidos pela pandemia do novo coronavírus.

Revisores independentes realizaram a busca de trabalhos nas bases de dados Web of Science, Science Direct e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as seguintes combinações de palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Serviços Comunitários de Farmácia; Infecções por Coronavírus; Sistemas de Saúde. A coleta foi realizada entre 01 a 15 de abril de 2020.

Adotou-se como critério de inclusão os estudos que abordavam políticas públicas de assistência farmacêutica, os aspectos relacionados à organização dos serviços e os desafios

para sua implementação em países atingidos pela pandemia da Covid-19. Não houve exclusão, a priori, de nenhuma abordagem metodológica, tendo sido incluídos tanto artigos qualitativos quanto quantitativos. O estudo incluiu artigos escritos em inglês.

Os motivos para a exclusão dos artigos foram a ausência da análise e discussão de aspectos relacionados estritamente a políticas e organização de serviços farmacêuticos para enfrentamento do coronavírus.

Iniciou-se a seleção dos estudos por meio da leitura dos títulos e dos resumos, observando-se os critérios de inclusão. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Foi estruturada uma planilha do Excel® contendo os seguintes termos: autores, ano de publicação, país do estudo, desenho do estudo/metodologia, número de pessoas investigadas, objetivos, população estudada, política pública farmacêutica, ações para enfrentamento do coronavírus e principais resultados.

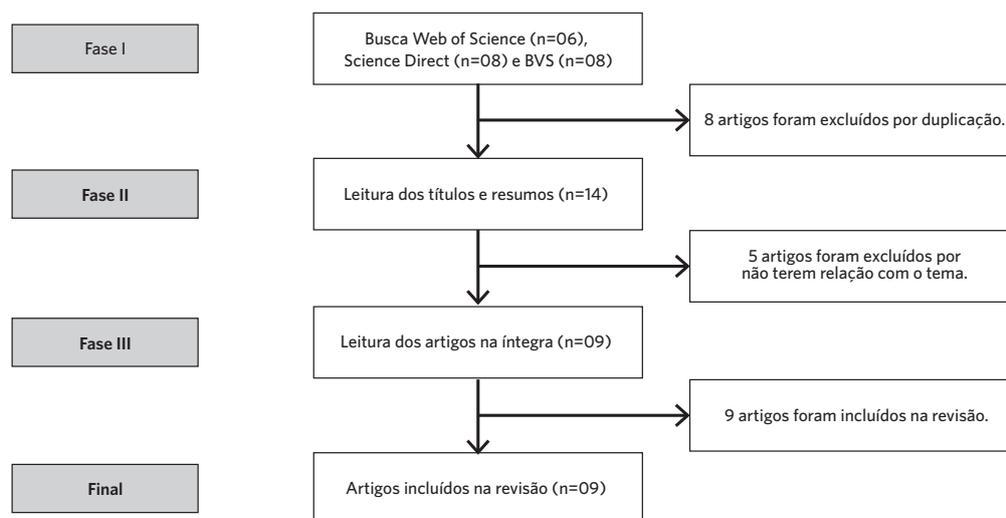
A sistematização envolveu as etapas de identificação, fichamento, análise e interpretação de resultados de estudos selecionados. Essa revisão seguiu as recomendações da Prisma

(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)⁷.

Os artigos identificados nas três bases de dados foram organizados no *software* Microsoft Excel® 2007, considerando as seguintes variáveis: ano da publicação, título, nome dos autores, periódico em que foi publicado, desenho/estratégia de estudo e principais achados, sendo esses dois últimos definidos inicialmente a partir do resumo do artigo, confirmados pela leitura do artigo na íntegra, se necessário.

Os artigos foram inicialmente analisados a partir de seus títulos, seguidos da leitura de seus resumos e posterior leitura dinâmica na íntegra. Inicialmente, foram selecionadas 22 publicações, sendo 8 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), 8 na Science Direct e 6 na Web of Science. Após a leitura de títulos e resumos, foram excluídos 4 na BVS e 1 na Web of Science, por se tratar de assistência farmacêutica no âmbito hospitalar, 4 na Science Direct e 4 na Web of Science, ambos por duplicação. Após a leitura na íntegra, foram obtidos 9 artigos, que compuseram o universo a ser analisado (*figura 1*).

Figura 1. Busca, seleção, inclusão e exclusão de estudos sobre políticas públicas de saúde pública para a reorganização da assistência farmacêutica em países atingidos pela pandemia do coronavírus



Resultados e discussão

Dos 09 artigos selecionados, 08 foram publicados na revista 'Research in Social and Administrative Pharmacy' e 01 artigo foi publicado no 'International Journal of Clinical Pharmacy', sendo a origem geográfica bem diversa: artigos do continente asiático (02 da China, 01 de Macau e 01 dos Emirados Árabes), artigos provenientes do continente americano (dos Estados Unidos e da Colômbia), artigos originários do continente africano, (da Nigéria

e de Gana). Todas as produções tinham natureza qualitativa e concentraram-se no ano de 2020 em vista da atualidade e da urgência da temática no cenário vigente.

Os artigos propuseram, de maneira geral, expor experiências e suporte científico para a atuação do profissional farmacêutico, debater o papel da farmácia comunitária no contexto da pandemia da Covid-19 e como se deu a reorganização dos serviços para o fornecimento do cuidado ao paciente (*quadro 1*).

Quadro 1. Estratégias adotadas por cada país para a reorientação dos serviços farmacêuticos comunitários em países selecionados

