



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 42, NÚMERO 118  
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2018  
ISSN 0103-1104

## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

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

### CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

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

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

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

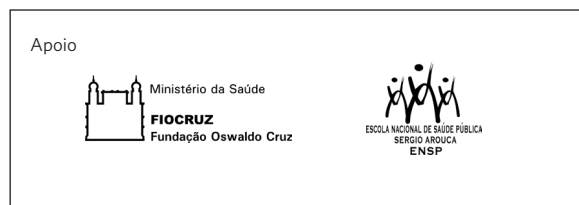
### SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



## SAÚDE EM DEBATE

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

### EDITORA CIENTÍFICA | SCIENTIFIC EDITOR

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

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

### SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Luiza Nunes  
Mariana Acorse

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 42, NÚMERO 118  
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2018

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

541 **Eleições e novos governos: perspectivas para a democracia e para a saúde**

*Election and new governments: perspectives for democracy and health*

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Ana Maria Costa, Maria Lucia Frizon Rizzotto

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

549 **Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário**

*Health evaluation in the Republic of Guinea-Bissau: a meta-evaluation of the National Health Development Plan*

Cátia Sá Guerreiro, Paulo Ferrinho, Zulmira Hartz

566 **Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde**

*Availability of action of compatibilization of indicators and goals of the planning instruments used by the Ministry of Health in Brazil*

Rodrigo Ferreira de Araujo, Juliana Martins Barbosa da Silva Costa, Marly Marques da Cruz, José Rivaldo Melo de França

579 **Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana**

*Fragility in regional governance during implementation of the Urgency and Emergency Network in the Metropolitan Region*

Alexandre Rocha Santos Padilha, Marcia Aparecida Amaral, Danilo Carvalho Oliveira, Gastão Wagner Souza Campos

594 **A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde**

*Evidence-based practice in the context of Primary Health Care*

Luana Roberta Schneider, Rui Pedro Gomes Pereira, Lucimare Ferraz

606 **Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde**

*Improvement in Primary Care access and quality: the perspective of Community Health Workers*

Ana Claudia Pinheiro Garcia, Maria Angélica Carvalho Andrade, Eliane de Fátima Almeida Lima, Érika Maria Sampaio Rocha, Rita de Cássia Duarte Lima

618 **Avaliação do desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae) tipo II, 2016**

*Performance evaluation of the Specialized Attention Units of Pernambuco (Upae) type II, 2016*

Luciana Bezerra da Silva, Juliana Martins Barbosa da Silva Costa, Monik Silva Duarte

- 
- 631**     **Satisfação dos usuários assistidos em quatro centros regionais de especialidades odontológicas do Ceará, Brasil**  
*Satisfaction of users assisted in four regional dental specialties centers of Ceará, Brazil*  
Ermano Batista da Costa<sup>1</sup>, Joana Danielle Brandão Carneiro<sup>2</sup>, Arlete Maria Gomes Oliveira
- 646**     **El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad**  
*The diagnosis in mental health: labeling and the concept of disease*  
Agustina Barukel, Alicia Stolkiner
- 656**     **Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho**  
*Matrix Support in mental health: the perspective of the experts on the work process*  
Alice Hirdes
- 669**     **Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecete com deficiência intelectual**  
*Center day: an option on attendance elder person with intellectual disability*  
Lisiane Capanema Silva Bonatelli, Jordelina Schier, Juliana Balbinot Reis Gironi, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Francisco Reis Tristão
- 676**     **Imigração haitiana em Cascavel, Paraná: ponto de convergência entre história(s), trabalho e saúde**  
*Haitian immigration in Cascavel, Paraná: convergence point among history(ies), work and health*  
Leonardo Dresch Eberhardt, Gabriel Eduardo Schütz, Renato José Bonfatti, Ary Carvalho de Miranda
- 687**     **Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino**  
*Health assistance path of women between diagnosis and treatment initiation for cervix cancer*  
Priscila Guedes de Carvalho, Gisele O´Dwer, Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues
- 702**     **Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos**  
*Doulas as a tension trigger between obstetric assistance models: the view of the professionals involved*  
Thuany Bento Herculano, Juliana Sampaio, Marita de Almeida Assis Brilhante, Murillo Bruno Braz Barbosa
- 714**     **Tecnologia mHealth na prevenção e no controle de obesidade na perspectiva do letramento em saúde: Lisa Obesidade**  
*MHealth technology in the prevention and control of obesity from the perspective of health literacy: Lisa Obesidade*  
Leyla Márcia Ramos Oliveira, Clarice Maria Araújo Chagas Vergara, Helena Alves de Carvalho Sampaio, José Eurico de Vasconcelos Filho

---

**724**    **Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos**  
*Impacts of integrative and complementary practices on the health of chronic patients*  
Maria del Pilar Ogando Dacal, Irani Santos Silva

**736**    **Qualidade de Vida de cuidadores de praticantes de equoterapia no Distrito Federal**  
*Quality of Life of caregivers of equine therapy practitioners in the Federal District*  
Jéssica Maíssa Gonçalves de Souza, Giovana De Marchi Castelli, Leonardo Petrus da Silva Paz, Andréa Gomes Moraes, Marianne Lucena da Silva

ENSAIO | ESSAY

**744**    **Controle social e avaliação de desempenho de sistemas de saúde em tempos de webcontrole**  
*Social control and performance evaluation of health systems in times of webcontrol*  
Leonardo Carnut, Paulo Capel Narvai

REVISÃO | REVIEW

**757**    **Tamizaje masivo: una revisión de la literatura sociológica**  
*Population screening: a narrative review of the sociological literature*  
Marcela Beatriz Belardo, Kenneth Rochel de Camargo Junior

**773**    **Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa**  
*Axes of action of the School Health Program and Health Promotion: an integrative review*  
Ireneide Etelvina Lopes, Júlia Aparecida Devidé Nogueira, Dais Gonçalves Rocha

# Eleições e novos governos: perspectivas para a democracia e para a saúde

DOI: 10.1590/0103-1104201811800

**O PROCESSO ELEITORAL BRASILEIRO DE 2018** ocorre sob um clima de extrema tensão política e de fragilidade das instituições democráticas. As eleições que definirão a presidência da República, os governos estaduais, o senado federal e as câmaras legislativas exigem que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), mais uma vez, manifeste-se em defesa da democracia, dos direitos humanos e do direito universal à saúde, garantidos há 30 anos pela Constituição Federal.

Em sua mais recente tese, o Cebes analisa o contexto global do capitalismo e suas tensões com a democracia. As relações entre o capitalismo contemporâneo e as democracias tem sido objeto de estudo de diversos autores que convergem quanto à ameaça da força do capital em detrimento dos interesses coletivos<sup>1</sup>.

No caso brasileiro, essas tensões se expressam desde o golpe de 2016, quando, sob pretexto de irregularidades cometidas pelo governo da Presidenta Dilma, uma agenda não escolhida pelo voto popular foi implementada de forma abrupta, veloz e com amplo apoio de setores conservadores. O argumento de que o País sofreu um golpe pode ser confirmado por, ao menos, quatro aspectos nada comuns em democracias presidencialistas consolidadas. (1) O então vice presidente torna pública sua reprovação à presidenta eleita e ao governo do qual faz parte, mas não renuncia; (2) seu partido (Movimento Democrático Brasileiro – MDB) se retira formalmente do governo; (3) após a retirada da presidenta Dilma, Temer e seu partido assumem o governo e incorporam membros da oposição derrotada nas eleições; e (4) iniciam um programa que não foi o aprovado nas eleições da chapa Dilma-Temer em 2014.

O programa não aprovado nas eleições foi, na verdade, o objetivo do golpe. A aprovação da Emenda Constitucional que congelou os gastos por 20 anos, a reforma trabalhista, a privatização de recursos e setores estratégicos e a reforma da previdência (essa ainda não aprovada, mas que deve ser retomada neste fim de governo) são medidas que dificilmente seriam apoiadas pelo voto, daí a velocidade com que foram apresentadas e aprovadas.

Os apoiadores do golpe apostaram no governo Temer e na recuperação econômica como seu principal capital político para as eleições de 2018. Contudo, a recuperação prometida para os primeiros meses de 2017 jamais chegou, o desemprego aumentou e a instabilidade política e econômica fragilizou a posição do Brasil no cenário internacional. Aliado a isso, as graves denúncias de corrupção contra o presidente (que se tornou o mais impopular da história da República) e contra vários políticos associados ao golpe inviabilizou a candidatura preferencial desse grupo.

No outro espectro político, o Partido dos Trabalhadores (PT) construiu uma estratégia de denúncia do golpe, das medidas impopulares do governo e da prisão ilegal do ex-presidente





Lula, mantendo sua candidatura até o último momento, em uma manobra arriscada, mas que garantiu a transferência de votos para seu candidato, colocando-o no segundo turno. Também, nesse espectro político, estão outras duas candidaturas que analistas consideram como expressão da divisão da centro-esquerda no Brasil.

A novidade nessas eleições, todavia, é a presença de um candidato vinculado a um pequeno partido, de extrema direita, com forte preferência dos eleitores das classes média e alta, que além de assumir abertamente posições conservadoras de cunho moralista e fascista (o que nunca foi comum em candidaturas à presidência no País), associa-se a uma agenda econômica ultraliberal. Essa associação é ainda mais incomum; e, desse ponto de vista, talvez o Brasil esteja apresentando uma singularidade na atual conhecida expansão da direita no mundo. Atrás das posições misóginas, racistas e homofóbicas do candidato, que tomam a mídia e os embates pró e contra nas redes sociais, estão propostas radicais de privatização e de redução do Estado. São essas últimas que podem aproximar esse candidato aos setores conservadores tradicionais que não conseguiram eleger candidatos próprios. Na verdade, sob alegação de impedir a ‘volta’ do PT, a questão central é a agenda econômica.

Vladimir Safatle<sup>2</sup>, em recente palestra, aponta que os atores que apoiam o candidato de extrema direita (e apoiaram a ditadura militar) são o agronegócio, as igrejas conservadoras, a mídia conservadora e o empresariado nacional dominado pelo capital financeiro. Não é improvável que esses atores possam cooptar também setores democráticos da burguesia nacional e as classes médias que cultivam o ‘ódio ao PT’, mesmo que recusem a pauta moralista e retrógrada do candidato.

A polarização, assim, antes de ser pró ou contra PT, é pela direção que tomará a democracia e o projeto de desenvolvimento nacional.

O Cebes defende um projeto não liberal para o País que inclua a saúde no plano de desenvolvimento e rompa o insulamento existente hoje do setor. Para que ocorram melhorias nas condições de saúde da população, as transformações devem ultrapassar o setor saúde *stricto sensu* a partir de uma concepção alargada de seguridade social, envolvendo a previdência social, assistência social, educação, segurança alimentar, habitação, urbanização, saneamento, meio ambiente, segurança pública, emprego e renda. Sob essa perspectiva, a saúde, enquanto direito, poderá instituir-se como fator básico para a cidadania e parte inerente e estratégico da dimensão social do desenvolvimento.

Distintas dimensões da inserção da saúde no projeto de desenvolvimento nacional merecem ser destacadas. É certo que, sob a dimensão econômica e tecnológica, a saúde é responsável por mais de 8% do Produto Interno Bruto (PIB); e em função dela, articulam-se a geração e a difusão de tecnologias avançadas. Por outro lado, a saúde representa uma dimensão democratizadora do desenvolvimento por objetivar a equidade do direito social. Finalmente, a saúde pode representar fator de desenvolvimento regional já que sua base territorial de organização dos serviços condiciona e apoia o desenvolvimento<sup>3</sup>. Esse é o projeto não liberal, democrático articulado ao desenvolvimento nacional que a saúde representa e que o Cebes defende.

A reafirmação de uma agenda não liberal para a saúde requer um conjunto de mudanças na relação entre saúde e economia e em suas interfaces. Tal agenda deve ter como compromisso a totalidade dos princípios éticos, políticos e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ruptura com o modelo de saúde adotado e implementado desde o período explicitamente neoliberal que se limita a responder a um grupo restrito de problemas, por meio da oferta de serviços, alimentando as necessidades do mercado<sup>4</sup>.

O Cebes defende o direito universal à saúde, não somente como acesso à assistência médica, mas também como parte de um modelo de Estado e de políticas públicas que promovam a



justiça social, em que as desigualdades sejam enfrentadas por meio de um conjunto de direitos mantidos e garantidos pelo Estado. O SUS é parte desse projeto e tem-se mostrado efetivo na redução das desigualdades. Por ser um projeto tão ambicioso de democratização mediante os direitos sociais é que o SUS tem sido afrontado e ameaçado desde a sua criação e jamais foi tratado como parte de um projeto de desenvolvimento.

Saúde universal e integral não são ilusões, mas uma escolha baseada em evidências documentadas e experiências reais. Há farta evidência de que os sistemas públicos e universais são mais eficazes e eficientes. Contudo, por aportar um volume significativo de recursos, faz com que a saúde seja objeto constante de disputa de interesses econômicos. O discurso é de que a privatização é uma alternativa para a redução dos gastos. Entretanto, os países que aumentaram a participação privada não reduziram gastos. Ao contrário, aumentaram os gastos públicos, os gastos diretos da população e não mostraram impacto positivo nas condições de vida e saúde das pessoas.

O Cebes sempre sustentou que a saúde é um direito efetivo, promovendo segurança para toda a população, sem qualquer distinção. Para isso, é fundamental que a saúde seja também parte do desenvolvimento econômico, com investimentos em pesquisa, insumos e fármacos para atendimento às demandas da população. O fortalecimento da capacidade institucional do Estado é essencial para a garantia da saúde como direito.

A luta e a mobilização por mudanças são imprescindíveis. Para os novos governos que assumirão em janeiro de 2019, tencionaremos pela defesa do direito à saúde e a consolidação do SUS tal como formulado e orientado pela Constituição Federal. Que planejem seus gastos e realizem investimentos tendo as necessidades de saúde da população como foco, e não os interesses privados ou políticos. Que respeitem a população e incorporem sua participação nos sistemas locais. Que respeitem os trabalhadores da saúde, sem colocar os interesses corporativos no lugar dos da população.

Essa mobilização deve estender-se ao processo de mobilização da XVI Conferência Nacional de Saúde convocada para 2019 e que constitui importante oportunidade de incluir a saúde no projeto nacional de desenvolvimento. A saúde pública e universal é um projeto viável. Adotá-lo é adotar o desenvolvimento, a cidadania democrática e garantir um futuro mais justo para as novas gerações.

*Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato*  
*Diretora de política editorial do Cebes*

*Ana Maria Costa*  
*Diretora executiva do Cebes*

*Maria Lucia Frizon Rizzotto*  
*Editora-chefe da 'Saúde em Debate'*

---

## Referências

1. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2018. Cebes na luta: transformar e radicalizar a Democracia para assegurar Direitos Sociais e Saúde. [acesso em 2018 out 1]. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/Tese2017-19\\_Cebes.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/Tese2017-19_Cebes.pdf).
2. Safatle V. Safatle: “Há um golpe militar em marcha no Brasil hoje”. 2018. [acesso em 2018 out 1]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BwLgl3hSkRk&feature=youtu.be>.
3. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e Desenvolvimento Nacional: a gestão Federal entre 2003 e 2010 In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de Saúde no Brasil, continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 61-90.
4. Sader E, organizador. Dez anos de Governos pós neoliberais no Brasil Lula-Dilma São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Flacso Brasil; 2013.

# Election and new governments: perspectives for democracy and health

DOI: 10.1590/0103-1104201811800

**THE BRAZILIAN ELECTORAL PROCESS OF 2018** takes place under an atmosphere of extreme political tension and fragility of democratic institutions. The elections that will define the presidency of the Republic, the state governments, the federal senate, and the legislative chambers demand that the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) once again expresses itself in defense of democracy, human rights and the universal right to health, guaranteed 30 years ago by the Federal Constitution.

In its most recent thesis, the Cebes analyzes the global context of capitalism and its tensions with democracy. The relations between contemporary capitalism and democracies have been the subject of study by several authors who converge as for the threat of the power of capital to the detriment of collective interests<sup>1</sup>.

In the Brazilian case, these tensions have been expressed since the coup of 2016, when, under the pretext of irregularities committed by the government of President Dilma, an agenda not chosen by popular vote was implemented abruptly, swiftly and with broad support from conservative sectors. The argument that the country has suffered a coup can be confirmed by at least four aspects not common at all in consolidated presidential democracies. (1) The then Vice-President makes public his disapproval of the elected president and the government of which he is a member, but does not resign; (2) his party (Movimento Democrático Brasileiro – MDB) formally withdraws from the government; (3) after the deposition of President Dilma, Temer and his party assume the government and incorporate members of the opposition defeated in the elections; and (4) begin a program that was not approved in the Dilma-Temer elections in 2014.