Autores	País de origem	Política Farmacêutica	Estratégias adotadas	Âmbito
Zheng et al. ⁸	China	Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica	- As farmácias comunitárias devem possuir suprimento adequado de medicamentos e produtos preventivos para Covid-19 (máscaras, álcool em gel); - Fornecimento de informações em tempo real para pacientes portadores de doenças crônicas através de <i>websites</i> da farmácia ou aplicativos de celular informando-os quando necessitam comprar seus medicamentos ou para tirar dúvidas sobre o seu uso; - Serviço de entrega em domicílio; - As farmácias chinesas fizeram parcerias com os comitês dos bairros para fornecer serviços de entregas de medicamentos em comunidades em quarentena; - Para pacientes com doenças específicas, como câncer, hepatite e síndrome do intestino irritável, as farmácias trabalharam com as empresas farmacêuticas para garantir o fornecimento dos medicamentos durante a pandemia; - Fornecimento de cuidados farmacêuticos com a finalidade de promover a prevenção e o controle da Covid-19 e a garantia do uso seguro de medicamentos pelo paciente.; - As consultas e orientações podem ser feitas através de telefone, aplicativos e internet; - Divulgação do acesso remoto a farmacêuticos através de pôsteres ou folhetos na farmácia e nas comunidades vizinhas, notificações na internet, mensagens de texto ou <i>e-mails</i> .	Privado
Liu et al. ¹	China	Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica	- Fornecimento de medicamentos preventivos e de tratamento, prestação cuidados farmacêuticos; - Trabalho em conjunto com outras organizações de saúde, profissionais, agências governamentais para atender à necessidade de serviços, tais como: garantir suprimento, armazenamento e transporte adequados dos medicamentos, redigir guias de orientações de serviços profissionais aos farmacêuticos e farmácias, estabelecimento de serviços remotos de farmácia, educação do público com foco na prevenção, entre outros; - Estabelecer formulários terapêuticos com medicamentos de emergência baseados em guias de tratamento; - Participação do farmacêutico em ensaios clínicos de avaliação de medicamentos.	Público
Ung, C. ⁹	Macau	Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica	- Implementação de práticas de prevenção e controle de infecção na farmácia comunitária; - Garantir a segurança pessoal, reduzir os riscos de transmitir o vírus entre as pessoas e impedir a propagação de infecção através do contato de itens na farmácia; - Prática regular e correta de higiene entre todos os funcionários e garantia de que toda a estrutura de proteção seja instalada e que os produtos de higiene das mãos estejam prontamente disponíveis para uso; - Limpeza regular de superfícies e itens; - A equipe de farmácia deve ser incentivada a educar todos os clientes sobre estratégias de higiene das mãos, prevenção e controle de infecções; - Farmacêuticos devem reforçar medidas de higiene pessoal e ambiental do público; - Familiarização do farmacêutico com as formulações à base de álcool para uma possível produção de álcool gel na farmácia comunitária, a fim de suprir a demanda por esses produtos; Orientação quanto ao uso de	Público /privado

Quadro 1. (cont.)

Autores	País de origem	Política Farmacêutica	Estratégias adotadas	Âmbito
Aruru, Truong, Clark ¹⁰	EUA	- Preparação e resposta a emergências (Emergency Prepare & Response - EP&R);- Assistência Farmacêutica.	<p>máscaras aos consumidores, ajudando-os a diferenciar máscaras cirúrgicas de outros tipos de máscaras faciais não recomendadas para a proteção contra o vírus; - Controlar o preço das máscaras cirúrgicas dentro da faixa de preço razoável e ajudar a implementar o 'The Guaranteed Mask Supply for Macao Residents Scheme' em resposta à nova política do governo; - Aconselhar o consumidor sobre a escolha correta da máscara para sua proteção individual;- O governo local comprou 20 milhões de máscaras e anunciou a distribuição controlada através das farmácias; - O governo criou uma página da web com atualizações a cada 15 minutos do número de máscaras disponíveis em diferentes farmácias e seus detalhes de contato; - Parceria-público privada entre governo e farmácias comunitárias para dispensação e cuidados farmacêuticos para pacientes dos Institutos de Saúde Pública; - Monitoramento do estoque de produtos farmacêuticos através de um sistema de dados de compra e venda desses produtos para monitoramento em tempo real do estoque.</p> <p>- Remoção de barreiras para suprir a falta de produtos médicos e fornecer garantias para a continuidade do atendimento; - Facilitar barreiras operacionais para resolver problemas de força e fluxo de trabalho para farmacêuticos durante um período de crise; - Expansão do papel dos profissionais de farmácia e farmácias durante a pandemia com a incorporação de recurso e educação EP&R em seus sites sobre o Covid-19; - Serviços de farmácia considerados essenciais permaneceram abertos para fornecer acesso a medicamentos, produtos e suprimentos e saúde. Muitas farmácias estão expandindo serviços, aplicando isenção de taxas de entrega, extensão de horas e extensão de períodos de recarga; - Profissionais de farmácia devem estar preparados para gerenciar medicamentos e suprimentos médicos enquanto trabalham em equipes de saúde integradas; - Os farmacêuticos devem continuar a imunizar rotineiramente o público e incorporar imunizações adicionais em emergências, assim que estiverem disponíveis; - Permissão da FDA de uso de produtos médicos não aprovados ou usos não aprovados de produtos médicos já validados; - Estabelecimento de pontos de dispensação e administração de MCMs (<i>medical countermeasures</i>); - Criação de abrigos de emergência com o fornecimento de serviços essenciais; - O farmacêutico está autorizado a testar, tratar e imunizar pacientes ou a comunidade, especialmente em áreas de acesso à saúde limitado; - Os farmacêuticos devem continuar a monitorar e relatar efeitos adversos relacionados a medicamentos e vacinas recentemente aprovados para o uso em emergências; - Educação farmacêutica no contexto de saúde pública e EP&R; - Pesquisa e disseminação de impactos e resultados de EP&R para o reconhecimento da contribuição dos profissionais de farmácia durante emergências de saúde pública.</p>	Privado
Carico Jr, Sheppard, Thomas ¹⁵	EUA	Atenção Farmacêutica	Uso do modelo Health Belief Model como um guia de comunicação por farmacêuticos comunitários para ajudar na adesão de medidas preventivas de mitigação da transmissão do vírus e motivar a mudança de comportamento.	Não identificado
Hedimaa, Adeyemib, Ikunaiyec ¹¹	Nigéria	Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica	- Garantir o suprimento de medicamentos e produtos farmacêuticos necessários; - As farmácias podem compartilhar as informações de medicamentos disponíveis no estoque através do seu site ou por um aplicativo de celular, além de informar ao paciente através desses canais quando há necessidade de comprar medicamentos; - Para pacientes que não podem ir à farmácia, disponibilizar pedido por <i>e-mail</i> , entrega em domicílio; - Autorização para o farmacêutico realizar testes rápidos; - Farmacêuticos devem prover imunização (quando disponível) para Covid-19 na farmácia comunitária; - Promover o uso seguro e racional dos medicamentos.	Não identificado
Amarilis et al. ¹⁴	Colômbia	Atenção Farmacêutica	Desenvolvimento de uma proposta de fluxograma de sinais e sintomas para que o farmacêutico possa contribuir para a detecção precoce e o encaminhamento adequado de casos suspeitos de Covid-19.	Não identificado

Quadro 1. (cont.)

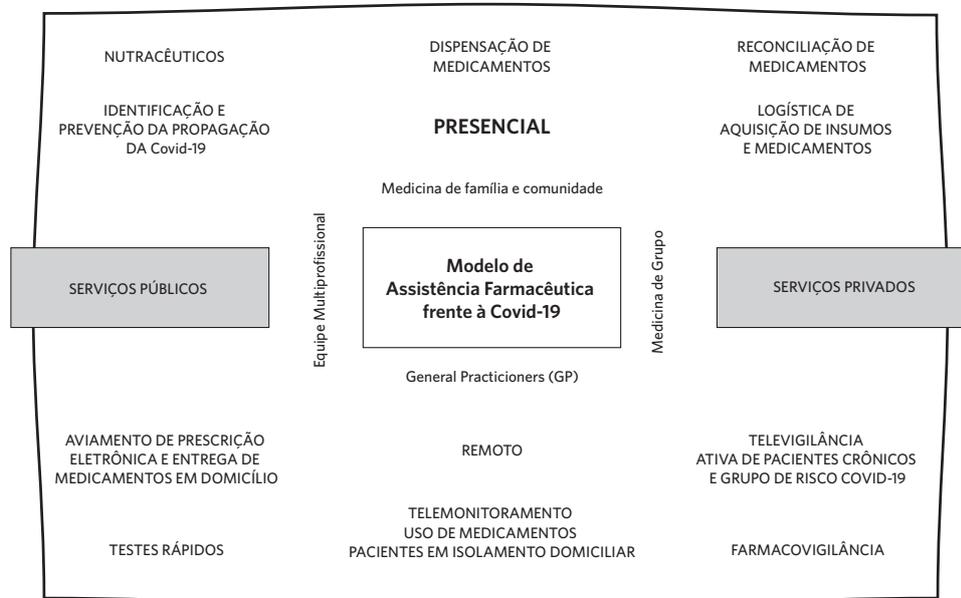
Autores	País de origem	Política Farmacêutica	Estratégias adotadas	Âmbito
Al-Quteimat, Amer ¹²	Emirados Árabes	Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica	Os farmacêuticos devem aconselhar as pessoas não suspeitas de Covid-19 a praticar o distanciamento social, evitar espaços fechados e lotados; - Informá-las para manterem uma distância de pelo menos 2 metros de qualquer indivíduo suspeito de ter Covid-19; - Incentivar a prática de higiene das mãos, demonstrar maneiras mais seguras e educadas de tossir e espirrar; - Garantir o reabastecimento de medicamentos, obtendo substituições seguras; - Prescrever medicamentos de venda livre para algumas indicações, reduzindo visitas hospitalares desnecessárias; - Oferta de entrega em domicílio de medicamentos e produtos, consultas farmacêuticas on-line ou por telefone.	Não identificado
Kretchy et al. ¹⁶	Gana	Atenção Farmacêutica	- Cuidado Farmacêutico focado na prevenção, identificação e/ou resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos para os clientes de seu estabelecimento; - Promoção do uso racional de medicamentos, principalmente para pessoas que apresentam doenças crônicas; - Provisão de informação sobre medicamentos, aconselhamento sobre medicamentos utilizados em doenças crônicas; - Promover adesão e prover serviços de acompanhamento; - Disponibilizar estoque de medicamentos essenciais; - Prover informação adequada sobre medidas de prevenção e supressão da transmissão; - Identificar pacientes suspeitos através de triagem baseada em protocolos; - Promover adesão ao medicamento; - Revisão da medicação e acompanhamento do paciente.	Não identificado

Fonte: Elaboração própria.

Durante a pandemia, os profissionais de farmácia têm respondido altamente à crise. As farmácias comunitárias fornecem serviços essenciais aos pacientes e às equipes de saúde por meio do provimento contínuo de medicamentos e tratamento, e continuam abertas – e, em algumas áreas, oferecem horários e serviços prolongados –, para fornecer acesso crítico

a medicamentos, produtos e suprimentos de saúde. Em paralelo, esses serviços devem estar preparados para gerenciar medicamentos e suprimentos médicos, enquanto atendem a equipes de saúde integradas e equipes comunitárias em resposta a situações de emergência⁶ (figura 2).

Figura 2. Modelo de assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde para enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos países incluídos no estudo



Fonte: Elaboração própria.

As estratégias adotadas para o enfrentamento da Covid-19, no âmbito dos serviços farmacêuticos comunitários, basearam-se em políticas farmacêuticas já estabelecidas previamente nos países sob as premissas da assistência farmacêutica^{1,8-12}, que envolvem as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, utilização: prescrição, dispensação¹³ e nos saberes e práticas da atenção farmacêutica^{1,8,9,12,14-16}.

As estratégias se deram de forma mista entre instituições públicas e privadas e o estabelecimento de parcerias entre o governo e as farmácias comunitárias privadas. De forma abrangente, a organização dos serviços farmacêuticos se deu por meio de um trabalho em conjunto de várias instituições responsáveis pelo controle, regulamentação, aspectos relacionados a distribuição, fiscalização, entre outros, que envolvem produtos farmacêuticos e a profissão farmacêutica.

O Estado, em conjunto com o seus respectivos Ministérios da Saúde e Economia,

designou órgãos responsáveis por fiscalizar e garantir como objetivo principal o acesso ao uso seguro e adequado do medicamento, além de estarem encarregados por toda parte regulamentária que abrange a assistência farmacêutica e suas imputações. Os órgãos que regulam os serviços farmacêuticos, entre as suas diversas atribuições, têm como princípio em comum a garantia do acesso aos medicamentos seguros e adequados, responsáveis por regulamentar, avaliar, autorizar, disciplinar, fiscalizar, verificar todos os procedimentos associados ao setor farmacêutico, seja ele público ou privado, com base na legislação vigente¹⁷.

As produções foram enfáticas com relação às necessidades logísticas de provimento de equipamentos de proteção individual recomendados para prevenção e higiene, como formulações à base de álcool e máscaras cirúrgicas. Ung⁹ trouxe como uma das medidas adotadas em Macau a familiarização do farmacêutico com as formulações à base de álcool para uma possível produção dentro da farmácia.

Outras experiências descreveram medidas autorizadas pelas autoridades sanitárias, para evitar o desabastecimento de produtos para higienização de mãos, a exemplo do uso de produtos médicos não aprovados ou usos não aprovados de produtos já existentes^{9,10}, ampliação de atribuições profissionais dos farmacêuticos com atividades de educação farmacêutica no contexto de saúde pública ou colaboração com as clínicas de febre do entorno e as instituições Covid-19 quanto ao compartilhamento mútuo de informações durante a transição do tratamento de pacientes em isolamento domiciliar e no rastreamento precoce de casos, a partir da mensuração da temperatura corporal e outros sintomas clínicos como tosse, fadiga e histórico epidemiológico⁷.