The program not approved in the elections was, in fact, the goal of the coup. The approval of the Constitutional Amendment, which has frozen public expenditures for 20 years, the work reform, the privatization of resources and strategic sectors, and the pension reform (which has not yet been approved but is likely to be resumed at this end of government) are measures that would hardly be supported by vote, hence the speed with which they were presented and approved.

Supporters of the coup have bet on the Temer government and the economic recovery as their main political capital for the 2018 elections. However, the promised recovery for the first few months of 2017 has never come, unemployment has risen, and political and economic instability has weakened the Brazilian position in the international scenario. Allied with that, the serious denunciations of corruption against the president (who became the most unpopular president in the history of the Republic) and against several politicians associated with the coup made this group's preferred candidacy unfeasible.



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

In the other political spectrum, the Workers' Party (PT) has built a strategy to denounce the coup, the unpopular government measures, and the illegal imprisonment of former President Lula, maintaining his candidacy until the last moment, in a risky maneuver, but which guaranteed the transfer of votes to his candidate by placing him in the second round. Also, in this political spectrum, are two other candidacies that analysts consider as an expression of the division of the center-left in Brazil.

The novelty in these elections, however, is the presence of a candidate linked to a small party, of the extreme right wing, with a strong preference from the voters of the middle and upper classes, who in addition to openly assuming conservative moralistic and fascist positions (which has never been common in candidacies for presidency in the Country), is associated with an ultraliberal economic agenda. That association is even more unusual; and from this point of view, perhaps Brazil is presenting a singularity in the current well-known expansion of the right wing in the world. Behind the misogynist, racist and homophobic positions of the candidate, which flood the media and the pro and against arguments in social networks, radical proposals for privatization and reduction of the state are proposed. It is the latter that can bring that candidate closer to the traditional conservative sectors that have failed to elect candidates of their own. In fact, under allegation of impeding the 'return' of the PT, the central issue is the economic agenda.

Vladimir Safatle<sup>2</sup>, in a recent lecture, points out that the actors who support the far right candidate (and who have supported the military dictatorship) are the agribusiness, the conservative churches, the conservative media, and the national business community dominated by financial capital. It is not unlikely that those actors can also co-opt democratic sectors of the national bourgeoisie and the middle classes that cultivate 'hatred for the PT', even if they refuse the candidate's moralist and retrograde agenda.

The polarization, therefore, before being pro or against the PT, is about the direction that the democracy and the project of national development will take.

The Cebes defends a non-liberal project for the Country that includes health in the development plan and breaks the existing insulation of the sector. In order to make improvements in the health conditions of the population, the transformations must go beyond the health sector *stricto sensu* from a broad conception of social security, involving pension, social assistance, education, food security, housing, urbanization, sanitation, environment, public security, employment and income. From this perspective, health, as a right, can be established as a basic factor for citizenship and an inherent and strategic part of the social dimension of development.

Different dimensions of the insertion of health in the national development project deserve to be highlighted. It is true that, under the economic and technological dimension, health is responsible for more than 8% of the Gross Domestic Product (GDP); and in function of it, are articulated the generation and the diffusion of advanced technologies. On the other hand, health represents a democratizing dimension of development because it aims the equity of social right. Finally, health can represent a factor of regional development since its territorial base of organization of services conditions and supports development<sup>3</sup>. This is the non-liberal, democratic project, articulated to the national development that health represents and that the Cebes defends.

Reaffirming a non-liberal agenda for health requires a set of changes in the relationship between health and economy and in their interfaces. Such an agenda should have as commitment the totality of the ethical, political and organizational principles of the Unified Health System (SUS) and the rupture with the health model adopted and implemented since the

explicit neoliberal period that is limited to responding to a restricted group of problems, through the provision of services, fueling the needs of the market<sup>4</sup>.

The Cebes defends the universal right to health, not only as access to health care, but also as part of a State model and public policies that promote social justice, in which inequalities are faced through a set of rights maintained and guaranteed by the State. The SUS is part of this project and has proven effective in reducing inequalities. Because it is such an ambitious project of democratization through social rights, the SUS has been affronted and threatened since its inception and has never been treated as part of a development project.

Universal and comprehensive health are not illusions, but a choice based on documented evidence and real experiences. There is abundant evidence that public and universal systems are more effective and efficient. However, because it contributes a significant amount of resources, it makes health a constant object of dispute of economic interests. The speech is that privatization is an alternative for reducing expenses. However, countries that increased private participation did not reduce expenditure. On the contrary, they increased public expenditure, direct spending of the population and did not have a positive impact on people's living conditions and health.

The Cebes has always maintained that health is an effective right, promoting security for the entire population, without distinction. For that, it is fundamental that health is also part of economic development, with investments in research, inputs and pharmaceutical drugs to meet the demands of the population. Strengthening the institutional capacity of the State is essential for ensuring health as a right.

The fight and the mobilization for change are essential. For the new governments that will take office in January 2019, we intend to defend the right to health and the consolidation of the SUS as formulated and guided by the Federal Constitution. That they plan their spending and make investments having the population's health needs as their focus, not private or political interests. That they respect the population and incorporate their participation in local systems. That they respect health workers, without putting corporate interests in place of those of the population.

That mobilization should extend to the mobilization process of the 16th National Health Conference summoned for 2019 and which constitutes an important opportunity to include health in the national development project. Public and universal health is a viable project. To adopt it is to adopt development, democratic citizenship and to guarantee a more just future for the new generations.

*Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato*  
*Director of editorial policy of Cebes*

*Ana Maria Costa*  
*Executive director of Cebes*

*Maria Lucia Frizon Rizzotto*  
*Editor-in-chief of 'Saúde em Debate'*

---

## References

1. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2018. Cebes na luta: transformar e radicalizar a Democracia para assegurar Direitos Sociais e Saúde. [acesso em 2018 out 1]. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/Tese2017-19\\_Cebes.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/Tese2017-19_Cebes.pdf).
2. Safatle V. Safatle: “Há um golpe militar em marcha no Brasil hoje”. 2018. [acesso em 2018 out 1]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BwLg13hSkRk&feature=youtu.be>.
3. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e Desenvolvimento Nacional: a gestão Federal entre 2003 e 2010 In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de Saúde no Brasil, continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 61-90.
4. Sader E, organizador. Dez anos de Governos pós neoliberais no Brasil Lula-Dilma São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Flacso Brasil; 2013.

# Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

*Health assessment in the Republic of Guinea-Bissau: a meta-evaluation of the National Health Development Plan*

Cátia Sá Guerreiro<sup>1</sup>, Paulo Ferrinho<sup>2</sup>, Zulmira Hartz<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811801

**RESUMO** Na República da Guiné-Bissau, um dos países mais pobres do mundo, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) pretende ser o documento de orientação nacional em saúde. O PNDS II (2008-2017) sucedeu ao PNDS I (1998-2002, revisto para 2003-2007). Ambos foram alvo de avaliações. Em 2017, completou-se um novo processo de planeamento, o PNDS III. Considerando o PNDS, procedeu-se a uma meta-avaliação objetivando avaliar a qualidade das avaliações efetuadas e verificar a utilização dos resultados das avaliações em intervenções subsequentes. Aplicados padrões de meta-avaliação aos relatórios de avaliação, verificou-se que, relativamente aos quatro princípios de meta-avaliação – utilidade, exequibilidade ou factibilidade, propriedade e precisão ou acurácia –, ambas as avaliações apresentam a classificação de ‘satisfatório’ (score superior a 66,6%), revelando um carácter de excelência para vários padrões. Metodologicamente, o relatório referente ao PNDS I sobressai sobre o do PNDS II. Na fase de planeamento, as sugestões deixadas pela avaliação anterior foram levadas em conta tanto para o PNDS II como para o III. A fragilidade do Estado da Guiné-Bissau emerge como padrão de especificidade. O PNDS tem sido uma referência em cenários de instabilidade. Tais avaliações foram ao encontro do atual desafio de considerar o contexto, e, nele, a cultura dos povos, como parte integrante da avaliação.

**PALAVRAS-CHAVE** Estudos de avaliação como assunto. Implementação de plano de saúde. Planeamento. Cultura.

**ABSTRACT** *In the Republic of Guinea-Bissau, one of the poorest countries in the world, the National Health Development Plan (NHDP) is intended to be the national health guidance document. NHDP II (2008-2017) succeeded NHDP I (1998-2002, revised for 2003-2007), being both assessed. In 2017, a new planning process – NHDP III – was completed. As for NHDP, a meta-evaluation was carried out, aiming to assess the quality of the evaluations carried out and to verify the use of evaluations’ results in subsequent interventions. Applying meta-evaluation patterns to evaluation reports, it was verified that, as to the four principles – utility, feasibility, adequacy and accuracy –, both evaluations presented a satisfactory score higher than 66.6%, showing an excellence character in various patterns. Methodologically, NHDP I report stands out from NHDP II. In the planning phase, the suggestions made by the previous evaluation were*

<sup>1</sup>Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) - Lisboa, Portugal.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0505-2155>  
[cs.guerreiro22@gmail.com](mailto:cs.guerreiro22@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) - Lisboa, Portugal.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3722-0803>  
[pferrinho@ihmt.unl.pt](mailto:pferrinho@ihmt.unl.pt)

<sup>3</sup>Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) - Lisboa, Portugal.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9780-9428>  
[zhartz@ihmt.unl.pt](mailto:zhartz@ihmt.unl.pt)





*considered for both NHDP II and III. The fragility of the Country emerges as a pattern of specificity, revealing that NHDP has offer a reference in scenarios of instability. These evaluations fit the current challenge of considering the context and the culture of peoples as an integral part of the evaluation.*

**KEYWORDS** *Evaluation studies as subject. Implementation of health plan. Planning. Culture.*

## Introdução

### República da Guiné-Bissau, um Estado frágil

Situada no oeste do continente africano, constituída por uma faixa continental e pelo Arquipélago dos Bijagós, a República da Guiné-Bissau (RGB) é uma antiga colônia portuguesa que se tornou independente em 1973, após 15 anos de luta armada.

Desde a proclamação da independência, o País tem vivido situações de instabilidade política e institucional, materializada em repetidos golpes de estado e conflitos armados. Esse cenário tem implicado mudanças frequentes na liderança das equipes responsáveis pelos diversos ministérios. Salientam-se duas situações de particular instabilidade na história do País: o conflito político-militar de Junho de 1998 a Maio de 1999, que teve particular impacto na destruição de infraestruturas e no tecido social<sup>1</sup>, e o golpe de Estado de 2012, com particular impacto até hoje sobre a estabilidade política e a economia nacional.

Segundo o 'Index de Estados Frágeis de 2015', publicado pelo The Fund for Peace<sup>2</sup>, a RGB é considerado o 17º país mais frágil de mundo, num universo de 178 países, sendo que limitações governativas e de fornecimento de bens e serviços públicos aos cidadãos enquadram os critérios de

falta de 'legitimidade' e 'eficácia' definidos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para a caracterização de Estado Frágil (EF)<sup>3</sup>.

Os Sistemas de Saúde (SS) de EF, pelos cenários de necessidades várias que apresentam, podem ser 'inundados com ajuda' de diversos formatos, incluindo Organizações Não Governamentais (ONG) internacionais, agências bilaterais e multilaterais, muitas vezes colaborando com organizações da sociedade civil locais, nem sempre capazes de compreender as implicações das suas intervenções no contexto específico do EF<sup>4</sup>. Ao lado de parcerias público-privadas que intervêm no setor da saúde, há também um elevado número de iniciativas globais de saúde, as quais são pensadas para ser um dos benefícios da globalização, constituindo programas geralmente orientados para doenças específicas<sup>5</sup>. Funcionários locais ficam incumbidos de gerir a ajuda, nem sempre concertada, prestada por esses múltiplos intervenientes.

Enquadrando o descrito, a RGB apresenta um contexto de fragilidade e carências no setor da saúde e do funcionamento do seu SS, sendo que, nas duas últimas décadas, a fração do Orçamento Geral do Estado (OGE) atribuída à Saúde foi inferior a 10%, o que representa menos de 15% das necessidades financeiras do funcionamento do setor, implicando a dependência do apoio externo<sup>6</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde

(OMS)<sup>7</sup>, cerca de 90% do financiamento desse setor têm sido garantidos por parceiros de cooperação.

## O Planejamento Estratégico em Saúde na RGB

A RGB é um Estado independente desde 1973, estabeleceu sua Política Nacional de Saúde (PNS) em 1993 e tem feito ao longo dos anos o exercício do Planejamento Estratégico em Saúde (PES).

No intuito de definir um quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário com base em uma política de desenvolvimento setorial, realizou-se, em colaboração com parceiros para o desenvolvimento, o primeiro grande exercício de PES na RGB, do qual resultou o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I (PNDS I), estabelecido com horizonte temporal o período 1998-2002<sup>8</sup>. Porém, a situação político-militar de 1998 comprometeu a execução do referido plano, que foi revisto para o horizonte temporal 2003-2007 com o objetivo de permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser implantadas<sup>6,9</sup>.

No final de 2007, avaliou-se a execução do PNDS I e entregou-se o relatório em Dezembro desse ano, validado pelo Ministério da Saúde Pública (Minsap)<sup>9</sup>.

Em resposta do setor da saúde aos desafios lançados pelo Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza II (Denarp II)<sup>10</sup> e em continuidade do caminho percorrido com a implementação do PNDS I, elaborou-se o PNDS II com o horizonte temporal 2008-2017<sup>6</sup>. Desde a sua aprovação em 2008, o PNDS II manteve-se como o quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário, embora sua execução tenha sido comprometida pela situação político-militar vivida<sup>11</sup>. Em agosto de 2015, e num momento em que se sentia atenuada a instabilidade política, foi realizada uma análise do PNDS II por meio de uma consultoria externa objetivando contribuir

com subsídios a serem considerados pelo Minsap na avaliação da implantação do plano, de forma a permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser adequadas ao presente, sugerindo-se o prolongamento do horizonte temporal até 2020<sup>11</sup>.

Em Março de 2017, iniciou-se um novo processo de planejamento do qual resultou a redação do PNDS III, tendo-se optado por não prolongar o horizonte temporal de implantação do PNDS II. O terceiro PNDS é orientado pela PNS adotada em Março de 2017, a qual substitui a de 1993 e aguarda ainda a validação por parte do Conselho de Ministros, prevista para o início de 2018; pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo Terra Ranka 2015-2025<sup>12</sup>; e pelas recomendações que emergiram da I Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014.

A avaliação tem sido parte integrante do processo de PES na RGB. Existe já um amplo consenso quanto à ideia de que as políticas públicas devem ser acompanhadas por avaliações sistemáticas, como parte da rotina governamental, adaptando-se continuamente em função dos resultados e recomendações por elas fornecidas – essa ideia traduz-se na necessidade de se utilizar a avaliação, sendo, porém, necessário questionar continuamente a sua capacidade em produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar a melhorar o desempenho dos SS<sup>13</sup>.

## Objetivos

Tendo por objeto os PNDS<sup>6,8</sup> como documentos de orientação estratégica nacional para o setor da saúde, e uma vez que existem dados de avaliação da sua implementação aprovados e disponíveis<sup>9,11</sup>, realizou-se uma meta-avaliação com duplo objetivo: avaliar a qualidade das avaliações efetuadas e perceber até que ponto os resultados das avaliações foram ou estão sendo utilizados em intervenções subsequentes. Pretende-se, assim, contribuir para o aumento da credibilidade

do processo avaliativo no âmbito do PES na RGB, contextualizando seu papel e potencializando sua utilidade para a tomada de decisões no setor da saúde.

## Material e métodos

Esta meta-avaliação foi realizada por meio da análise de conteúdo<sup>14</sup> dos documentos de avaliação de implementação dos PNDS I e II, do PNDS II e de onze entrevistas<sup>15</sup> realizadas com avaliadores e atores-chave em PES na RGB.

Os onze entrevistados foram selecionados pelo investigador por deterem informações pretendidas para o estudo, constituindo, assim, uma amostra não probabilística intencional<sup>16</sup>. Dois deles são avaliadores, um está envolvido na avaliação do PNDS I e o outro em ambos os processos de avaliação, bem como na redação dos PNDS II e III. Os nove atores-chave, todos guineenses, participam ou participaram diretamente nos processos de planejamento em saúde, desde a elaboração do PNDS I até ao atual processo de redação do PNDS III. Ocupam ou ocuparam cargos de governo do setor em nível nacional, dois dos quais amplamente relacionados com programas específicos, i.e., Luta contra a Tuberculose e Lepra e Saúde Materno-Infantil, sendo que dois dos entrevistados ocupam atualmente cargos em organizações internacionais. As entrevistas foram gravadas com o devido consentimento dos entrevistados.