Os farmacêuticos estão envolvidos há muito tempo nas ações de saúde pública, incluindo a prevenção através de vacinas de rotina e a garantia do acesso a medicamentos. Por exemplo, o acesso a medicamentos, especialmente durante os surtos de vírus HIV e ebola que datam das décadas de 1980 e 1990, e, mais recentemente, a assistência farmacêutica a idosos e a deficientes, durante a pandemia do H1N1, em 2009, do surto asiático de vírus da influenza aviária, para armazenar e distribuir agentes antivirais e vacinas^{18,19}.

Na temporada de gripe, os farmacêuticos e médicos dos EUA colaboram para fazer com que os pacientes recebam tratamento oportuno²⁰. Em dois surtos de síndrome respiratória aguda grave (Sars), os farmacêuticos canadenses desempenharam um papel vital na distribuição de medicamentos, informações sobre medicamentos e no apoio direto ao paciente²¹. Sendo a China o primeiro local onde se detectou o Sars-CoV-2, os farmacêuticos chineses, com vasta experiência, responderam rapidamente e executaram uma variedade de estratégias para fornecer atendimento farmacêutico.

No entanto, conforme observado por Gudi e Tiwari²², apesar da contagiosidade do H1N1, da virulência do Sars-CoV de 2003 e dos surtos

mais recentes da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (Mers), esses surtos não estimularam a manutenção de estruturas vibrantes e rapidamente implantáveis para respostas públicas em preparação para a pandemia atual, o que indica a necessidade de melhorar continuamente a capacidade do sistema de saúde de responder a emergências de saúde pública, inclusive no processo de formação na graduação em saúde com foco interprofissional, para ajudar a garantir respostas baseadas em evidências a futuras crises de saúde pública¹⁰.

Na maioria desses países, as farmácias privadas são amplamente estabelecidas e constituem o ponto inicial e o canal preferido por meio do qual os membros da comunidade poderão obter medicamentos e serviços de saúde para a maioria da população nos países em desenvolvimento^{23,24}. Entretanto, o escopo da prática farmacêutica comunitária varia consideravelmente entre os países^{25,26}.

O modelo de assistência farmacêutica predominante nas farmácias comunitárias se constituiu em atenção presencial, educação em saúde com materiais informativos sobre a prevenção da doença, autocuidado e automonitoramento de doenças crônicas, disponibilização de *home care* farmacêutico e serviços remotos de apoio logístico e cuidado em saúde, incluindo o telemonitoramento da adesão ao tratamento dos pacientes crônicos em uso contínuo de terapia medicamentosa e pacientes com sintomas leves do coronavírus^{1,8,9}. As farmácias se prepararam também para realizar entregas em domicílio, por meio de solicitações por *e-mail* e aplicativos de medicamentos e insumos farmacêuticos, além de fornecerem serviços regulares de farmácia, no que concerne à segurança de medicamentos^{1,8,10,11}.

Importante ressaltar que os farmacêuticos desempenham um papel importante na mitigação da escassez emergente de medicamentos relacionada à pandemia. Em primeiro lugar, os farmacêuticos pretendem garantir os medicamentos mais baseados em evidências para os pacientes com Covid-19, a fim de melhorar os resultados²⁷. Além disso, os

farmacêuticos devem dar toda a atenção aos seus conhecimentos farmacológicos e considerar os sintomas e resultados etiológicos do paciente, combinados com a função hepática e renal e os parâmetros farmacocinéticos do medicamento, para formular esquemas de medicamentos individualizados e para melhorar a taxa de cura²⁸.

Outra medida frequentemente empregada é definir uma área específica dentro da farmácia para clientes com suspeita de sintomas de Covid-19, a fim de reduzir a transmissão da infecção²⁹.

A preparação dos farmacêuticos da comunidade para um surto de pandemia como a Covid-19 não se limita ao papel clássico da farmácia, mas também deve ser considerada para cobrir o papel de relatar adequadamente casos suspeitos de Covid-19 às autoridades de saúde, monitorando a disseminação da doença e contribuindo para a confiabilidade e validade das figuras nacionais. Um paralelo deve ser traçado com o papel do farmacêutico de relatar reações adversas a medicamentos, especialmente no momento atual da pandemia³⁰. Conseqüentemente, a preparação pandêmica dos farmacêuticos não deve ser negligenciada e deve ser estendida ao conhecimento de procedimentos de notificação.

Entretanto, como em muitas outras áreas da sociedade durante esta pandemia, a Covid-19 destacou e exacerbou muitos dos problemas estruturais já existentes. Na maioria dos países europeus, a tarefa principal do farmacêutico é preparar e distribuir medicamentos prescritos por médicos de família e comunidade ou General Practitioners (GP)³¹. Por outro lado, na Inglaterra, houve uma certa relutância em comprometer fundos adicionais, novos serviços clínicos foram suspensos e houve uma grande escassez no fornecimento de equipamentos de proteção individual, para permitir as interações pessoais que os farmacêuticos comunitários têm com os pacientes³².

Tal cenário ainda é um desdobramento das regulamentações publicadas na Europa após a crise econômica de 2008, para os países que

foram fortemente afetados pela crise financeira e implementaram mudanças políticas, geralmente com o objetivo de gerar economia brevemente após o surgimento da crise. Neste sentido, foram identificadas medidas políticas direcionadas à redução do financiamento e gastos com medicamentos em Portugal, Grécia, Bélgica, França, República Tcheca, Islândia, Espanha e Alemanha, sendo 22% das medidas pesquisadas classificadas como de austeridade. Esse cenário pode afetar as decisões, por exemplo, quanto a reembolso por serviços farmacêuticos ambulatoriais frente a uma crise sanitária como a epidemia de Covid-19, que tem a premência de alta transmissibilidade, exigindo decisões políticas rápidas e efetivas³³.

Um outro aspecto que merece destaque é que, por se enquadrar em serviço de varejo, na maioria dos países, os farmacêuticos que atuam em farmácias comunitárias privadas não estão incluídos na categoria de profissionais de saúde com maior risco de exposição ao coronavírus. Apesar do contato contínuo com usuários e da necessidade de uso de EPIs, em alguns estabelecimentos existem requisitos menos rigorosos para o fornecimento de máscaras e luvas.