A meta-avaliação pode ser definida diretamente como uma avaliação da avaliação<sup>17,18</sup> e, operacionalmente, como um processo de descrição, julgamento e síntese de estudos ou quaisquer procedimentos de avaliação com o objetivo de assegurar a qualidade dos estudos avaliativos<sup>17</sup>. Proporcionando a análise sistemática de um estudo avaliativo<sup>19</sup>, sua metodologia permite verificar se os objetivos inicialmente traçados na avaliação foram atingidos de forma adequada e eficaz, e se o desenvolvimento do programa,

projeto ou produto revelou seu mérito<sup>20</sup>. Induz, assim, a uma prática de reflexão sobre todos os procedimentos utilizados na avaliação, dando oportunidade à incorporação de novos conhecimentos por parte não só dos meta-avaliadores como também dos avaliadores<sup>18</sup>, proporcionando uma ajuda às instâncias de decisão no sentido da melhoria do desempenho de suas ações<sup>17</sup>.

Assim, a meta-avaliação permite o acesso à informação sobre as limitações e as potencialidades da avaliação realizada, aumentando sua credibilidade e permitindo às partes interessadas julgar e contextualizar os resultados obtidos<sup>21</sup>.

Os procedimentos apropriados para a realização de uma meta-avaliação podem variar de acordo com o tipo de avaliação realizada<sup>22</sup>. A literatura sugere algumas possibilidades para a condução de uma meta-avaliação, sendo que o marco de referência conceitual mais conhecido é o produzido pela Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE) em 1981, atualizado em 1994, estando em vigor na nova versão de 2011<sup>18,22,23</sup>. Um total de 30 padrões de avaliação são organizados em torno de quatro princípios: ‘Utilidade’ – atende às necessidades de informação das partes interessadas; ‘Exequibilidade ou factibilidade’ – é realista e moderada nos recursos e custos de modo a justificar a sua realização; ‘Propriedade ou correção’ – é conduzida eticamente, com respeito pelos envolvidos; ‘Precisão’ – divulga e transmite informação sobre o valor ou mérito dos programas avaliados com a devida validade<sup>18,24</sup>.

Para facilitar a tarefa de julgar a qualidade das avaliações, a JCSEE construiu uma lista de verificação dos padrões, distribuídos por categorias, às quais é possível aplicar uma escala, permitindo julgar o nível de atendimento do objeto avaliado em relação a cada padrão<sup>17,22</sup>. A literatura consultada salvaguarda que, conforme a natureza da avaliação ou meta-avaliação, a aplicação dos padrões será variada, porque dependendo

do objeto em foco, alguns dos parâmetros podem não ser adequados ou aplicáveis<sup>22</sup>.

Neste trabalho, optou-se por utilizar treze dos 30 padrões de meta-avaliação JCSEE na análise dos relatórios de avaliação supracitados para o Princípio da Utilidade – Credibilidade do avaliador, Clareza dos relatórios, Impacto da avaliação; Princípio da Factibilidade ou Viabilidade – Procedimentos práticos, Viabilidade

contextual; Princípio da Propriedade – Avaliação completa e justa, Disseminação de resultados, Conflito de interesses; Princípio da Precisão ou Acurácia - Análise de contexto, Descrição de propósitos e procedimentos, Fontes de informação confiáveis, Conclusões justificáveis, Imparcialidade dos relatórios. A definição textual dos padrões utilizados encontra-se descrita no *quadro 1*, elaborado com base na literatura consultada<sup>17,23-25</sup>.

Quadro 1. Definição textual dos princípios e padrões utilizados

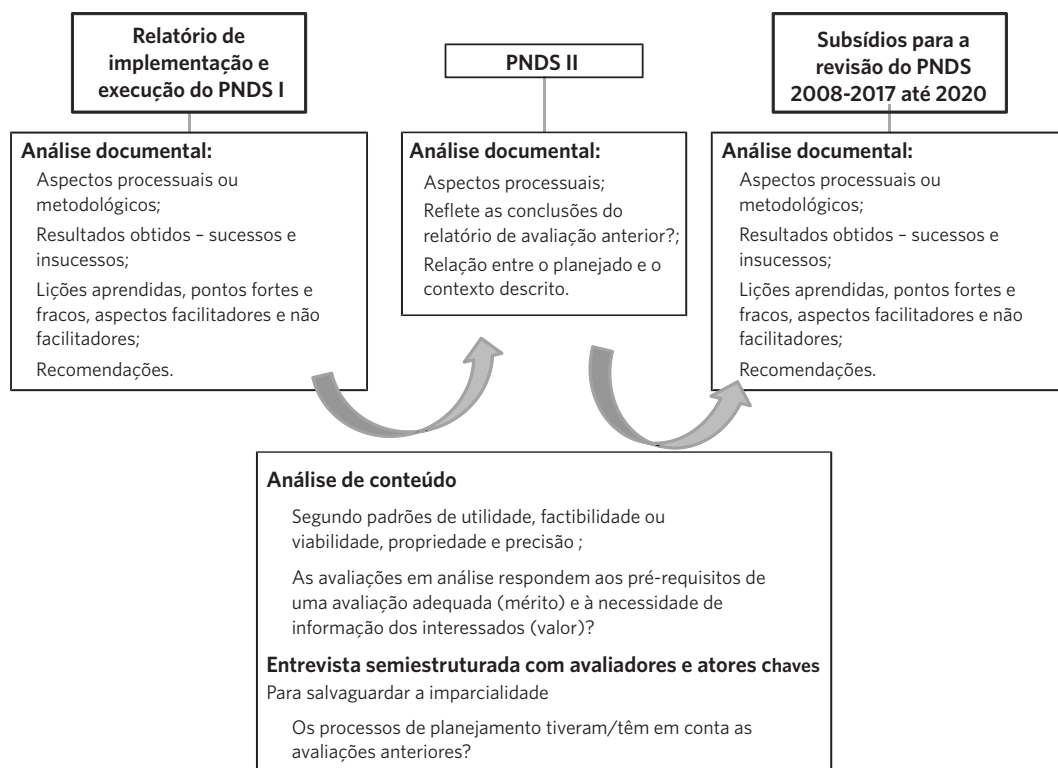
PRINCÍPIO	PADRÃO	DEFINIÇÃO TEXTUAL
UTILIDADE  Atende às necessidades de informação das partes interessadas	Credibilidade do avaliador	As avaliações devem ser conduzidas por pessoas qualificadas que estabeleçam e mantenham a credibilidade no contexto da avaliação.
	Clareza dos relatórios	Os relatórios de avaliação devem descrever claramente o programa avaliado, incluindo o seu contexto e os propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação, de forma a prover informações essenciais que sejam facilmente entendidas.
	Impacto da avaliação	As avaliações devem ser planejadas, conduzidas e divulgadas de forma a estimular o seu acompanhamento por parte dos interessados, potenciando a possibilidade de uso dos resultados da avaliação.
FACTIBILIDADE ou VIABILIDADE  A avaliação é realista, realizada sem gastos desnecessários, potenciando a eficácia e a eficiência da avaliação.	Procedimentos práticos	Os procedimentos de avaliação devem ser práticos, a fim de evitar perturbações no momento da coleta de informações.
	Viabilidade contextual	As avaliações devem reconhecer, monitorar e equilibrar os interesses e necessidades culturais e políticas de indivíduos e grupos. A avaliação deve ser planejada e conduzida de forma a antecipar os diferentes posicionamentos dos diferentes grupos de interesse, conseguindo a cooperação de todos.
PROPRIEDADE  A avaliação é conduzida eticamente, com respeito pelos envolvidos.	Avaliação completa e justa	As avaliações devem fornecer descrições completas dos principais pontos positivos, limitações e conclusões do programa avaliado, possibilitando a valorização dos aspectos de sucesso e a correção de falhas existentes.
	Disseminação de resultados	Os responsáveis pela avaliação devem assegurar que todas as partes interessadas, afetadas ao processo avaliativo, e aquelas com direito legal tenham acesso aos resultados da avaliação na sua totalidade, a menos que tal acesso viole as obrigações legais e de propriedade.
	Conflito de interesses	As avaliações devem, de forma aberta e honesta, identificar e abordar conflitos de interesses reais ou percebidos que possam comprometer a avaliação.
PRECISÃO  Divulga e transmite informação sobre o valor ou mérito dos programas avaliados com a devida validade.	Análise de contexto	O contexto no qual o programa está inserido deve ser descrito com o detalhamento necessário para que suas possíveis influências no programa possam ser identificadas.
	Descrição de propósitos e procedimentos	Os propósitos e procedimentos da avaliação devem ser descritos de forma clara e monitorados para que sejam facilmente identificados e examinados.
	Fontes de informação confiáveis	As fontes de informação usadas na avaliação devem ser descritas em detalhe, de forma a permitir a análise de adequação da informação coletada.
	Conclusões justificáveis	As conclusões de uma avaliação devem ser explicitamente justificadas para que possam ser analisadas pelos principais interessados ou afetados pela avaliação ou pelo programa.
	Imparcialidade dos relatórios	Os procedimentos para elaboração de relatórios deverão incluir métodos que previnam possíveis distorções causadas por sentimentos ou vieses pessoais, a fim de que os relatórios reflitam de forma justa os resultados da avaliação.

Aplicou-se uma escala quantitativa de 0-10 a cada um dos padrões, pela qual os valores 9 e 10 correspondem a ‘excelente’; 7 e 8, a ‘muito bom’; 5 e 6, a ‘bom’; 3 e 4, a ‘fraco’; 0 a 2, a ‘crítico’. Procedeu-se depois à requalificação por princípio de avaliação em ‘Insatisfatório’, ‘Aceitável’ e ‘Satisfatório’, de acordo com as avaliações percentuais <33,3%, 33,3%-66,6% e >66,6%, respetivamente<sup>13,17,19</sup>. Para a atribuição da classificação por padrão e, portanto, obtenção do valor por princípio de meta-avaliação, foi efetuada a análise de conteúdo<sup>14</sup> dos relatórios de avaliação disponíveis.

Procurou-se, também, perceber até que ponto os resultados das avaliações efetuadas foram ou estão sendo utilizados em

intervenções subsequentes, tendo-se procedido à análise de conteúdo do documento de planeamento que se seguiu à avaliação efetuada – o PNDS II. A informação obtida foi complementada por meio da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com avaliadores e outros atores-chave na matéria. Por ser um processo dinâmico que decorre do momento, com a elaboração do PNDS III, as entrevistas tiveram também por objetivo obter subsídios sobre o processo de planeamento, concretamente sobre a utilidade e impacto das avaliações anteriores. Porque um dos avaliadores esteve ou está envolvido no planeamento, uma das entrevistas teve também por fim salvaguardar a imparcialidade. A metodologia utilizada encontra-se sintetizada na *figura 1*.

Figura 1. Mapa metodológico



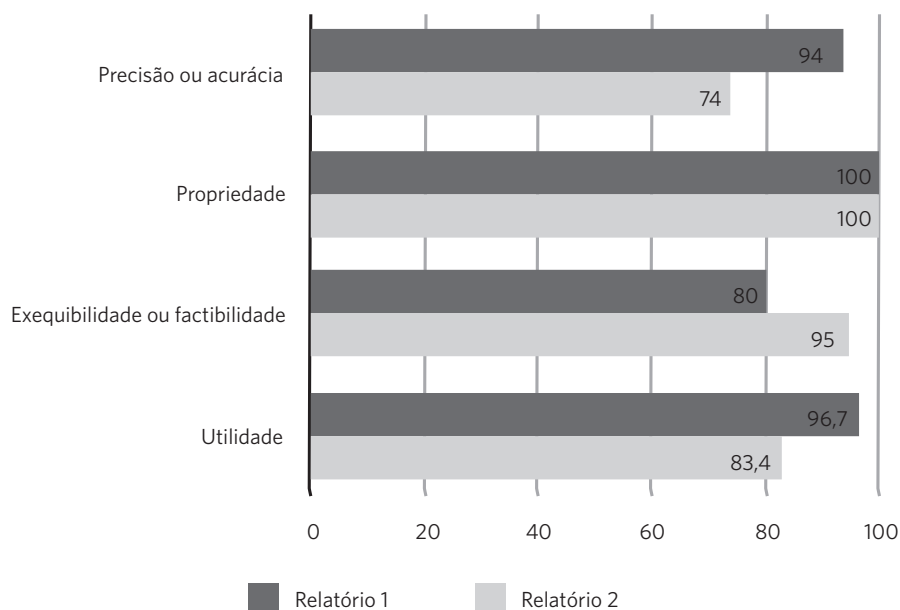
## Resultados e discussão

### Comparando relatórios de avaliação

Da meta-avaliação efetuada por padrões,

é possível verificar que, com respeito aos quatro princípios – utilidade, exequibilidade ou factibilidade, propriedade e precisão ou acurácia, ambas as avaliações apresentam a classificação ‘satisfatório’ por obterem score superior a 66,6% (figura 2).

Figura 2. Aplicação dos princípios de meta-avaliação (%)



Indo ao detalhe de cada um dos padrões avaliados (figura 3), conclui-se que ambos os relatórios apresentam um caráter de excelência para vários padrões, ou seja, para ‘credibilidade do avaliador’; ‘impacto da avaliação’; ‘viabilidade contextual’; ‘avaliação

completa e justa’; ‘disseminação de resultados’; ‘conflito de interesses’; ‘análise de contexto’ e ‘conclusões justificáveis’. Para os padrões alusivos ao ‘princípio de propriedade’, verifica-se a excelência de ambos os relatórios.

Figura 3. Avaliação por padrão de meta-avaliação

		R1	R2						
Utilidade	Credibilidade do avaliador			<table border="1"> <tr><td>Excelente</td></tr> <tr><td>Muito Bom</td></tr> <tr><td>Bom</td></tr> <tr><td>Fraco</td></tr> <tr><td>Crítico</td></tr> </table>	Excelente	Muito Bom	Bom	Fraco	Crítico
	Excelente								
	Muito Bom								
Bom									
Fraco									
Crítico									
Clareza dos relatórios									
Impacto da avaliação									
Exequibilidade ou Factibilidade	Procedimentos práticos								
	Viabilidade contextual								
Propriedade	Avaliação completa e justa								
	Disseminação dos resultados								
	Conflito de interesses								
Precisão ou Acurácia	Análise do Contexto								
	Descrição de propósitos e procedimentos								
	Fontes de informação confiáveis								
	Conclusões justificáveis								
	Imparcialidade de relatórios								

Os quadros 2, 3, 4 e 5 descrevem a justificativa para a atribuição das classificações aos padrões definidos.

Quadro 2. Princípio de Utilidade, avaliação por padrões

Princípio de Utilidade	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		Obs.
	Padrão	Valor de classificação Justificação	Valor de classificação	Justificação	
Classificação	R1=29 = 96,7%	Classificação final: Satisfatório	R2=25 = 83,4%	Classificação final: Satisfatório	
Credibilidade do Avaliador	10	A coordenação da equipe de avaliadores detinha amplo conhecimento da realidade contextual e do processo de implantação do PNDS I.	10	O avaliador acompanhara o processo de redação e implantação do PNDS II, detendo amplo conhecimento da realidade contextual. "O fato de eu conhecer o PNDS II e o contexto da sua implantação é uma vantagem", refere o avaliador.	
Clareza dos relatórios	10	O relatório descreve claramente o programa avaliado, incluindo o contexto, os propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação.	5	Relatório muito extenso, falha na sistematização da informação, pouca referenciação. Introdução muito extensa. Descreve objetivos e o contexto de forma clara. Conclusões bem explícitas, mas procedimentos definidos sem muita clareza.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Impacto da Avaliação	9	A avaliação foi acompanhada pelos interessados localmente, membros do Minsap. O posterior processo de planejamento do PNDS II "teve por base não apenas o relatório de avaliação da implementação do PNDS I como também uma consultoria externa da OMS Genebra [...]". A coordenação da equipe de avaliadores do PNDS I "foi sendo consultada ao longo do processo [...]".	10	Apesar de ter lugar num período conturbado da história da RGB, uma vez que "no período da avaliação houve três ministros da saúde diferentes e nenhum deles estava em condições de poder tomar decisões", todo o processo "foi muito apoiado pelo diretor nacional de saúde pública". O processo de avaliação "permitiu o diálogo entre parceiros e dirigentes do Minsap", bem como "a percepção dos tipos de adaptações que deveriam ser feitas para que pudesse finalmente ser implantado" - foi um documento que sustentou a opção tomada depois de não reformular o PNDS II, mas de redigir um novo plano - o PNDS III.	Informações obtidas com recurso das entrevistas realizadas.



Quadro 3. Princípio de Factibilidade ou Viabilidade, avaliação por padrões

Princípio de Factibilidade ou Viabilidade		Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II	
Padrão	Valor de classificação	Justificação	Valor de classificação	Justificação	Obs.
Classificação	R1=16 = 80%	Classificação final: Satisfatório	R2=19 = 95%	Classificação final: Satisfatório	
Procedimentos práticos	7	Embora muito claramente definidos no documento de relatório de avaliação, e, portanto, bem definidos numa fase de preparação da avaliação, os procedimentos demonstraram ser de difícil implantação no momento da avaliação no terreno. Foram elaborados em Lisboa, com base no documento de PNDS I, do qual se pretendia avaliar a implantação. Porém, ocorreria uma guerra civil e “ao chegar ao terreno, os dados para calcular os indicadores definidos tinham desaparecido”. Os procedimentos demonstraram não ser tão práticos como poderiam parecer por se encontrarem desajustados da realidade local no momento da avaliação.	9	Apesar de os procedimentos não se encontrarem descritos com clareza no relatório, com recurso da entrevista com o avaliador, foi possível verificar que responderam às necessidades avaliativas e se enquadraram no então difícil contexto vivido no país e no setor da saúde. “A avaliação foi conduzida num contexto muito difícil [...]. Devido à desorganização existente, eu mesmo tomava a iniciativa de telefonar e marcar as reuniões [...]. Procurava confrontar a informação que obtinha nas reuniões e entrevistas com os dados quantitativos aos quais conseguir acesso”. Da entrevista, conclui-se que os procedimentos foram práticos e permitiram obter os dados que estão na gênese do documento avaliativo, sendo que, é falho o registo dessa abordagem procedimental.	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.
Viabilidade contextual	9	“O pedido de avaliação vem do Minsap e não de algum dos financiadores ou parceiros”, não se excluindo a existência de diferentes grupos de interesse no programa em avaliação. Processo avaliativo apoiado e motivado pelo Minsap.	10	“O objetivo foi o de tentar ouvir o maior número de dirigentes nacionais possível, não apenas os do Minsap como também os institucionais, os programáticos, os regionais. [...] Ouvi também os financiadores, pois a sua perspectiva é muito importante. Foi ainda possível conduzir um processo de discussão, houve sessões plenárias entre dirigentes da saúde e parceiros do setor [...]”.	Informações obtidas com recurso das entrevistas realizadas

Quadro 4. Princípio de Propriedade, avaliação por padrões

Princípio de Propriedade		Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II	
Padrão	Valor de classificação	Justificação	Valor de classificação	Justificação	Obs.
Classificação	R1=30 = 100%	Classificação final: Satisfatório	R2=30 = 100%	Classificação final: Satisfatório	
Avaliação completa e justa	10	Os capítulos 4 e 5 do relatório debruçam-se exclusivamente sobre a descrição dos pontos positivos, limitações e conclusões do programa avaliado, deixando o capítulo 5 algumas sugestões e recomendações.	10	Nos capítulos 3 e 4, o relatório de avaliação descreve pontos positivos, limitações e conclusões do programa avaliado de forma clara, deixando recomendações para futuro.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Disseminação de resultados	10	Conhecidos no relatório aqueles que solicitaram a avaliação e que dela participaram, foi validada em contexto de entrevista a disseminação integral dos resultados aos mesmos.	10	Conhecidos no relatório aqueles que solicitaram a avaliação e que dela participaram; foi validada em contexto de entrevista a disseminação integral dos resultados aos mesmos.	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.

Quadro 4. (cont.)

Conflito de interesses	10	No sumário executivo do documento de avaliação, descreve-se a equipe de avaliadores, sendo clarificada a não existência de conflitos de interesse. Informação validada em contexto de entrevista com os avaliadores.	10	A estreita relação do avaliador com o programa em análise poderia levantar questões de conflitos de interesse. Porém, no sumário executivo, ficam claros os objetivos da avaliação e o papel do avaliador nela. O avaliador refere, em contexto de entrevista: <i>“O fato de eu conhecer a realidade e de estar envolvido ajudou-me a fazer a ponte entre a realidade vivida e o objetivo da avaliação da qual fui protagonista, apenas isso”</i> .	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.
------------------------	----	--	----	---	--

Quadro 5. Princípio de Precisão ou Acurácia, avaliação por padrões

Princípio de Precisão	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		Obs.
	Valor de classificação	Justificação	Valor de classificação	Justificação	
Classificação	R1=47 = 94%	Classificação final: Satisfatório	R2=37 = 74%	Classificação final: Satisfatório	
Análise de contexto	10	No capítulo 1 do relatório, o contexto encontra-se bem definido e analisado, percebendo-se sua influência nos resultados apresentados no capítulo próprio.	10	O contexto encontra-se amplamente definido no capítulo 1, com particular destaque para o planejamento estratégico em saúde.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Descrição de propósitos e procedimentos	10	Estão claramente descritos no capítulo 2 objetivos e procedimentos avaliativos previstos, sendo depois claramente descrita a forma como foram implantados.	5	No sumário executivo e no capítulo 2, objetivos e métodos, há uma definição dos objetivos de forma clara, embora os procedimentos não se encontrem descritos com clareza. Há referência a fontes de dados, mas não há detalhe na descrição dos procedimentos de captura de informação, não sendo possível examinar os passos dados ou repeti-los.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Fontes de informação confiáveis	10	São definidas com clareza as fontes de dados, consideradas adequadas por serem intervenientes na implantação do PNDS ou por serem documentos relevantes relacionados com o plano em análise.	7	Embora as fontes de informação estejam identificadas e sejam adequadas ao processo avaliativo em questão, dado o contexto de instabilidade política vivido, “não foi possível chegar a obter dados de todos os intervenientes previstos”. Não é possível fazer a monitoria do acesso às fontes inicialmente previstas por ausência de informação no relatório (ver procedimentos, padrão anterior).	Informações complementares alusivas ao relatório II obtidas com recurso das entrevistas realizadas.
Conclusões justificáveis	10	As conclusões foram enquadradas no contexto e permitem uma análise prospectiva dos resultados. <i>“Tentamos ir além dos indicadores, tentamos relacionar com os ODM [Objetivos de Desenvolvimento do Milênio]”</i> .	10	As conclusões foram enquadradas no contexto e permitem uma análise prospectiva dos resultados. Do trabalho, resultam recomendações que podem ser utilizadas em processos de planejamento em saúde futuros.	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.

Quadro 5. (cont.)

Imparcialidade dos relatórios	7	Embora se creia, com base nas entrevistas, que os avaliadores tenderam a ser imparciais na avaliação realizada, não se encontra descrita no relatório de avaliação alguma estratégia ou método que previna distorções causadas por sentimentos ou vieses pessoais, sendo que a descrição detalhada dos procedimentos avaliativos concorre para a imparcialidade. “ <i>Prendemos transmitir o que tinha de ser dito e fazê-lo de forma a criar como que uma alavanca, reconhecendo o que não havia sido feito, percebendo o que era preciso fazer</i> ”, refere um dos avaliadores.	5	Embora se creia, com base na entrevista, que o avaliador tendeu a ser imparcial na avaliação realizada, não se encontra descrita no relatório de avaliação alguma estratégia ou método que previna distorções causadas por sentimentos ou vieses pessoais. Esse fato é agravado pela pouca clareza na definição dos procedimentos avaliativos. “ <i>Eu não concordo com algumas recomendações que deixo. Elas resultam e refletem o que foi dito durante as entrevistas realizadas</i> ”, sublinha o entrevistado, salvaguardando a imparcialidade.	Análise feita sobretudo com base nos relatórios, atenuada por dados obtidos em entrevista com os avaliadores.
-------------------------------	---	--	---	---	---

A excelência da ‘análise de contexto’ em ambos os relatórios de avaliação é reveladora da estreita relação dos avaliadores com o objeto em estudo. Porém, considerando aspectos processuais e metodológicos, o relatório referente ao PNDS I sobressai sobre o relatório PNDS II. Em ambas as avaliações, é feita uma análise muito bem contextualizada da realidade vivida na RGB, sendo que o relatório intercalar de subsídios para a revisão do PNDS II, embora defina os propósitos em que este é feito, não descreve de forma clara os procedimentos do processo avaliativo, não permitindo, por exemplo, sua replicação por outra equipe de avaliadores. Pressupondo que o avaliador recorreu a fontes de informação confiáveis, estas não são identificáveis no relatório nem descritas com detalhe. A imparcialidade dos relatórios é possível se os procedimentos para elaboração dos relatórios incluírem métodos que previnam possíveis distorções causadas por sentimentos, opiniões ou vieses pessoais<sup>18</sup>. Sobretudo no relatório intercalado de subsídios para a revisão do PNDS II, não são descritos os métodos que previnem distorções, aflorados na primeira avaliação, quando os procedimentos avaliativos são descritos com maior detalhe.

Verifica-se, entretanto, que o objetivo desse segundo processo de avaliação não foi o de efetuar a avaliação final da implantação de um plano ou programa, mas o de obter subsídios para a tomada de decisão sobre a reformulação

ou nova elaboração de um PNDS para a RGB. Assim sendo, o impacto de tais falhas é suavizado pelo próprio objetivo da avaliação.

Considerando o padrão ‘procedimentos práticos’, conclui-se que, em relação à avaliação de implementação do PNDS I, esses procedimentos, embora estejam bem descritos e pareçam práticos de implementar, evidenciam algum risco de implementação se considerarmos o contexto da situação vivida pela RGB na data da avaliação. Segundo os avaliadores, para a avaliação da implantação do PNDS I,

*os procedimentos foram definidos em fase anterior ao deslocamento até a RGB, tendo sido feita a planificação exaustiva do processo avaliativo e seus procedimentos, incluindo, por exemplo, o cronograma de coleta de informação.*

O trabalho de preparação da avaliação foi feito sem um conhecimento integral, da realidade vivida então na RGB, que diferia daquela em que fora redigido o PNDS. Afinal, entre a redação do PNDS I e a avaliação da sua implantação ocorrera uma guerra civil com amplas consequências para o setor da saúde. Segundo um dos avaliadores entrevistados, no momento da avaliação, sucedeu que:

*Levávamos uma estrutura de avaliação e ao chegar ao terreno os dados para calcular os indicadores definidos tinham desaparecido. Aqueles objetivos*

*tinham deixado de fazer sentido. Houve um retrocesso, faltava tudo. Faltavam os RH, os recursos farmacológicos, as infraestruturas. Tivemos de adaptar a estrutura da avaliação àquele novo contexto.*

Para o mesmo padrão ‘procedimentos práticos’, o segundo relatório apresenta a sua descrição de forma mais limitada no corpo do texto, sendo que o avaliador na entrevista realizada esclarece a forma como implantou a avaliação, adaptando os procedimentos à realidade contextual vivida no momento:

*A avaliação foi conduzida num contexto muito difícil. No período da avaliação, houve três ministros da saúde e nenhum deles estava em fase de poder tomar decisões. A avaliação foi acompanhada por um dos diretores nacionais, muito apoiado pelo diretor nacional de saúde pública. Devido à desorganização existente, eu mesmo tomava a iniciativa de telefonar e marcar reuniões. O objetivo foi o de tentar ouvir o maior número de dirigentes nacionais possível, não apenas os do Minsap como também os institucionais, os programáticos, os regionais. Ouvi também os financiadores, pois a sua perspectiva é muito importante. [...] Foi ainda possível conduzir um processo de discussão, houve sessões plenárias entre dirigentes da saúde e parceiros do setor [...]. Procurava confrontar a informação que obtinha nas reuniões e entrevistas com os dados quantitativos a que pude ter acesso.*

Considerando o padrão ‘clareza dos relatórios’ – segundo o qual os relatórios devem descrever claramente o programa avaliado, incluindo seu contexto e propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação, de forma a prover informações essenciais que sejam facilmente entendidas<sup>18</sup> –, o relatório referente à avaliação e implantação do PNDS I é mais claro que o relatório intercalado de subsídios para a revisão do PNDS II. Salvaguardada essa assimetria pelo objetivo do processo avaliativo, importa ressaltar que ambos os relatórios são de excelência no que concerne à justificativa das conclusões encontradas, de forma a que possam ser analisadas e utilizadas posteriormente, conferindo

ao padrão ‘conclusões justificáveis’ avaliação de excelência para ambas as avaliações.

Finalmente, com relação ao padrão ‘avaliação completa e justa’, verifica-se que estão elencados em ambos os relatórios não apenas os pontos positivos e limitações como também sugestões baseadas a análise profunda do contexto, numa abordagem realista dos pontos fracos e na valorização dos pontos de sucesso de cada um dos PNDS.

Ilustrando o descrito, no relatório de avaliação do PNDS I, pode-se, por exemplo, ler:

*Pode-se, assim, concluir que os serviços de saúde [...] continuam a não assegurar cuidados e qualidade [...] embora em alguns casos se verifique uma ligeira melhoria e um esforço mensurável de dotar o País de infraestruturas de saúde. É preciso, contudo, pensar no futuro e nesse sentido sugerimos [...]. A colaboração intersetorial e o estabelecimento de parcerias ficaram aquém do que se esperava, pelo que é necessário [...].*

No mesmo sentido, no relatório intercalado de subsídios para a revisão do PNDS II, lê-se, por exemplo:

*De uma forma simplista, houve progressos importantes em dois eixos do PNDS [...], alguns progressos mal sustentados em quatro eixos [...] e em dois eixos resultados francamente insatisfatórios [...]. Apesar da instabilidade política que meneou sua implantação e execução, o PNDS II teve o mérito de se manter como o documento orientador do setor da saúde e de contribuir para alguma estabilidade de um setor essencial para o desenvolvimento da sociedade guineense. [...] Como recomendações finais, damos prioridade às seguintes [...].*

Indo ao encontro do segundo objetivo desta meta-avaliação, verifica-se que tais avaliações foram amplamente levadas em conta no processo de planejamento que se lhes seguiu. Quanto à utilização de seus dados, na fase de planejamento, as sugestões deixadas pela avaliação anterior foram também levadas em conta tanto na elaboração do PNDS II como do

PNDS III. Os relatórios de avaliação foram, em ambos os momentos, documentos-chave para o processo de planeamento. *“O resultado das avaliações de implantação dos PNDS foram e são amplamente considerados nos processos de planeamento em saúde”*, refere um dos atores-chave entrevistados. Outro ator-chave refere, ao abordar o processo de elaboração do PNDS II, que *“a avaliação anterior foi levada em conta, os comitês foram criados com base nas recomendações constantes no documento de avaliação”*. Abordando o processo de PES que resultou na elaboração do PNDS III, um dos entrevistados esclarece: *“com base no relatório de avaliação da implementação do PNDS II é que foi tomada a decisão de redigir um novo plano, de começar de novo”*.

## Refletindo sobre os resultados

A relação dos avaliadores com os planos avaliados e com o processo de PES na RGB merece da nossa parte franco interesse e cuidado, procurando por um lado verificar a imparcialidade e, por outro, garantir a credibilidade desta meta-avaliação, com base no fato de que cada estudo avaliativo é passível de ser tendencioso. As decisões que um avaliador toma sobre o que examina – métodos, instrumentos, grupos a ouvir etc. – influenciam o resultado da avaliação<sup>21</sup>. Os mesmos autores referem que a própria história pessoal do avaliador, suas preferências, sua experiência afetam a forma de conduzir o estudo. Nesta meta-avaliação, tal realidade tornou-se um fato evidente, embora, na medida do possível, a imparcialidade tenha sido salvaguardada, garantindo a credibilidade por meio da metodologia seguida, a qual foi conforme à literatura consultada. O fato de terem sido considerados nesta meta-avaliação não apenas o conteúdo dos relatórios como também as informações obtidas de avaliadores envolvidos diretamente e de outros com alguma externalidade, de usuários das avaliações e de atores-chave

com diversas funções em PES permitiu uma meta-avaliação participativa, enriquecendo os resultados obtidos<sup>21</sup>.

Uma avaliação precisa ser útil para aqueles que a encomendam e que nela têm interesse<sup>22</sup>. Ao longo de ambos os processos avaliativos, os avaliadores referem ter tido tal preocupação sempre subjacente. Por exemplo, perante a realidade da disparidade de contexto em que fora elaborado o PNDS I e em que decorreu a avaliação da sua implantação, um dos avaliadores referiu que *“O grande desafio foi transformar situações avaliadas não desejáveis em contributos para o crescimento daquele país”*.

Ao se fazer nesta meta-avaliação a verificação da utilização posterior dos dados de avaliação de ambos os processos em análise, foi-se ao encontro de um dos grandes desafios da meta-avaliação, que era o de verificar em que medida os resultados foram utilizados, sendo a avaliação tão mais útil quanto mais usada posteriormente<sup>22</sup>.

Verifica-se que, na RGB, a avaliação da implantação da estratégia nacional em saúde descrita no PNDS é um dos passos do PES, melhor dizendo, o primeiro do processo de planeamento.