Por outro lado, a atuação em serviços farmacêuticos vinculados a equipe multiprofissional em sistemas de saúde de alguns países, como Espanha e Portugal, tem sido apontada como outro aspecto favorável à demanda assistencial na atenção primária à saúde, pois a efetividade do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com doenças crônicas, por exemplo, diabetes e hipertensão arterial, tem reduzido os custos diretos com assistência médica do Sistema Nacional de Saúde espanhol³⁴ e o uso excessivo dos seguros saúde, especialmente entre os idosos³⁵.

Para ajudar os médicos a entender e prescrever os medicamentos na lista de medicamentos, os farmacêuticos clínicos criaram um manual racional de uso de medicamentos para o pessoal médico da linha de frente aplicar o tratamento da Covid-19, incluindo uso e dosagem, solventes, precauções, reações adversas a medicamentos e

ajuste de dose para populações especiais, como mulheres grávidas, crianças, idosos, pacientes em diálise, entre outras situações clínicas³⁶. Farmacêuticos nutricionais, como membros da equipe colaborativa multidisciplinar, estabeleceram procedimentos padronizados de terapia nutricional para pacientes graves e críticos com Covid-19³⁷.

Para garantir a assistência farmacêutica em abrigos e de Fangcang, os farmacêuticos da Faculdade de Medicina Tongji, da Universidade de Ciência e Tecnologia de Huazhong, lançaram o serviço Monitoramento Farmacêutico On-line, que é um modelo de serviço farmacêutico on-line, principalmente usando o WeChat, App com dispositivos móveis inteligentes. Cada paciente no hospital-abrigo Fangcang deve responder ao questionário de informações sobre medicamentos na admissão, e as informações sobre medicamentos são carregadas na plataforma de nuvem, e as perguntas são respondidas imediatamente. O modelo de serviço farmacêutico on-line não apenas reduz efetivamente as chances de infecções adquiridas em hospitais, mas também melhora a eficiência dos serviços de farmácia e obtém orientação profissional oportuna e eficaz sobre medicamentos para pacientes durante todo o processo^{38,39}.

No que concerne à continuidade e a longitudinalidade dos cuidados, entre as atividades adequadas para responder às necessidades dos pacientes, alguns estudos citam a inclusão de trabalho remoto. Em um estudo realizado em Bangladesh, onde os serviços de saúde estão se concentrando de maneira incomum em uma pequena fração de pacientes críticos e dispendiosos para a saúde, a telefarmácia incluíu aconselhamento ao paciente, revisão de medicamentos e revisão de prescrição por um farmacêutico qualificado para os pacientes residentes em áreas distantes das farmácias⁴⁰.

Além disso, os autores¹⁵ reforçaram a necessidade de fomentar os comportamentos sociais necessários na fase de mitigação da doença aplicando o modelo de crenças em saúde, por meio da análise dos benefícios percebidos para

a ação, as barreiras percebidas para a ação e a capacidade percebida da pessoa para agir. As construções do modelo podem ser aplicadas a pacientes de farmácia comunitária que podem apresentar ansiedade, incerteza, ceticismo ou apreensão com relação aos comportamentos de mitigação da Covid-19. As informações são subsidiadas pelos antecedentes e experiências de um indivíduo. Assim, o farmacêutico comunitário deve ter em mente as características demográficas do paciente, status socioeconômico e base de conhecimento possíveis pela prática clínica contínua.

Outra emergência igualmente premente e paralela à crise sanitária é a sobrecarga de informações sobre medicamentos e informações incorretas em torno da Covid-19. A OMS descreveu que o surto e a resposta à Covid-19 'foram acompanhados por um enorme infodêmico - uma abundância excessiva de informações'. O 'infodêmico' refere-se aos perigos de um volume excessivo de informações com relação à Covid-19 (incluindo medidas ou curas de prevenção falsa) que suscitam preocupações pelo público em distinguir fato de ficção e por agências governamentais conduzirem políticas baseadas em evidências. À medida que a Covid-19 se transforma em uma crise de saúde pública global, várias reivindicações infundadas sobre curas e transmissão e/ou exposição se apossaram da Internet e das mídias sociais⁴¹. [tradução dos autores].

Essas desinformações em diferentes conjunturas constituem uma preocupação adicional, pois representam um sério desafio no enfrentamento da pandemia⁴¹. Portanto, o farmacêutico pode atuar disseminando informações baseadas em evidências científicas sobre a situação local e o progresso geral da infecção e contribuir para a educação em saúde sobre as medidas preventivas do surto de 2019 (CoV) e o reconhecimento precoce dos sintomas.

No quesito das políticas de atenção farmacêutica e assistência farmacêutica

reestruturadas para esse contexto, destacam-se o uso massivo das tecnologias e do acesso remoto, por meio de *websites*, telefone e aplicativos móveis como canais para consultas e orientações farmacêuticas^{8,9,11,12,42,43}. Carico Jr., Sheppard e Thomas¹⁵ debateram que, em vez de focarem em medicamentos, como de costume, as consultas farmacêuticas durante a epidemia referem-se, também, ao conhecimento de prevenção da Covid-19, como seleção de máscara e sinais e sintomas e transmissibilidade, reforçando comportamentos que limitam a propagação da pandemia, incluindo distanciamento social e uso de telefonemas ou videoconferência para obter cuidado em saúde, quando possível.

Na situação de surto pandêmico, entre as recomendações de organização da Atenção Primária à Saúde na Austrália, foi incentivado o uso de prescrição eletrônica por meio de um sistema em que os prescritores poderão gerar uma prescrição eletrônica que os pacientes poderão compartilhar com uma farmácia por meio de um *token* de código de barras QR (Quick Response) exclusivo, enviado por um aplicativo, serviços de mensagens de telefone móvel ou *e-mail*, que interligava as farmácias comunitárias aos serviços de saúde e desburocratizava o acesso aos medicamentos durante a pandemia³⁷. Na França e em Portugal, os farmacêuticos foram autorizados a repetir a administração de medicamentos prescritos para pacientes com condições crônicas, para reduzir a necessidade de consultas médicas e liberar recursos⁴⁴.

Ademais, à medida que a pandemia continua a se estender, a demanda generalizada de médicos levou ao adiamento de revisões de rotina e consultas para pacientes com doenças crônicas. Contudo, ante a necessidade de adesão e continuidade do tratamento de pacientes com doenças crônicas para obter resultados terapêuticos adequados, especialmente durante essa pandemia de Covid-19, os pacientes podem procurar os farmacêuticos comunitários que podem julgar a necessidade de fornecer os medicamentos¹⁶. Por outro lado,

farmácias localizadas nos bairros e drogarias não estão articuladas com o sistema de saúde, portanto, é necessário conectá-las ao processo de assistência médica implementado para atender aos possíveis casos de Covid-19¹⁴.