Tendo consciência de que a avaliação não consegue ficar isenta das agendas de desenvolvimento<sup>26,27</sup>, o processo avaliativo da implantação do PNDS como etapa de planeamento foi, segundo os avaliadores entrevistados, *“amplamente discutido com os parceiros”*. Segundo quem o viveu na primeira pessoa, apesar das exigências contextuais marcadas pela instabilidade política que se vivia nos períodos em que decorreram as avaliações em análise, *“foram trabalhos muito interessantes porque foram feitos numa perspectiva formativa”*. Como salienta um avaliador, referindo-se à avaliação de implementação do PNDS I:

*Nós, equipe de trabalho, discutimos, inclusive, a forma de redação do relatório para que não fosse interpretado em forma de sanção pelo que não se havia cumprido, mas, sim, dando um estímulo, como que uma alavanca, para que, reconhecendo o que não*

*havia sido feito, se pudesse perceber o que seria necessário para que no futuro se conseguisse fazer.*

As avaliações são parte integrante de um processo que, embora não espelhe progressos significativos em indicadores específicos, dado que o grau de implementação das estratégias definidas é reduzido, exemplifica um exercício de PES num EF, permitindo abrir caminho a uma convergência de visão.

## **Especificidade como elemento diferenciador – a importância do contexto guineense**

Um dos entrevistados sintetiza uma ideia-chave desta meta-avaliação quanto à especificidade das avaliações analisadas como parte integrante do processo de PES na RGB:

*Com este processo de avaliação e planeamento, criou-se no Minsap uma cultura de planificação. Podemos questionar o porquê desse desejo sempre presente de planejar, quer em nível da saúde global no País quer dos programas verticais, e o como se viabilizou a instalação desta cultura num cenário de tanta instabilidade contextual, como é o da RGB. Eventualmente, por influência dos parceiros, sobretudo financiadores, de quem existe tão forte dependência. O certo é que a RGB, no nível do setor da saúde, pode não ter competência para os processos de planificação e implantação, mas estes têm uma forte expressão.*

A fragilidade do Estado na RGB, com tudo o que esta implica em termos de contextualização do País, emerge como padrão de especificidade<sup>18,25</sup>, ou seja, o fato de a RGB apresentar características de EF e de análise de contexto ter sido amplamente considerada nas avaliações efetuadas permite caracterizá-las como detentoras de mérito e de valor, uma vez que são avaliações adequadas e respondem às necessidades de informação dos interessados. A

ampla consideração do contexto guineense na realização das avaliações em análise leva ainda à reflexão sobre a adaptação das metodologias de avaliação ao contexto onde é feita.

Avaliações bem planejadas e executadas são particularmente importantes em países com instituições frágeis e populações vulneráveis<sup>28</sup>. Sendo a avaliação um esforço desafiador e empolgante, deverá criar conhecimento confiável e útil por meio de práticas críveis e perspicazes<sup>28</sup>. Verifica-se, porém, que é impraticável uma receita única para avaliação - muitos dos princípios de avaliação, pressupostos e práticas que se desenvolveram em países altamente desenvolvidos são considerados inadequados para contextos menos desenvolvidos<sup>29</sup>. Em nível global, existe uma preocupação crescente com o fato de que uma abordagem de avaliação padronizada de acordo com o modelo de avaliação ocidental nem sempre é apropriada em contextos culturais e de desenvolvimento distintos<sup>29</sup>.

Considerando concretamente os países em desenvolvimento, verifica-se a preponderância de atores externos, como a comunidade de doadores, na formalização da prática de avaliação. Essas abordagens orientadas pelos doadores são causadoras de insatisfação e têm levado à reflexão sobre a necessidade de adequar e adaptar estratégias de avaliação a diferentes contextos socioculturais, políticos, econômicos e ecológicos<sup>27</sup>. Segundo os mesmos autores, tal reflexão é motivada pelo pressuposto de que a metodologia é sensível ao contexto.

No que se refere ao Continente Africano, constata-se que até a década de 1980, a avaliação foi em grande parte impulsionada por atores internacionais, sendo que, ainda nos nossos dias, as avaliações na África são, sobretudo, encomendadas por partes interessadas não africanas, que compreendem principalmente doadores internacionais ou agências de desenvolvimento que administram ou financiam programas de desenvolvimento no continente<sup>29</sup>.

Embora o desejo de conferir relevância cultural à avaliação esteja atualmente no centro do discurso sobre avaliação, tentativas globais de implantar práticas culturalmente sensíveis



ainda não conseguiram integrar as vozes africanas<sup>30</sup>. Perante a constatação de que o atual paradigma de avaliação ocidental não é sempre aplicável ao contexto africano, emergem, na comunidade de avaliadores, argumentos a favor de um paradigma de avaliação orientado para a África que seja mais adequado às condições, culturas e instituições africanas<sup>29</sup>.

Essa reflexão desafia aqueles que acreditam em processos de avaliação orientados unicamente por indicadores quantitativos que negligenciam o que é menos tangível. Por outro lado, reforça a necessidade de enquadramentos institucionais que facilitem abordagens participativas e reconheçam os sistemas de valor que apoiam a avaliação e apelam aos Estados para que recorram à avaliação para melhorar a natureza de suas abordagens de governança<sup>28</sup>. A comunidade de avaliadores defende acordos entre o governo, a sociedade civil e as empresas para permitir a reflexão sobre o mérito e o valor das avaliações e promover o seu uso<sup>28</sup>.

Em suma, urge considerar o contexto, e nele a cultura dos povos, como uma parte inegavelmente integrada nos diversos contextos de avaliação e, portanto, parte integrante da avaliação. A cultura está presente na avaliação, não apenas nos contextos em que os programas são implantados como também nos projetos desses programas e na abordagem ou métodos que os avaliadores optam por utilizar<sup>30</sup>.

## Conclusões

Mediante a existência de dados de avaliação da implantação dos documentos de orientação estratégica nacional para o setor da saúde na RGB, os PNDS, realizou-se uma meta-avaliação. Deste trabalho, é possível tirar lições sobre a qualidade metodológica e processual de cada uma das avaliações analisadas, contribuindo, assim, para que as avaliações futuras possam cumprir cada vez mais a excelência de procedimentos. As maiores contribuições, porém, prendem-se à conclusão evidente da relação entre avaliação e planejamento e à

relação com a especificidade dessas avaliações, realizadas em um Estado africano classificado como frágil.

Este trabalho deixa o desafio de aprofundar a temática do PES na RGB, lendo a sua história no contexto dos EF. Por outro lado, o fato de os dados de avaliação serem utilizados em planejamento abre a curiosidade para olhar para processos específicos que emergem das avaliações e planificações, como é o caso, por exemplo, da formação de recursos humanos da saúde.

Os PNDS criaram no Minsap uma 'cultura de planificação' amplamente motivada pelos financiadores do setor. Esses documentos acabaram por ser a referência em cenários de instabilidade, demonstrando estar a montante de quem governa, resistindo às adversidades e focando os desafios da sustentabilidade do setor da saúde da RGB.

Há que se sublinhar que, provavelmente pelo amplo conhecimento que os avaliadores detinham sobre a realidade da RGB, as avaliações foram ao encontro do desafio atual de introduzir na análise a questão dos contextos e espaços culturais em que a pesquisa avaliativa ocorre, considerando-os parte integrante da definição metodológica da avaliação.

Como advertência para processos futuros em que isso não seja intuitivo, fica a reflexão sobre a necessidade de olhar para as avaliações como empreendimentos complexos influenciados profundamente tanto pelo contexto como pelas pessoas envolvidas; conjugar os propósitos de uma avaliação com as reais necessidades e prioridades das partes interessadas é essencial para garantir a utilização dos resultados da avaliação no sentido de fundamentar a tomada de decisão.

## Colaboradores

Guerreiro CS contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, e para a elaboração do rascunho e versão final do manuscrito. Ferrinho P contribuiu para a concepção,



planejamento, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Hartz Z contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, da revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

## Agradecimentos

A Fernando Cupertino pela preciosa colaboração na revisão ortográfica do artigo. ■

---

## Referências

1. Guiné Bissau. Ministério da Educação. Relatório do estado do Sistema Educativo para a reconstrução da escola da Guiné-Bissau sobre novas bases. 2015.
2. Messner JJ. Fragile States Index 2015. Washington: The Fund for Peace; 2015.
3. Newbrander W, Waldman R, Shepherd-Banigan M. Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states. *Disasters*. 2011; 35:639-660.
4. McPake B, Witter S, Ssali S, et al. Ebola in the context of conflict affected states and health systems: case studies of Northern Uganda and Sierra Leone. *Confl Health*. 2015; 9:23-32.
5. World Health Organization. The impact of global health initiatives on health systems [internet]. Geneva: WHO; c2018 [acesso em 2018 ago 23]. Disponível em: <http://www.who.int/alliance-hpsr/researchsynthesis/project3/en/>.
6. Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2008.
7. Organização Mundial da Saúde. Estratégia de cooperação da OMS com os países, 2009-2013: Guiné-Bissau. República do Congo: OMS; 2008.
8. Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1998-2002. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 1998.
9. Fronteira I, Ferrinho F, Dussault G, et al. Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau. Relatório de Avaliação Final, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta; 2007.
10. Guiné-Bissau. Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional. Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015. Guiné-Bissau: Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional; 2011.
11. Ferrinho P. Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até

- 2020 - apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um roteiro para a sua revisão. Guiné-Bissau; 2015.
12. European External Action Service. Terra Ranka: A Fresh Start for Guinea-Bissau. Guiné-Bissau: EEAS; 2015 [acesso em 2017 out 26]. Disponível em: [https://eeas.europa.eu/headquarters/headquarters-homepage\\_en/2105/Terra](https://eeas.europa.eu/headquarters/headquarters-homepage_en/2105/Terra).
  13. Hartz ZMA. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma nova saúde pública. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(4):832-834.
  14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
  15. Flick U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor; 2005.
  16. Marconi M, Lakatos E. *Fundamentos de metodologia científica*. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2007.
  17. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.
  18. Hartz ZMA. Principles and standards in metaevaluation: guidelines for health programs. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11(3):733-738.
  19. Hartz Z, Goldberg C, Figueiro AC, et al. Multi-strategy in the Evaluation of Health Promotion Community Interventions: An Indicator of Quality. In: Potvin L, McQueen DV, Hall M, et al. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. New York: Springer; 2008. p. 253-267.
  20. Machado TR, Chaise RM, Elliot LG. A meta-avaliação como instrumento de qualidade nas Políticas Públicas: o Programa Segundo Tempo. *Rev Meta Aval*. 2016; 8:1-20.
  21. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(3):695-705.
  22. Elliot LG. Metaevaluation: from approaches to possibilities of application. *Aval Pol Públ Educ*. 2011 out-dez; 19(73):941-964.
  23. Yarbrough DB, Shulha LM, Hopson RK, et al. *The Program Evaluation Standards: a guide for evaluators and evaluatin users* [internet]. 3. ed. Thousand Oaks: Sage; 2011 [acesso em 2017 nov 15]. Disponível em: <http://www.jcsee.org/program-evaluation-standards-statements>.
  24. Hartz Z, Felisberto E. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
  25. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
  26. Craveiro I, Hartz Z. A equidade na investigação avaliativa com foco na cooperação em Saúde para o desenvolvimento. *An Inst Hig Med Trop*. 2017; 16(supl):S31-S38.
  27. Carden F, Alkin MC. Evaluation Roots: An International Perspective. *J Multidiscip Eval*. 2012; 8:102-118.
  28. Fanie Cloete, Babette Rabie, Christo de Coning. *Evaluation Management in South Africa and Africa*. [Sem local]: SUN MeDIA Stellenbosch; 2014.
  29. Cloete F. Developing an Africa-rooted programme evaluation approach, *African J Public Affairs* [internet]. 2016; 9(4):55-70 [acesso em 2017 dez 6]. Disponível em: <http://repository.up.ac.za/handle/2263/59022>.
  30. Chilisa B, Major TE, Gaotlhobogwe M, et al. Decolonizing and Indigenizing Evaluation Practice in Africa: Toward African Relational Evaluation Approaches. *Can J Program Eval*. 2016; 30(3):313-328.

---

Recebido em 02/03/2017

Aprovado em 16/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde

*Availability of action of compatibilization of indicators and goals of the planning instruments used by the Ministry of Health in Brazil*

Rodrigo Ferreira de Araujo<sup>1</sup>, Juliana Martins Barbosa da Silva Costa<sup>2</sup>, Marly Marques da Cruz<sup>3</sup>, José Rivaldo Melo de França<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811802

**RESUMO** Objetivou-se realizar um estudo de avaliabilidade da ação de compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde: Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual, 2016-2019. Entrevistaram-se *stakeholders* para verificar seus interesses na intervenção; elaborou-se modelo lógico com aplicação da técnica Delphi; e identificaram-se perguntas avaliativas que subsidiarão futuras avaliações. Na seleção, contemplaram-se os envolvidos na elaboração dos instrumentos de planejamento e na ação de compatibilização, bem como os afetados por essa ação. Concluiu-se que houve compatibilização, pois há delineamento da intervenção, consenso entre os interessados e identificação de perguntas avaliativas.

**PALAVRAS-CHAVE** Planejamento. Indicadores (Estatística). Meta. Avaliação em saúde. Técnica Delfos.

**ABSTRACT** *The objective was to study the feasibility of evaluating the actions able to match indicators and targets concerning the planning instruments of the Ministry of health, i.e., the National Health Plan and the Multi-year plan, 2016-2019. Stakeholders were interviewed as to verify their interests on the intervention; a logical model was developed with application of the Delphi technique; and evaluation questions were identified so to subsidize future evaluations. During the selection process, those involved in the development of planning instruments were taken into account, as were those implied in the matching action and those affected by the action. The results support the existence of matching, since there is an intervention design, a consensus among stakeholders, and the identification of evaluation questions.*

**KEYWORDS** *Planning. Indicators (Statistics). Goals. Health evaluation. Delphi technique.*

<sup>1</sup>Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5042-4969>  
[rfarodrigo@gmail.com](mailto:rfarodrigo@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5809-4156>  
[julimartins.costa@gmail.com](mailto:julimartins.costa@gmail.com)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ).  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4061-474X>  
[marly@ensp.fiocruz.br](mailto:marly@ensp.fiocruz.br)

<sup>4</sup>Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5625-0031>  
[jrmf1@uol.com.br](mailto:jrmf1@uol.com.br)

## Introdução

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) concebe o planejamento como um processo inerente a todas as esferas de governo<sup>1</sup>. Sem a sua realização, as atividades são executadas por inércia e os serviços funcionam de forma desarticulada, sendo orientados pela noção de seu papel. Se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades à sua maneira<sup>2</sup>.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular, o planejamento é um instrumento estratégico de gestão, por meio do qual cada esfera de governo deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o SUS. Dessa forma, o planejamento das políticas da administração pública federal para área da saúde se integra em dois planos: Plano Nacional de Saúde (PNS) e Plano Plurianual (PPA)<sup>3,4</sup>.

Tanto o PNS como o PPA abordam fundamentações empíricas diferentes. Apesar de Garcia<sup>5</sup> introduzir na gestão federal uma concepção do planejamento estratégico, o PPA tem um arcabouço baseado no planejamento normativo emanado do Ministério do Planejamento (MP), ao passo que o PNS tem o arcabouço estratégico situacional de Matus<sup>6</sup>, elaboração coordenada pelo Ministério da Saúde (MS) e envolve, indiretamente, por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a participação dos cidadãos no processo de planejamento.

O PPA deve estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. O PNS é o instrumento que, a partir da análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos. Esses planos devem ser convergentes entre si para orientar as escolhas orçamentárias e a gestão das políticas públicas na área da saúde<sup>7</sup>.

No período de 2012 a 2015, ambos os

instrumentos de planejamento apresentavam definições diversas de ‘indicador’ e ‘meta’, que podiam variar consideravelmente de acordo com autores e metodologias. Para o PPA, um ano antes de sua elaboração, foi lançado o Manual de Orientação para Elaboração do MP, que trazia esses dois conceitos<sup>8</sup>. No caso do PNS, não havia sequer um manual que orientasse as secretarias da pasta da saúde a elaborar esse instrumento, apesar de haver consensos conceitual no âmbito da Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO).

A heterogeneidade de conceitos tem prejudicado o processo de planejamento, necessitando haver compatibilização entre eles para que não se originem ambiguidades no processo de elaboração de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento na saúde pública, com reflexo negativo sobre a execução do monitoramento e da avaliação. Assim, a compatibilização entre os planos é uma ação de planejamento estratégico das políticas públicas, sendo esse planejamento uma das mais importantes ferramentas administrativas, pois estabelece caminhos que orientam os gestores públicos na condução das atividades<sup>9</sup>.

Ressalta-se que, de acordo com a Portaria nº 2.135/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, deve ocorrer compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde<sup>8,10</sup>. Assim, a Coordenação Geral de Planejamento (CGPL) do MS realizou, em 2015, uma ação de compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento federal (PNS e PPA) com o objetivo de delimitar de forma precisa os conceitos de ‘indicador’ e ‘meta’ considerados no processo de elaboração e gestão do PNS e PPA, bem como de facilitar a comunicação entre os atores envolvidos e dar maior segurança e qualidade à gestão dos planos.

Os indicadores e metas do PNS e do PPA (2016-2019) encontram-se compatibilizados, existindo 121 metas e 33 indicadores

para cada um dos instrumentos. Nessa perspectiva, e por ser uma intervenção recente, tem-se por objetivo realizar um Estudo de Avaliabilidade (EA) (i) da ação de compatibilização dos instrumentos federais de planejamento do MS com o intuito de construir as bases para uma futura avaliação a partir da busca de entendimento entre os envolvidos sobre a natureza e os objetivos da ação de compatibilização; (ii) da concordância quanto ao interesse na realização da avaliação e os possíveis usuários do estudo; e (iii) do aumento das possibilidades de uso dos resultados da avaliação conforme as recomendações de Mendes et al.<sup>11</sup> e Silva et al.<sup>12</sup>.

## Métodos

Para este estudo de avaliabilidade, utilizou-se uma abordagem descritivo-qualitativa em três etapas: (1) Análise dos *stakeholders*; (2) Elaboração do modelo lógico; e (3) Identificação de perguntas avaliativas.

Na etapa da Análise dos *stakeholders*, adotou-se a metodologia proposta pelo Centers for Disease Control (CDC)<sup>13</sup>, classificada em três grupos: (1.1) envolvidos na elaboração dos instrumentos de planejamento, i.e., dos

coordenadores, técnicos de planejamento das secretarias do MS e do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas); (1.2) técnicos integrantes da CGPL envolvidos na ação de compatibilização; e (1.3) representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) afetados pela ação. Para a seleção dos *stakeholders*, utilizou-se uma amostra de conveniência, identificando-se os atores-chave no processo de elaboração dos instrumentos de planejamento do MS com conhecimento teórico-prático sobre a temática. Realizaram-se entrevistas com roteiro contendo perguntas abertas. As entrevistas foram presenciais, gravadas e, posteriormente, transcritas. A análise dos dados foi baseada no método de Análise de Conteúdo de Bardin<sup>14</sup>.

Para a elaboração do modelo lógico, identificaram-se do CDC os insumos, atividades, produtos, resultados e impactos da ação de compatibilização dos instrumentos de planejamento do MS. Inicialmente, procedeu-se à análise documental (*quadro 1*) e desenho do modelo lógico preliminar. Após essa etapa, realizou-se a validação do modelo por meio da técnica Delphi, obtendo-se o modelo lógico final<sup>15</sup>.

Quadro 1. Legislações que discorrem sobre os instrumentos de planejamento federais do MS

Legislação	Conteúdo	Ano de publicação
Constituição Federal	Traz a consonância entre PPA e PNS.	1988
Lei nº 8.080	Compatibiliza as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.	1990
Lei nº 8.142	Para receberem os recursos, os entes da Federação devem contar com seus respectivos planos de saúde.	1990
Lei nº 13.249	Institui o Plano Plurianual da União para o período 2016-2019.	2016
LC nº 141	Estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.	2012

Quadro 1. (cont.)

Decreto nº 7.508	Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	2011
Portaria nº 3.085	Regulamentava o Sistema de Planejamento do SUS.	2006
Portaria nº 3.332	Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS	2006
Portaria nº 3.965	Regimento interno do Ministério da Saúde	2010
Portaria nº 2.135	Traz a compatibilização entre PPA e PNS.	2013

Fonte: Adaptado de Gomes e Britto<sup>16(43)</sup>.

A validação do modelo lógico contou com 20 *stakeholders* que atuam nas áreas de planejamento, i.e., na coordenação de planejamento das secretarias, CGPL, CNS e Demas. Os experts receberam o modelo lógico preliminar juntamente com uma matriz contendo cada componente do modelo. Em seguida, foram convidados a analisar a pertinência de cada elemento do modelo, conforme metodologia preconizada por Recine<sup>17</sup>. Incluíram-se novos elementos sugeridos pelos *stakeholders* e excluíram-se os elementos considerados não pertinentes por mais de 50% dos participantes. Após essas etapas, procedeu-se à nova consulta, permanecendo os elementos considerados pertinentes por mais de 50% dos *stakeholders*.

Na identificação das perguntas avaliativas, foram realizadas entrevistas com os mesmos *stakeholders* da etapa 1, utilizando roteiro disponibilizado por e-mail e composto pela pergunta: ‘em sua opinião, quais são as principais perguntas que você gostaria que uma avaliação da ação de compatibilização dos instrumentos de planejamento do

MS respondesse?’. De posse das respostas, a análise de dados foi categorizada em um quadro de perguntas avaliativas contendo as perguntas sugeridas pelos participantes, se a pergunta é ou não avaliativa e os tipos de avaliação descritas por Brousselle<sup>18</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) com o parecer nº 1.646.321, em 24 de julho de 2016.

## Resultados e discussões

### Análise de *stakeholders*

Do total de doze *stakeholders* convidados, oito participaram das entrevistas e quatro não participaram alegando indisponibilidade de agenda. Após a pré-análise, exploração do material e a interpretação, emergiram doze categorias iniciais e quatro categorias finais (*quadro 2*).

Quadro 2. Categorias de Análise identificadas após a análise dos dados coletados nas entrevistas

Categories Iniciais	Conceito norteador	Categories Finais
1. Contribuição na elaboração dos instrumentos de planejamento	Evidencia como se deu a contribuição dos <i>stakeholders</i> na elaboração dos instrumentos de planejamento do MS	I. Elaboração dos instrumentos de planejamento PPA e PNS no MS
2. Trabalho em conjunto	Indica se o trabalho referente à elaboração dos instrumentos de planejamento é executado em conjunto com outros setores internos ou externos ao MS	
3. Conflito de funções	Salienta a existência de conflitos de funções entre o <i>stakeholder</i> e demais atores-chave envolvidos no processo de planejamento	
4. Conhecimento e participação na ação de compatibilização	Denota conhecimento e participação sobre a ação de compatibilização entre indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do MS feita na CGPL	II. Compatibilização entre indicadores e metas dos instrumentos de planejamento PPA e PNS do MS
5. Possibilidade de compatibilização	Evidencia se é ou não possível compatibilizar os instrumentos de planejamento do MS	
6. Interesses na compatibilização	Descreve os interesses que os <i>stakeholders</i> têm com a compatibilização desses instrumentos de planejamento	
7. Vantagens da compatibilização	Circunstâncias que beneficiam o processo de compatibilização	
8. Expectativas	Referencia as expectativas que poderão surgir com essa compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento	III. Perspectivas da compatibilização entre indicadores e metas dos instrumentos de planejamento PPA e PNS do MS
9. Avanços e retrocessos	Relata quais foram os avanços e retrocessos nas áreas de atuação dos <i>stakeholders</i> após realizada a compatibilização	
10. Contexto político	Foca a influência positiva ou negativa que o contexto político teve sobre essa compatibilização	IV. Vulnerabilidade na ação de compatibilização entre indicadores e metas dos instrumentos de planejamento PPA e PNS do MS
11. Dificuldades na compatibilização	Revela algumas dificuldades para que haja, de fato, compatibilização mais consistente	
12. Críticas ou sugestões	Explora as sugestões ou críticas dos <i>stakeholders</i> sobre a compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do MS	

Fonte: Elaboração própria.

Os participantes contribuíram para a elaboração dos instrumentos de planejamento auxiliando, organizando, compilando e estruturando as contribuições de cada um dos departamentos, coordenações ou áreas, componentes das secretarias. Além disso, houve a contribuição dos participantes por meio do encaminhamento do conteúdo para a área competente do MS, que é a CGPL/SPO, a qual intermedeia encaminhando as contribuições para o MP.

Porém, um dos *stakeholders* ressalta que há contribuição não só dos técnicos do MS como

também da população na formulação do planejamento na figura do CNS, fortalecendo e demonstrando transparência na gestão do SUS, da união para com os demais entes da federação. Assim se deu também em estudo realizado por Labra e Figueiredo<sup>19</sup>, onde se identifica que a participação nos conselhos de saúde fomenta um círculo virtuoso caracterizado pelo envolvimento dos cidadãos em questões de interesse geral, contribuindo para o fortalecimento da democracia.

Além das áreas internas, alguns participantes abordaram a contribuição externa do MP.



Isso se dá pelo fato de a SPO fazer parte do Sistema de Planejamento e Orçamento Federal, o qual tem o MP como órgão central<sup>20</sup>.

Um entrevistado, diferente dos demais participantes que deixaram claro não haver conflito de funções, chamou à atenção ao dizer que há, sim, conflito de função, pois o gabinete da Secretaria Executiva (SE) é uma instância mais política, diferente das áreas de planejamento, que são mais técnicas:

*Então, entendo que, assim, há uma confusão de papéis em relação ao gabinete da SE no tocante à definição e aplicação de metodologia para o processo do planejamento. Por exemplo, acho que aí existe, talvez, um embate entre um núcleo mais político e um mais técnico; então, nesse sentido, existe um processo que, em alguns momentos, fica mais confuso, mas ali nesse ponto talvez tenha algum conflito de funções. (A8).*

Em relação à compatibilização dos indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do MS, de forma geral, os *stakeholders* tiveram conhecimento dessa ação. Todos eles confirmaram interesse no que diz respeito à compatibilização, e chegaram a apresentar algumas vantagens:

*Justifica esse interesse ao afirmar que ela evita metas, indicadores e iniciativas em duplicidade, apresentando dados diferentes. Reduz o excesso de monitoramento e informações passadas que não coincidem, que não convergem. (A2).*

Além disso, foi destacado o alinhamento junto ao E-car, que é o sistema de acompanhamento, controle e avaliação de resultados coordenado pelo Demas, ferramenta bastante utilizada tanto para o monitoramento como para a avaliação das Secretarias do MS. Destaca-se que esses dois instrumentos de planejamento, caso trouxessem metas e indicadores diferentes, dispenderiam muitos esforços para atingir os mesmos objetivos.

*Esse alinhamento, inclusive, acontece não só*

*nesses instrumentos como também para dentro desse Ministério, para os instrumentos que a gente usa internamente, como o E-car, que também está alinhado ao PNS e PPA. Não faz sentido que eles não sejam compatíveis. Ambos seguem os mesmos prazos, ambos são produzidos pelo mesmo órgão. Então, é importante que eles sejam compatíveis porque senão você cria, digamos, uma situação em que um instrumento possa se sobrepor ao outro e você pode gerar informações incompatíveis com as que estão no outro. (A8).*

Alguns pontos anteriores a essa possível compatibilização foram citados, como, por exemplo, uma discussão ampla com os estados e municípios na Conferência Nacional de Saúde (CNS):

*Talvez se levasse em consideração a discussão ampla participando na Conferência, teve o CNS, mas é além da Conferência, então assim, é possível, mas tem que ser discutido melhor que metodologia foi essa. Fica um pouco difícil dizer até que ponto sem entender, sem estar apropriado de qual foi a metodologia, de qual conceito utilizado aqui no alinhamento. Então precisa de uma discussão mais profunda, mas acho que tudo é possível, desde que tenha definições muito claras de conceito objetivos onde se quer chegar, então assim depende muito disso. (A3).*

Nesse ponto, surge uma observação nova, que é a XV Conferência Nacional de Saúde e que estava prevista como uma meta do PNS 2012 – 2015<sup>21</sup>. Ela deveria servir como fonte de informação para a elaboração tanto do PPA como do PNS referentes ao quadriênio 2016 – 2019, mas não foi assim que ocorreu, pois tanto o PPA como o PNS foram elaborados antes da conferência.

As Conferências de Saúde devem pautar o planejamento da gestão do SUS influenciando diretamente os processos de tomada de decisão dos gestores. E esse aspecto, muitas vezes, tem recebido insuficiente atenção da gestão, dos participantes das Conferências<sup>7</sup>. A XV CNS servirá de fonte para os planos

do quadriênio 2020 – 2023. Trata-se de uma expectativa, mas a questão é se as diretrizes dessa conferência estarão obsoletas até lá.

No que tange às questões relacionadas às vulnerabilidades da ação de compatibilização, o contexto político foi identificado pelos *stakeholders* como uma influência negativa com descontinuidade do processo e interferência dos interesses no conhecimento e na valorização dos líderes do governo:

*Cada gestor que entra, seja aqui, na secretaria ou no Ministério ou até fora do Ministério, tem uma visão e tem seus objetivos particulares, causando descontinuidade em muitas ações que o Ministério tem em andamento. (A2).*

Alguns participantes apresentaram dificuldades no processo de compatibilidade entre os instrumentos de planejamento do MS. Dentre elas, os *stakeholders* frisaram que não participaram do processo de elaboração das metodologias necessárias para o alcance da compatibilização dos planos.

*Na verdade, tive que estava sendo feito, mas a gente não participou. Não foi um processo participativo, acho que pelo tempo ficou muito em cima pelo contexto político; foram vários fatores, não foi uma variável isolada. (A3).*

A participação dos *stakeholders* tem uma grande importância, porque melhora o entendimento dos profissionais envolvidos na intervenção<sup>12</sup>.

Na pesquisa realizada por Torres e Malta<sup>9(15)</sup>, identificou-se que

deve haver sensibilização da área econômica para gerir melhor seu orçamento, pois a descontinuidade das ações é gerada pela falta de planejamento orçamentário em consonância com o plano.

Surge, assim, a necessidade de formulação de indicadores onde seja envolvida a participação do controle social:

*Eu entendo que seria muito importante envolver também os conselheiros nacionais de saúde não somente na fase de consolidação dos indicadores como também durante o processo de construção desses indicadores no âmbito das reuniões internas da SPO/MS. (A5).*

Apresenta-se, assim, a ideia de um plano que seja decenal, o que pode ser feito pelo MS por meio de uma portaria ministerial. Como exemplo, tem-se o Plano Nacional de Educação (PNE) do Ministério da Educação com sua vigência de dez anos, o que tornaria esse plano um espelho para a elaboração do PPA<sup>22</sup>.

*A minha opinião particular é que o PNS, e isso pode ser feito por uma opção do MS, não necessita de lei, que o PNS tivesse uma visão de mais longo prazo, que fosse um plano decenal e que a gente pensasse numa compatibilização de um plano de mais longo prazo e do PPA em médio prazo. Esses planos setoriais têm a função de subsidiar e influenciar as escolhas que vão aparecer no PPA como lei. Em minha visão, tinha que avançar para isso. (A6).*

Gomes e Britto<sup>16(22)</sup> demonstram a importância de um plano decenal ao destacar:

O caráter decenal do PNE, que ultrapassa mandatos eletivos, e seu papel articulador do sistema nacional de educação como aspectos que o deveriam aproximar, pelo menos em tese, de uma agenda de políticas educacionais de Estado capaz de ultrapassar a visão meramente programática e fragmentada das políticas de governo comumente adotadas no setor.

Contudo, isso significa que, do ponto de vista constitucional, os planos decenais ultrapassam os planos plurianuais de governo, exigindo articulações institucionais e participações sociais para sua elaboração ou adequação, seu acompanhamento e avaliação. Além disso, há municípios com planos quadrienais, o que também é uma fragilidade, pois se recomenda que o prazo

seja ajustado para que coincida com o prazo do PNE<sup>23</sup>.

## A construção do modelo lógico

O modelo lógico é um esquema visual que expõe o funcionamento da intervenção e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos, ou seja, como eles se articulam para resolver o problema que deu origem à intervenção<sup>24</sup>.

Dos 20 *experts* convidados para a validação do modelo lógico, 14 participaram da primeira rodada, equivalendo a 70% de retornos. No total, foram quatro elementos excluídos com >51% de respostas ‘não’ e 18 novos elementos inseridos após sugestões dos participantes. De acordo com Vianna<sup>25</sup>, o consenso faz-se importante para que o trabalho interdisciplinar seja mais bem desenvolvido. Assim, a inclusão desses itens no modelo faz-se importante, pois representam o querer dos atores sobre a intervenção, clareando as estratégias da intervenção.

Os insumos excluídos foram retroprojektor e as Portarias GM/MS nº 399/06, 699/06 e nº 3.085/06. Sugeriu-se a inclusão de cinco novos insumos: Moderadores para condução das reuniões onde seja necessária a construção de consensos; *Datashow*; Ficha de qualificação de indicadores e metas; Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop); e a ata 227/11 (RO/CNS), que aprova o PNS 2012-2015.

Em relação às atividades, sugeriu-se a inclusão de sete atividades: Elaboração do manual de orientações do PNS; Discussão no CNS sobre a compatibilização; Realização de capacitações para alinhamento das orientações nas áreas técnicas do MS; Adoção de Fichas de Qualificação de indicadores e metas; Realização de oficinas de elaboração de indicadores e metas do PPA e do PNS; Discussão com os participantes pós- compatibilização para sanar eventuais dúvidas; e preenchimento do Siop e do E-car. Em relação aos produtos, foram incluídas as Oficinas realizadas para discussão entre CGPL e demais áreas do MS; e o Sistema Integrado de

Planejamento e Orçamento preenchido (Siop).