Além disso, uma recomendação frequente tem sido a autorização para testar os pacientes contemplando serviços ampliados fornecidos por farmacêuticos. Exemplos específicos incluem a provisão de testes para pacientes individuais, bem como o tratamento e a vacinação para uma comunidade ou população de pacientes, especialmente aqueles em acesso limitado ou disponibilizado em áreas de maior vulnerabilidade da população.

No cenário da atenção farmacêutica no enfrentamento à Covid-19, o farmacêutico atua com o foco na garantia do uso racional de medicamentos, principalmente para os usuários com doenças crônicas e que se caracterizam como grupo de risco^{8,9,15,16}, vacinação e capacitação para imunizar a população quando estiver disponível a vacina para a Covid-19 e na testagem rápida da comunidade, evitando o colapso do sistema de saúde^{10,11} e o desenvolvimento de um fluxograma de sinais e sintomas com tomadas de decisões¹⁴.

Lições aprendidas

A produção na área vem sendo publicada em periódicos de relevância para a saúde pública, o que confere importância aos estudos de avaliação para compreensão da dinâmica da prestação do cuidado nos serviços, como análise crítica e como forma de apontar experiências exitosas e rumos a serem seguidos para o enfrentamento da epidemia.

As vulnerabilidades expostas pela pandemia da Covid-19 revelaram a necessidade de reorganização das iniciativas para cuidado às doenças agudas pelos sistemas de saúde. Do mesmo modo, revelaram a premência na ampliação de estratégias para fortalecer as cadeias de suprimentos mais perto de onde os materiais são necessários no mercado interno

e global. Também houve constatação da necessidade de investimentos em pesquisas direcionadas à produção de vacinas, terapêuticas e métodos não médicos de prevenção vinculados às tecnologias de cuidado em saúde.

Neste sentido, a farmácia comunitária tornou-se um ponto de apoio importante para o enfrentamento da Covid-19, possibilitando acesso à informação e aos cuidados em saúde, uma vez que esses estabelecimentos se encontram dimensionados em toda extensão territorial das regiões de estados, províncias e países. E o farmacêutico torna-se um profissional que pode auxiliar no monitoramento da Covid-19 e de outras doenças crônicas, neste momento em que a sociedade precisa manter o distanciamento social, e a farmácia é um ponto de acesso disponível para a população. A ampliação dos prazos para dispensação de medicamentos de uso crônico e prescrição com assinatura eletrônica também se caracterizou como uma medida efetiva, evitando aglomerações nos serviços de saúde.

A prestação de serviços de farmácia, durante o distanciamento social ou isolamento social, fornecendo aconselhamento aos usuários e às equipes multidisciplinares da linha de frente e garantindo o uso racional de medicamentos durante a epidemia, com o desenvolvimento de serviços farmacêuticos inovadores e remotos, contribuiu de forma abrangente para a ampliação do cuidado em saúde durante a pandemia.

Uma outra medida importante foi a autorização para realização de testes rápidos para o Sars-CoV-2 realizados por farmacêuticos de farmácia comunitária. Foi uma aposta de

alguns países para a detecção em tempo oportuno da doença a partir de protocolos e critérios a serem avaliados por esses profissionais e direcionados às autoridades sanitárias, tendo essa ação a proposta de reduzir o impacto da doença para a população e para os sistemas de saúde, bem como ampliar as práticas de prestação de serviços farmacêuticos à comunidade.

Salienta-se como uma das limitações deste estudo a escassez de estudos relacionados a países europeus e latino-americanos para ampliação da abrangência das atribuições dos serviços farmacêuticos para o enfrentamento da pandemia.

O cenário de crise sanitária mundial evidenciou a necessária inclusão e o uso das tecnologias digitais pelos serviços de saúde para ampliar a resolubilidade dos sistemas de saúde, inclusive os farmacêuticos, tendo em vista que os cuidados domiciliares com apoio da telemedicina para reduzir a exposição à Covid-19 são eficazes, e, particularmente, nas áreas rurais e remotas, podendo ser utilizados com maior abrangência após o término desta pandemia.

Colaboradores

Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)*, Carvalho VN (0000-0002-7456-7099)*, Nunes FG (0000-0003-1653-0842)*, Jesus NN (0000-0003-3370-0639), Santos HLPC (0000-0003-2722-7945)* e Santos AM (0000-0001-9718-1562)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Liu S, He GF, Du J, et al. Pharmaceutical emergency guarantee difficulties and counter measures for the prevention and control of outbreak of Novel Coronavirus Pneumonia (NCP). *Chin J Hosp Pharm.* 2020; (40):243-249.
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining Essential Health Services and Systems. [acesso em 2020 jan 19]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications?healthtopics=b6bd35a3-cf4f-4851-8e80-85cb0068335b&publishingoffices=aeebab07-3d0c-4a24-b6ef-7c11b7139e43&healthtopics-hidden=true&publishingoffices-hidden=true>.
- Zhao RS, Yang YH, Yang L, et al. Novel coronavirus control and prevention strategy: pharmaceutical guidance and management strategy. *Chin Pharmaceut J.* 2020. [acesso em 2020 jan 19]. Disponível em: <http://kns.cn.ki.net/kcms/detail/11.2162.R.20200207.0936.002.html>.
- Rutter V, Chan AHY, Tuck C, et al. Weaving the health and pharmaceutical care agenda through the themes of the commonwealth heads of government meeting (CHOGM), London 2018. *J Pharm Policy Pract.* 2018; 11(1):10.
- Wang RR, Xu Q, Li L, et al. Pharmacological care strategy for antivirals in patients with COVID-19 complicated by underlying disorders. *Chin J Hosp Pharm.* 2020; (40):1.
- Cadogan CA, Hughes CM. On the frontline against COVID19: Community pharmacists' contribution during a public health crisis. *Research in Soc. Admin. Pharm.* (no prelo), 2020.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009; 6(7):e1000097.
- Zheng SQ, Yang L, Zhou PX, et al. Recommendations and guidance for providing pharmaceutical care services during COVID-19 pandemic: A China perspective. *Res Social Adm Pharm.* 2020; 17(1):1819-1824.
- Ung COL. Community pharmacist in public health emergencies: Quick to action against the coronavirus 2019-nCoV outbreak. *Res Social Adm Pharm.* 2020; 16(4):583-586.
- Aruru M, Truong HA, Clark S. Pharmacy Emergency Preparedness and Response (PEPR): a proposed framework for expanding pharmacy professionals' roles and contributions to emergency preparedness and response during the COVID-19 pandemic and beyond. *Res Social Adm Pharm.* 2020; 17(1):1967-1977.
- Hedima EW, Adeyemi MS, Ikunaiye NY. Community Pharmacists: On the frontline of health service against COVID-19 in LMICs. *Res Social Adm Pharm.* 2020; 17(01):1964-1966.
- Al-Quteimat OM, Amer AMR. Sars-Cov-2 outbreak: How can pharmacists help? *Res Social Adm Pharm.* 2020; 17(2):480-482.
- Marin N, Luzia VL, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. *Gerentes Municipais.* Rio de Janeiro: OPAS; OMS; 2003.
- Amariles P, Ledezma-Morales M, Salazar-Ospina A, et al. How to link patients with suspicious COVID-19 to health system from the community pharmacies? A route propose. *Res Social Adm Pharm.* 2021; 17(1):1988-1989.
- Carico Junior RR, Sheppard J, Thomas CB. Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: Applying the health belief model. *Res Social Adm Pharm.* 2020; 2021; 17(1):1984-1987.
- Kretchy IA, Asiedu-Danso M, Kretchy JP. Medication management and adherence during the COVID-19 pandemic: Perspectives and experiences from