Na primeira rodada da matriz de produtos, de acordo com os participantes, todos os produtos obtiveram consenso. Também foram sugeridos dois novos produtos: Oficinas realizadas para discussão entre CGPL e demais áreas do MS; e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento preenchido (Siop).

Nos resultados, foram incluídas: equipes do MS conscientes da compatibilização e dos impactos sobre o fortalecimento do processo de planejamento no âmbito do MS, *feedback* positivo das áreas de planejamento no MS, com a percepção da melhora no acompanhamento dos instrumentos objetos da compatibilização e racionalização do gasto público a partir da racionalização da quantificação das metas.

Na segunda rodada, dos 14 convidados que participaram da primeira, treze responderam ao convite, equivalendo a 93% de retornos. No total, excluíram-se a Lei nº 13.249/16 e a Portaria nº 3.332/06. Os demais itens obtiveram consenso e foram incluídos no modelo lógico em sua versão final consensuada (*figura 1*). O consenso, por meio da inclusão e exclusão de itens, foi fundamental para o alcance de uma decisão compartilhada, ou seja, a de conseguir o apoio dos atores e não a mudança compulsória<sup>26</sup>.

Enfim, o modelo lógico consensuado tem grande relevância, pois proporciona melhor entendimento da intervenção, auxilia a divulgação de maneira mais objetiva da intervenção e demonstra a importância de cada stakeholder no processo de planejamento interno do MS, bem como fortalece a transparência da ação de compatibilização por qualquer interessado.

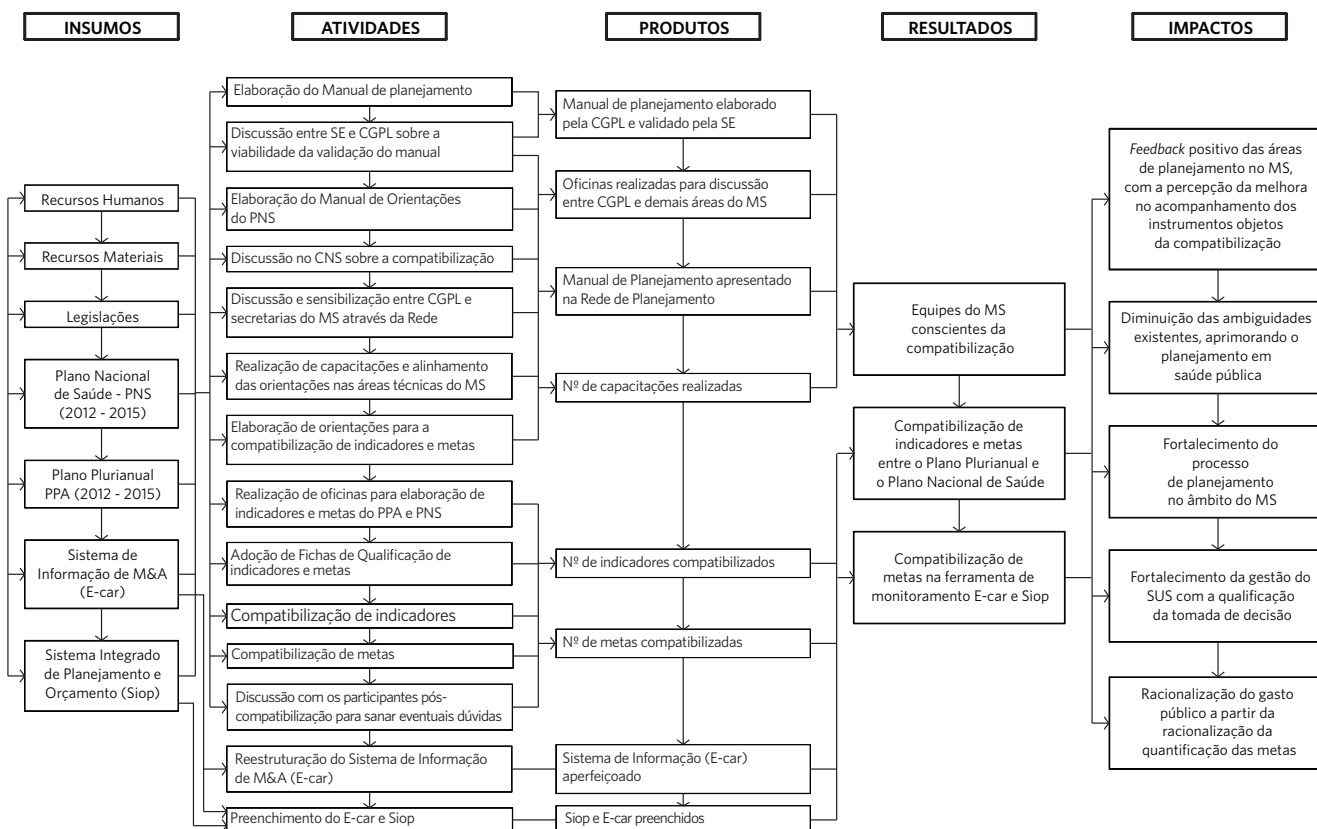
## Identificação de perguntas avaliativas

Para identificação das perguntas avaliativas, foram convidados os mesmos *stakeholders* da primeira etapa de análise de *stakeholders*, dos quais oito deram retorno e quatro, não,

equivalendo a 33% de abstenções. Deu-se a opção aos participantes de informar o porquê de não haver perguntas a serem

questionadas, havendo dois participantes sem perguntas.

Figura 1. Modelo lógico consensuado – Compatibilização dos indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde



Fonte: Elaboração própria.

As considerações dos participantes foram sistematizadas no quadro 3, onde encontram-se as perguntas avaliativas já categorizadas de acordo com o tipo de avaliação, o que facilitará um futuro processo avaliativo. Corroborando Cazarin<sup>27(2)</sup>, segundo os quais

a determinação das perguntas avaliativas é responsável pelo alicerce e direcionamento do processo avaliativo, servindo para delimitar o que será avaliado, articulando o foco da avaliação.

Quadro 3. Identificação de Perguntas Avaliativas da ação de compatibilização dos instrumentos de planejamento PPA e PNS

Perguntas	É uma pergunta avaliativa?	Tipo de Avaliação
Em que medida as metas físicas e financeiras do PNS e do PPA são monitoradas durante o processo de execução orçamentária das ações que integram a Lei Orçamentária Anual?	Sim	Apreciação do processo
De que modo o monitoramento anteriormente citado tem servido para reavaliação e revisão do planejamento?	Não	-
Por que esse monitoramento, avaliação e, eventualmente, revisão do processo de planejamento e dos instrumentos PNS e PPA não são debatidos no Conselho Nacional de Saúde?	Não	-
Qual o percentual de metas convergentes?	Não	-
Qual o percentual de indicadores convergentes?	Não	-
Em caso de discrepância, qual a justificativa?	Não	-
Há compatibilização entre os planos estaduais e os municipais de saúde com o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual?	Sim	Análise da implantação
Identificou-se alguma iniciativa de institucionalização do processo de compatibilização dos indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual face às revisões anuais que podem ocorrer e na fase de elaboração dos próximos planos?	Sim	Apreciação do processo
Qual o nível de participação do controle social e das instâncias intergestoras no processo de compatibilização dos indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual?	Sim	Apreciação do processo
Essa compatibilização entre PNS e PPA resultou em melhores condições para acompanhamento de seus indicadores e metas por parte das áreas técnicas do Ministério da Saúde?	Sim	Análise dos efeitos
A compatibilização de indicadores e metas desses instrumentos resultou na necessidade de novos insumos, atividades ou produtos que inicialmente não eram utilizados no Ministério da Saúde?	Sim	Análise dos efeitos

Fonte: Adaptado de Silva<sup>12</sup>.

Ao todo, foram coletadas onze perguntas, das quais seis são perguntas avaliativas e cinco não são. Quanto aos tipos de avaliação, apareceram três do tipo ‘Apreciação do processo’, uma ‘Análise da implantação’ e duas ‘Análises de efeitos’. Essas perguntas avaliativas guardam relação direta com o objetivo central da intervenção proposta. Permitem, ainda, sua ampliação durante a condução de um futuro estudo de avaliabilidade ou até mesmo de uma futura avaliação, além de se notar que as perguntas estão ligadas à função dos atores entrevistados<sup>28</sup>.

A identificação das perguntas é de fundamental importância, visto que elas serão responsáveis pelo alicerce e direcionamento de um possível processo avaliativo futuro,

servindo para delimitar o que será avaliado, articulando o foco da avaliação.

## Considerações finais

O artigo se propôs a responder à pergunta avaliativa ‘em que medida a compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do MS se encontra apta para a realização de uma avaliação?’ Conclui-se que a intervenção está apta a ser avaliada, porque os *stakeholders*, além de estarem cientes da compatibilização, participaram efetivamente em sua elaboração. Portanto, a pesquisa foi importante para o conhecimento e relacionamento com os atores participantes,

visto que foram convidados a participar de todas as etapas. Dessa forma, um dos principais objetivos do EA foi alcançado com a identificação e o envolvimento dos atores que têm um papel central na intervenção para atender às necessidades reais e que podem fazer uso deste estudo em avaliações futuras.

De acordo com o pressuposto do estudo em análise 'A inconsistência na elaboração da intervenção de compatibilização entre os instrumentos de planejamento federal do MS prejudica uma futura avaliação', conclui-se que se atingiram os resultados esperados. Isto, porque foi possível identificar o delineamento da intervenção; o consenso entre os interessados sobre ela; e a identificação de perguntas avaliativas que subsidiam uma posterior avaliação sobre a ação de compatibilização entre os instrumentos federais de planejamento do MS.

Além disso, ficou claro o uso do planejamento estratégico-situacional por parte do MS como um processo formalizado com a participação tanto dos gestores envolvidos diretamente como pelos beneficentes, ou cidadãos beneficiados pelo SUS. Isso se refere ao planejamento participativo, onde aparece como válvula para a democracia, servindo como mecanismo político ao moderar a ação dos atores políticos. Faz-se importante evidenciar algumas das limitações que surgiram no decorrer do estudo, tais como: a incipiência

de pesquisas que abordem os instrumentos de planejamento do MS; a diversidade de conceitos que, às vezes, levam ao mesmo objeto de estudo; a constante saída e entrada de servidores devido à mudança no cenário político; e a não aceitação à participação da pesquisa por parte de alguns *stakeholders* convidados.

Diante de tais constatações, recomenda-se: a inclusão do CNS no processo de formulação dos indicadores do PPA e PNS, levando-se em consideração a importância dessa instância na participação social; maior integração entre o planejamento na saúde pública nas esferas federal, estadual e municipal; realização da Conferência Nacional da Saúde como prévia à elaboração do PPA e PNS; melhor visibilidade das áreas de planejamento interno do MS por parte dos gestores; e plano de saúde decenal, quebrando o paradigma de plano de governo.

## Colaboradores

Araújo RF contribuiu para concepção e redação do artigo. Costa JMBS contribuiu para concepção, redação, análise crítica e aprovação da versão final. Cruz MM contribuiu para revisão de conteúdo do manuscrito. França JRM contribuiu para indicações bibliográficas, revisão e sugestão de conteúdos e revisão de aspectos formais. ■

## Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Gráfica do Senado Federal, 1988.
2. Santos RSAF, Bezerra LCA, Carvalho EF, et al. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). *Saúde debate*. 2015 dez [acesso em 2017 set 12]; 39(esp):268-282. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/01/sdeb\\_pol%C3%ADticas\\_web\\_27.011.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/01/sdeb_pol%C3%ADticas_web_27.011.pdf).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde; 2013.
4. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde debate* [internet]. 2017 set [acesso em 2017 out 10]; 41(esp.3):155-170. Disponível em: [http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles\\_Padrao/File/RSD114-web%20final.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/RSD114-web%20final.pdf).
5. Garcia RC. Reorganização do Processo de Planejamento do Governo Federal: o PPA 2000-2003. Brasília, DF: IPEA; 2000.
6. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília, DF: IPEA; 1993. 2 v.
7. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(supl.1):1565-1577.
8. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. Orientações para elaboração do Plano Plurianual 2016 – 2019. Brasília, DF: MP; 2015.
9. Torres ADO; Malta VD. Gestão de políticas públicas na educação básica e os planos de educação: uma questão de planejamento de ações integradas. In: IV Congresso Ibero-Americano de Política e Administração da Educação; 2014. Porto: Anpae; 2014.
10. Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2017 dez 13]; 41(esp):118-137. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/revista-saude-em-debate-v-41-no-especial-1/>.
11. Mendes MFM. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: Samico A, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Med-Book; 2010. p. 57-64.
12. Silva GS, Samico I, Dubeux LS, et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2012 out-dez; 12(4):445-458.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. Atlanta: CDCP; MMWR;1999. n. 48.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Wright J, Giovinazzo RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesquisa Admin*. 2000; 1(12):54-65.
16. Gomes AVA; Britto TF. Plano Nacional de Educação: construção e perspectivas. Brasília, DF: Edições Câmara; 2015.
17. Recine E, Mortoza AS. Consenso sobre habilidades e competências do nutricionista no âmbito da saúde coletiva. Brasília, DF: Observatório de Políticas de Segurança e Nutrição; 2013.
18. Brousselle A. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
19. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2002; 7(3):537-547.



20. Brasil. Presidência da República. nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001. Organiza e disciplina os Sistemas de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal, de Contabilidade Federal e de Controle Interno do Poder Executivo Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Fev 2001.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
22. Brasil. Câmara dos Deputados. Plano Nacional de Educação 2014-2024: Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Brasília, DF: Edições Câmara; 2014.
23. Brasil. Ministério da Educação. Planejando a Próxima Década: Alinhando os Planos de Educação. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2014.
24. Samico I, Felisberto E, Figueiró, et al. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
25. Vianna LCR. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da portaria nº 3.120/98. Saúde debate [internet]. 2017 jul-set [acesso em 2017 out 10]; 41(114):786-800. Disponível em: [http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles\\_Padrao/File/RSD114-web%20final.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/RSD114-web%20final.pdf).
26. Andrade FR. Conflitos éticos em um inquérito populacional em saúde bucal. Saúde debate [internet]. 2017 jul-set [acesso em 2017 out 10]; 41(114):848-859. Disponível em: [http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles\\_Padrao/File/RSD114-web%20final.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/RSD114-web%20final.pdf).
27. Cazarin G. Perguntas avaliativas. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AN, et al, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
28. Sancho LG. A disciplina Introdução à Avaliação em Saúde: a experiência de (in)formação na graduação em saúde coletiva. Saúde debate [internet]. 2017 mar [acesso em 2017 out 10]; 41(esp):360-371. Disponível em: [http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles\\_Padrao/File/RSD114-web%20final.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/RSD114-web%20final.pdf).