- low-and middle-income countries. *Res Social Adm Pharm.* 2021; 17(01):2023-2026.
17. Management Sciences for Health. Chapter 6: Pharmaceutical legislation and regulation. *Manag Sci Heal.* 2012 [acesso em 2020 jan 19]; 6(1):1-16. Disponível em: <https://www.mendeley.com/catalogue/chapter-6-pharmaceutical-legislation-regulation/>.
 18. Schwerzmann J, Graitcer SB, Jester B, et al. Evaluating the Impact of Pharmacies on Pandemic Influenza Vaccine Administration. *Disaster Med Public Health Prep.* 2017; 11(5):587-593.
 19. Miller S, Patel N, Vadala T, et al. Defining the pharmacist role in the pandemic outbreak of novel H1N1 influenza. *J Am Pharm Assoc.* 2012; 52(6):763-7.
 20. ME Klepser, DG Klepser, AM Dering-Anderson, et al. Effectiveness of a collaborative medical-pharmaceutical program to manage influenza-like illnesses. *J Am Pharmaceut Assoc.* 2016; (56):229.
 21. TWF Chin, Chant C, Tanzini R, et al. Severe acute respiratory syndrome (SARS): the role of the pharmacist. *Farmacoterapia.* 2004; 24(6):705-712.
 22. Gudi SK, Tiwari KK. Preparedness and Lessons Learned from the Novel Coronavirus Disease. *Int J Occup Environ Med.* 2020; 11(2):108-112.
 23. World Health Organization. Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use. 2014 [acesso em 2021 maio 22]. Disponível em: https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/FR_webfinal_v1.pdf.
 24. Smith F. The quality of private pharmacy services in low and middle-income countries: a systematic review. *Pharm World Sci.* 2009; 31(3):351-61.
 25. Hughes CM, Hawwa AF, Scullin C, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharm World Sci.* 2010; 32(4):472-87.
 26. Aly M, García-Cárdenas V, Williams K, et al. A review of international pharmacy-based minor ailment services and proposed service design model. *Res Social Adm Pharm.* 2018; 14(11):989-998.
 27. Badreldin HA, Atallah B. Global drug shortages due to COVID-19: Impact on patient care and mitigation strategies. *Res Social Adm Pharm.* 2021; 17(1):1946-1949.
 28. Meng L, Qiu F, Sun S. Providing pharmacy services at cabin hospitals at the coronavirus epicenter in China. *Int J Clin Pharm.* 2020 [acesso em 2021 maio 27]; 42(2):305-308. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-020-01020-5>.
 29. Bahlol M, Dewey RS. Pandemic preparedness of community pharmacies for COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2021; 17(1):1888-1896.
 30. Christian MD, Devereaux AV, Dichter JR, et al. Task Force for Mass Critical Care; Task Force for Mass Critical Care. Introduction and executive summary: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest.* 2014; 146(supl4):8S-34S.
 31. Silva ROS, Macêdo LA, Santos GAD Júnior, et al. Pharmacist-participated medication review in different practice settings: Service or intervention? An overview of systematic reviews. *PLoS One.* 2019; 14(1):e0210312.
 32. Bukhari Q, Jameel Y. Will coronavirus pandemic diminish by summer? [acesso em 2020 fev 20]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3556998>.
 33. Vogler S, Zimmermann N, Joncheere K. Policy interventions related to medicines: Survey of measures taken in European countries during 2010-2015. *Health Policy.* 2016; 120(12):1363-1377.
 34. Lopez-Bastida J, Boronat M, Moreno JO, et al. Costs, outcomes and challenges for diabetes care in Spain. *Global Health.* 2013; (9):17.

35. Federman AD, Safran DG, Keyhani S, et al. Awareness of pharmaceutical cost-assistance programs among inner-city seniors. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2009; 7(2):117-29.
36. Song Z, Hu Y, Zheng S, et al. Hospital pharmacists' pharmaceutical care for hospitalized patients with COVID-19: Recommendations and guidance from clinical experience. *Res Social Adm Pharm.* 2021; 17(1):2027-2031.
37. Xu JQ, Li SJ, Diao CD, et al. Clinical nutritional suggestion for patients with severe pneumonia infected with new coronaviruses. *Chin J Hosp Pharm.* 2020; (40):1-3.
38. Gong WJ, Zhou T, Xu CF, et al. The practice and discussion of online pharmaceutical service mode in square cabin hospital. *Chin. J. Hosp. Pharm.* 2020; (40):876-879.
39. Meng L, Qiu F, Sun S. Providing pharmacy services at cabin hospitals at the coronavirus epicenter in China. *Int J Clin Pharm.* 2020; 42(2):305-308.
40. Mohiuddin AK. Prospect of Tele-Pharmacists in Pandemic Situations: Bangladesh Perspective. *J Health Care and Research.* 2020; 1(2):72-77.
41. Erku DA, Belachew SA, Abrha S, et al. When fear and misinformation go viral: Pharmacists' role in deterring medication misinformation during the 'infodemic' surrounding COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2020 [acesso em 2021 maio 27]; 17(1):1954-1963. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7252082/>.
42. Elson EC, Oermann C, Duehlmeier S, et al. Use of telemedicine to provide clinical pharmacy services during the SARS-CoV-2 pandemic. *Am J Health Syst Pharm.* 2020; 77(13):1005-1006.
43. US Department of Health and Human Services. Notification of the application power of remote telehealth communications during the public health emergency nationwide COVID-19. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/emergency-preparedness/notification-enforcement-discretion-telehealth/index.html>.
44. International Pharmaceutical Federation. Information and interim guidelines for pharmacists and the pharmacy workforce. [acesso em 2021 maio 22]. Disponível em: https://www.fip.org/files/content/priority-areas/coronavirus/FIP_Webinar_Coronavirus_response_20200210.pdf.

Recebido em 28/05/2020

Aprovado em 19/02/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



Portes LH. Política de controle do tabaco no Brasil

Mariana Pinho¹, Nilson do Rosário Costa¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112922

NO LIVRO 'POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO NO BRASIL', Leonardo Henriques Portes analisa de modo abrangente, em cinco capítulos, a política de controle do tabaco brasileira nas últimas décadas. Além de apresentar a evolução da prevalência de fumantes no Brasil e em países da região das Américas, o livro contempla a análise das políticas governamentais de controle do tabaco em diferentes países no mundo. Para o autor¹, essas políticas nacionais possibilitaram o consenso para a adoção, por 181 países e União Europeia, da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), da Organização Mundial da Saúde (OMS), primeiro tratado internacional de controle do tabagismo, ratificado pelo Brasil em 2005. Segundo o autor, as iniciativas nacionais já estavam instituídas quando o Brasil o ratificou, contudo, o compromisso no âmbito da OMS reforçou e ampliou o alcance da política brasileira.

A Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) é situada no complexo contexto do desenvolvimento das políticas públicas supranacionais regulatórias dos riscos à saúde coletiva, hoje sob forte pressão das forças ultradireita. Ainda assim, o autor destaca o papel do Instituto Nacional do Câncer (Inca), sediado no Rio de Janeiro, como principal empreendedor da agenda da PNCT e gestor da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro no Brasil (Conicq).

A questão do veto às proposições da PNCT é abordada de modo vivaz na publicação. O autor identifica que a indústria do tabaco e entidades aliadas foram determinantes para o veto de parte das medidas da política.

As tensões relacionadas aos encaminhamentos da Câmara Setorial da Cadeia Produtiva do Fumo, que contava, até 2019, com a participação dos governos federal e estadual, bem como as manifestações e o posicionamento de representantes do Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio e do Trabalho e Emprego, ofereceram resistência às proposições da comissão na maior parte da trajetória da comissão.

Nesse contexto, Portes¹ tratou dos limites e desafios das principais medidas de controle do tabaco no Brasil – especialmente aqueles relativos à diversificação de culturas em áreas cultivadas com tabaco, combate ao comércio ilícito e interferência da indústria do fumo na política.

Portes¹ defende que a política alcançou resultados positivos devido ao prestígio da política brasileira no cenário internacional, à sua sólida estruturação – tendo Inca, Conicq e Anvisa

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

como referências – e ao papel da sociedade civil. No entanto, o autor destaca que, quanto à política, resta a necessidade de se avançar no combate ao comércio ilícito, no apoio aos agricultores, para que diversifiquem sua renda e produção, e na sua proteção contra os interesses da indústria do tabaco. No que diz respeito à governança, entende que é preciso, ainda, superar os limites de atuação e de mecanismos de sustentabilidade da Conicq.

O conteúdo dessa obra permite ao leitor compreender as dimensões do controle do tabaco e atribui o merecido destaque aos atores e às instituições-chave que contribuíram para alcançar os inúmeros resultados. Colabora, também, para assimilar que uma política pública exitosa depende de um arcabouço constitucional e de bases sólidas, além de ações articuladas e intersetoriais. O autor passou do papel de observador para o de colaborador com a PNCT por meio da divulgação de sua pesquisa e sistematização de seus achados.

O período de análise estendeu-se até 2016, e, por esse motivo, deixou de registrar momentos recentes, no entanto, relevantes, da PNCT. Entre eles, destacam-se a tentativa limitada do governo federal de dar continuidade ao Programa Nacional de Diversificação, em 2018, e, mais recentemente, em abril de 2019, a extinção de todos os órgãos colegiados, o que incluiu a Conicq e a comissão criada no ano anterior para implementação do Protocolo para

Combate ao Comércio Ilícitos de Produtos de Tabaco. Em 2020, registrou-se a nova estruturação das Câmaras Setoriais do Ministério da Agricultura, que não mais contam com a representatividade do governo¹. Ressalta-se, ainda, que o inquérito telefônico Vigitel de 2019 registrou aumento no último ano de 0,5 pontos percentuais na prevalência de fumantes brasileiros, sendo que a tendência há mais de dez anos era de declínio.

Essa conjuntura pode resultar em um retrocesso significativo da política pública de controle do tabaco. A expectativa é de que as outras instâncias de ordem democráticas, tais como os poderes Legislativo e Judiciário Federais, bem como a sociedade civil, que advoga pelo direito à saúde, manifestem-se pela reativação da Comissão. O momento é de demandar a retomada das funções da Conicq, porque o desenvolvimento da regulação da indústria do tabaco ainda necessita ser ampliado no Brasil. O livro ‘Política de controle do tabaco no Brasil’ apresenta sólidos argumentos em defesa dessa política pública e merece ser comemorado e lido.

Colaboradores

Pinho M (0000-0002-8372-9272)* e Costa NR (0000-0002-8360-4832)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referência

1. Portes LH. Política de controle do tabaco no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.

Recebido em 31/07/2020
Aprovado em 20/10/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

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 e a avaliação em saúde. Valorizam-se 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 aporem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

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.

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' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

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.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. 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, no último parágrafo, 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 (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

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.

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 a declaração 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 FEBRUARY 2021

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 are valued.

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.

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.

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.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL http://www.icmje.org/urm_main.html. The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

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.

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 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 last paragraph of 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.

Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

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.

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 statement 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 FEBRERO DE 2021

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.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

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.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'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.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su 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 interés histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas,

sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de

sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza N° 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

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 la declaración 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*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Carla de Paula (português/*portuguese*)

Cristian David Torres Vélez (espanhol/*spanish*)

Cristina Antunes (inglês/*english*)

Jean Pierre Barakat (inglês/*english*)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/*portuguese and english*)

Lorna Etiene Castelo Branco Reis (português/*portuguese*)

Martim Cordeiro Pereira Cardoso (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, 2021.

v. 45. n. 129; 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