---

Recebido em 09/03/2018  
 Aprovado em 27/08/2018  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve

# Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana

*Fragility in regional governance during implementation of the Urgency and Emergency Network in the Metropolitan Region*

Alexandre Rocha Santos Padilha<sup>1</sup>, Marcia Aparecida Amaral<sup>2</sup>, Danilo Carvalho Oliveira<sup>3</sup>, Gastão Wagner Souza Campos<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811803

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Departamento de Saúde Coletiva - Campinas (SP), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1934-5450>  
[padilha.alexandre@gmail.com](mailto:padilha.alexandre@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Departamento de Saúde Coletiva - Campinas (SP), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5128-6470>  
[marciaapamaral@uol.com.br](mailto:marciaapamaral@uol.com.br)

<sup>3</sup>Centro Universitário de Adamantina (Unifai), Departamento de Medicina - Adamantina (SP), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0258-1577>  
[daniilofronteiras@gmail.com](mailto:daniilofronteiras@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Departamento de Saúde Coletiva - Campinas (SP), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5195-0215>  
[gastaowagner@mpc.com.br](mailto:gastaowagner@mpc.com.br)

**RESUMO** Este artigo analisa a implementação da Rede de Urgência e Emergências, seus arranjos interfederativos regionais de pactuação e gestão de políticas, na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2011-2016. Considera-se implementação como um processo dinâmico da política, com interação, negociação e aprendizagem permanentes. Este é um estudo de caso, baseado na pesquisa qualitativa em saúde e nos estudos de avaliação de implementação de políticas, com 4 níveis de análise imbricados: desenho de implementação; caracterização de atores de implementação; caracterização de arranjos interfederativos regionais e contenciosos e desafios interfederativos não superados. Os dados foram obtidos em documentos públicos das instâncias de pactuação e coordenação da política e das organizações e dos atores participantes. Baseado nas reflexões de poder em políticas de saúde de Testa e no método Paideia de gestão de coletivos, analisa-se como os resultados revelam a insuficiência dos instrumentos políticos e dos arranjos de coordenação desenvolvidos pela implementação da Rede de Urgência e Emergência. Assim, discutem-se a fragilidade da governança regional, a necessidade de fortalecer as regiões de saúde como unidade territorial, sua relação com as Redes de Atenção à Saúde e as propostas de arranjos regionais e interfederativos para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

**PALAVRAS-CHAVE** Sistemas de saúde. Regionalização. Governança. Serviços médicos de emergência. Federalismo.

**ABSTRACT** This article analyzes the implementation of the Urgency and Emergencies Network, its regional interfederative arrangements of agreement and policy management, in the Metropolitan Region of São Paulo, along the period of 2011-2016. Implementation is considered as a dynamic policy process, with constant interaction, negotiation and learning. This is a case study, based on qualitative health research and policy implementation studies, with 4 overlapping levels of analysis: implementation design; characterization of implementation actors; characterization of regional interfederative arrangements and disputes and interfederative challenges not overcome. The data were obtained from public documents of instances of agreement and coordination of the policy and participating organizations and actors. Based on the reflections of Power in health policies by Testa and the Paidéia method of collective management, it is analyzed how the results revealed the insufficiency of the political



*instruments and coordination arrangements developed by the implementation of the Urgency and Emergency Network. Thus, the fragility of regional governance, the need to strengthen health regions as a territorial unit, its relationship with health care networks and the proposals for regional and inter-federative arrangements for SUS development are discussed.*

**KEYWORDS** *Health systems. Regional health planning. Governance. Emergency medical services. Federalism.*

## Introdução

A urgência e emergência é prioridade da gestão em saúde e interfere na avaliação que usuários, trabalhadores e sociedade fazem da garantia do direito à saúde, do cuidado ofertado e sua legitimidade. Estudos apontam a relação da insatisfação da população com o atendimento na urgência e emergência<sup>1</sup>. Entretanto, no Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas para essa área estiveram aquém da sua importância para a saúde pública.

O histórico das Políticas para a Atenção em Urgências e Emergências no SUS mostra a fragmentação da sua elaboração e da sua implementação. Em 1998, foi criado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar<sup>2</sup> para atendimento em urgência e emergência, com foco na atuação hospitalar, na tipificação de serviços e na coordenação estadual. Em 2003, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), organizaram-se a atenção pré-hospitalar e a regulação da atenção à urgência e emergência, em uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados. Em 2006, surgiu o QualiSUS<sup>3</sup>, programa de qualificação da atenção de urgência, focado em grandes hospitais e na Política Nacional de Humanização (PNH). Em 2011, é pactuada a Política Nacional de Atenção às Urgências e

Emergências, que institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PNAU/RUE), pela Portaria nº 1.600/2011<sup>4</sup>, estruturando diretrizes de rede de atenção.

O desafio de constituição de uma rede complexa, com multiplicidade de pontos de atenção e tecnologias, é amplificado pelas características do processo de concertação entre os entes da federação, estabelecido em etapas nas normas produzidas: Fase de adesão e diagnóstico; Fase de desenho regional da rede; Fase da contratualização dos pontos de atenção; Fase da qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências; e Fase da certificação.

Este artigo analisa em que medida a implementação da PNAU/RUE provocou mudanças nos arranjos interfederativos existentes e nos processos e estruturas regionais de pactuação e gestão, a partir do caso da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), no período de 2011 a 2016.

A relevância deste estudo decorre do fato de que as pactuações e cooperações regionais e interfederativas constituem um dos grandes desafios do SUS, já discutido por vários autores. Mendes e Louvison<sup>5</sup> consideram que o processo de regionalização e descentralização ganhou forte componente técnico-administrativo, perdendo caráter político-social. Esse processo teve início por meio da Norma Operacional de Organização

da Assistência em Saúde (Noas), que apresentava rigidez de parâmetros e não consolidou uma governança regional e intermunicipal<sup>6</sup>. Em 2006, o Pacto Pela Saúde representou um esforço de ampliar a integração do SUS, mas ainda resultou em pouca mudança na regionalização, com ausência de ganhos qualitativos na articulação do planejamento regional e uma dependência do protagonismo estadual para o funcionamento dos Colegiados Gestores Regionais (CGR)<sup>7</sup>. Posteriormente, o Decreto nº 7.508/2011<sup>8</sup> trouxe avanços por meio de capítulos específicos sobre articulação interfederativa, conceituação de regiões de saúde, papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Contrato Organizativo de Ação Pública, mas sem provocar uma mudança substancial nesse cenário por um conjunto de motivos. Parte deles será apontada neste trabalho.

Analisamos essas mudanças a partir da compreensão da implementação como parte contínua e integral do processo da política, em uma perspectiva de negociação envolvendo interações entre estruturas de poder, atores e agências, como estabelecido por Barret<sup>9</sup>. Uma formulação em processo, como registra Vianna<sup>10</sup>, com etapas diversificadas de decisão e arenas múltiplas de negociação. Procuramos caminhos suscitados por Hjern e Porter<sup>11</sup>, ao identificarem os formuladores, implementadores, grupos, beneficiários e suas redes envolvidas, compreendendo-os como parte de uma rede de aprendizado envolvendo atores sociais e instituições. Procuramos identificar quais coalizões político-sociais sustentaram o tema da RUE na agenda do SUS e em quais arenas sociais ele se constituiu como prioridade. Dialogamos com a abordagem de escolha de instrumentos políticos organizativos, financeiros e regulatórios de implementação desenvolvidos ao longo do processo, apontada por Bennett e Howlett<sup>12</sup>. Finalmente, analisamos as normas da política, instâncias de pactuação e/ou cogestão, instituições, entidades ou serviços de abrangência regional e/ou gestão interfederativa, dialogando com estudos sobre

arranjos de implementação de políticas de base territorial<sup>13</sup>.

A Região Metropolitana de São Paulo retrata a complexidade da integração no SUS. É composta por seis Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), 39 municípios e 19,6 milhões de habitantes, sendo a cidade de São Paulo uma RRAS específica. Nela, convivem redes de serviços estaduais e municipais, com culturas institucionais distintas e baixa cooperação, sendo o acesso e a qualidade na urgência e emergência contenciosos entre os municípios e o estado.

Este debate dialoga com problematizações trazidas por Campos<sup>14</sup>, no que diz respeito às regiões de saúde e aos desafios do SUS, como integrar o que foi historicamente fracionado por programas de saúde, redes de serviços constituídos e pela baixa cooperação entre os entes federados.

## Material e métodos

Este é um estudo de caso com níveis de análise imbricados, como definido por Yin<sup>15</sup>, onde analisamos mudanças nos processos de pactuação e gestão interfederativa e regional no SUS, a partir da implementação da RUE na RMSP, no período de 2011 a 2016. Trata-se de um estudo de implementação que, segundo Champagne et al.<sup>16</sup>, valoriza a dinâmica interna, os fatores contextuais e as características das organizações que contribuem (interação sinérgica) ou bloqueiam (interação antagônica).

Foram definidos os seguintes níveis de análise e suas variáveis:

- 1) desenho da implementação: participação dos atores federativos na definição da agenda, valorização da região de saúde como unidade territorial prioritária, respeito a singularidades regionais e identificação dos instrumentos políticos financeiros, regulatórios e organizativos de implementação;

2) caracterização dos atores da implementação: posicionamento, motivações, contenciosos e desafios apontados e coalizões de defesa constituídas;

3) caracterização dos arranjos interfederativos e regionais: pré-existência, ou não, instâncias de pactuação ou cogestão da política, verticalidade ou horizontalidade na relação entre os entes da federação, institucionalidade e processo de indicação de membros e obtenção de ganho de escala;

4) contenciosos e desafios nas relações federativas apontados, caracterizando-os quanto às dimensões de gestão da Política de Saúde, da Rede de Atenção ou dos Serviços.

Buscamos evidências em distintas fontes de dados: a) análise de leis, decretos, portarias, manuais normativos e documentos oficiais públicos; b) atas, registros, notas públicas de instâncias e arranjos relacionados com a implementação; c) posicionamentos públicos de representantes e/ou das entidades; d) análise de relatórios técnicos ou de pesquisas; e e) notas, registros, apresentações, observações diretas dos autores durante participação nos casos estudados.

A análise está embasada na pesquisa qualitativa em saúde, estabelecida por Minayo<sup>17</sup>. Nesta, a investigação social contempla aspectos qualitativos, de objeto complexo, contraditório e em transformação, registrando a relação dos autores com o caso estudado, tendo assumido olhares e posições distintas durante o processo de implementação.

A interpretação e a discussão dos dados estão lastreadas em dois referenciais teóricos do campo da saúde coletiva, que consideramos acrescentar capacidade analítica aos estudos de implementação de políticas na saúde.

Primeiro, pela compreensão da saúde

como processo social, por Testa<sup>18</sup>, onde a categoria poder ganha centralidade, sobretudo nas políticas e nas práticas institucionais. Para esse autor, implementar uma ação de saúde leva a alcançar um certo deslocamento de poder, tendo estabelecido a caracterização do poder político, técnico e administrativo para a realidade dos serviços de saúde. Essa tipificação do poder tem um valor analítico, ao identificar recursos de exercício do poder por parte de cada um dos atores sociais em disputa e ao identificar cenários/espaços onde ele é exercido<sup>19</sup>.

Segundo uma perspectiva adicional trazida por Campos<sup>20</sup>, a gestão em saúde, além dos aspectos administrativos e financeiros de uma organização, deve considerar aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos que perpassam o trabalho das equipes, a produção de saúde, a distribuição de poder, a circulação de saberes e objetos de investimento dos profissionais, seus valores e a cultura. Neste sentido, implementar uma nova política de saúde também significa constituir novos sujeitos, a partir ou demandantes de novos arranjos de gestão.

## Resultados

O *quadro 1*, abaixo, foi produzido a partir das Portarias Ministeriais que normatizam a RUE e seus componentes assistenciais, dos registros públicos das instâncias de pactuação e gestão (Comissões Regional e Bipartite e Grupos Condutores da RUE), dos Planos de Ação Regionais (PAR) da RUE das Regiões estudadas e Relatórios de Avaliação de Implementação<sup>21</sup>.

Os achados foram organizados segundo as variáveis descritas e pelo âmbito de pactuação e abrangência dos mesmos: nacional, regional (âmbito da Região Metropolitana de São Paulo) e local (referentes à cidade de São Paulo).

Quadro1. Valorização da Região de Saúde e entes federativos no desenho de implementação

	Nacional	Regional	Local
Definição da Agenda	Convocatória política pela Presidenta e pelo Ministro da Saúde Tema do Programa de governo - Ampliação de UPA	Prioridade na agenda das entidades de secretários estaduais e municipais Interesse do chefe de governo de SP em parcerias federais Anúncio de Samu e UPA pelos prefeitos GT de Regulação e Samu regionais tensionam regulação dos serviços de urgência e emergência Projeto QualiSUS no ABC	Prefeitos defendem parceria federal UPA anunciada como novidade na cidade de São Paulo Demanda de gerentes para investimento em Hospitais Municipais Demanda de gestores municipais para reajuste dos tetos financeiros
Região de Saúde valorizada como unidade territorial	Planos e indução financeira vinculados a região de saúde CGR/CIR valorizados como instância de aprovação dos planos Critérios populacionais regionais (não municipais) para Hospitais, Samu, UPA e Sala de estabilização	CGR/CIR/CIB valorizados como instâncias de aprovação Prioridade na pauta dos CGR/CIR Protagonismo dos GT regionais de Regulação e Coordenações regionais do Samu	
Preocupação com singularidades regionais	Prioridade RM Incentivo para região amazônica e extrema pobreza Ajustes para pequenos municípios na Sala de estabilização, Samu e UPA Alternativa para Hospitais de pequeno porte	Demanda de expansão de incentivos financeiros da RUE para todas as 17 RRAS Abertura para pactuação de PAR em outras RRAS que não RM	Demanda por linha de cuidado específica (doenças respiratórias) Expansão de ações para toda a Rede Hospitalar Municipal, independentemente da indução federal
Instrumentos políticos de implementação (regulação, financeiro e organização)	Indução financeira a partir do Plano de Ação Regional Decreto nº 7.508/2011 Incorporação da RUE no Plano Nacional de Saúde Regras de habilitação e qualificação financeira dos serviços Sala de Situação do MS (inclui Secretaria de interlocução federativa) Criação de Departamento de Apoio a Redes	Protagonismo dos Grupos Condutores tripartite Matriz interfederativa de monitoramento da implementação da RUE Apoiadores da Secretaria Estadual e Cosems	Incorporação como prioridade no Plano Municipal de Saúde Alocação de recursos municipais Criação de Grade de Referência para Urgência Novos contratos de gestão com OS com diretrizes da RUE Fórum de Redes nas regiões intramunicipais Criação de Carreira Pública para Médicos da RUE Reestruturação da Carreira dos Trabalhadores Hospitalares

Fonte: Portarias Ministeriais da RUE e seus componentes assistenciais, Registros dos Grupos Condutores, CIR e CIB, Planos de Ação Regionais e Relatório de Avaliação de Implementação.

O *quadro 1* mostra a participação dos atores federativos na entrada da RUE à agenda do SUS. Seja através de anúncios e convocatórias públicas pela Presidência da República e pelo Ministério da Saúde; anúncios de implementação de serviços de urgência/emergência, como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Samu, por parte de governantes de estados e municípios; a defesa, pelos Grupos de Trabalho (GT) Bipartites de Regulação Assistencial e pelas Coordenações de Samu Regionais, por maior regulação e integração dos serviços; e a

demanda dos dirigentes de hospitais de referência, junto aos gestores, para busca de recursos mediante a adesão à RUE.

Esse envolvimento contribuiu para a incorporação de pleitos regionais ao desenho, como a possibilidade de extensão da RUE para todas as regiões do estado de São Paulo, embora inicialmente restrita às Regiões Metropolitanas. Também levou à singularização de critérios de adesão da RUE, ampliando as possibilidades, contemplando a diversidade regional e a previsão de excepcionalidades

aprovadas pela CIR/Comissão Intergestores Bipartite (CIB) locais, valorizando a região de saúde como unidade territorial.

A abordagem de Bennett e Howlett<sup>12</sup>, já referida, sobre a escolha dos instrumentos políticos os classifica como financeiros, organizativos, regulatórios e informacionais.

O *quadro 1* revela que o instrumento político financeiro assume, desde o início, a região de saúde, e não os municípios ou estados isoladamente, como sua unidade territorial de implementação. Assim, vincula a adesão e o incentivo financeiro aos PAR pactuados no colegiado regional. Mostra, ainda, o surgimento de instrumentos políticos inicialmente não previstos, reforçando a caracterização da implementação como um processo permanente de interação e aprendizado. O fato de atos institucionais dos entes federativos, inicialmente não previstos, serem desenvolvidos ao longo do processo e se tornarem instrumentos políticos da implementação reforça o protagonismo desses atores em todo o processo. Estão nessa categoria os instrumentos políticos regulatórios: como a incorporação da RUE nos planos nacional e municipais de saúde; o Decreto Federal nº 7.508/2011, já referido, que institucionaliza a Região de Saúde; a nova grade de referência hospitalar local, redefinindo a relação entre os complexos reguladores estadual e municipal e entre esses e os pontos de atenção; nova

modelagem dos contratos de gestão local com hospitais gerenciados por Organizações Sociais (OS), incorporando indicadores, dispositivos de gestão da clínica e gestão participativa apontados nos normativos da RUE. Como instrumentos políticos organizativos, no nível nacional, aparecem as novas estruturas de gestão federal, como salas de situação e colegiados de gestão da RUE, com a participação da secretaria ministerial responsável pela interlocução federativa e pelo desenvolvimento de apoio institucional regionalizado. No nível regional, a criação de uma matriz interfederativa de monitoramento da implementação da RUE e da rede de apoiadores específicos na secretaria estadual e no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems). No nível local, a criação dos Fóruns Regionais de Rede, com todos os serviços estaduais, municipais e contratados de cada região intramunicipal da cidade de São Paulo, e a criação, na nova carreira pública e no concurso municipal, de uma categoria médica exclusiva para os pontos da RUE.

O *quadro 2* foi elaborado a partir dos registros de posicionamentos dos atores sociais envolvidos no processo, das instâncias nacionais e regionais de controle social do SUS e nos relatórios de avaliação de implementação, revelando aspectos do posicionamento desses atores, caracterizando quatro principais movimentos.

Quadro 2. Características do discurso dos gestores, trabalhadores e usuários

	Posicionamento	Motivação	Defesa do Conteúdo da RUE	Contenciosos e Desafios Apontados
Federal	Identificação com usuário e situação de desassistência Monitoramento direto, com câmeras e visita	Induzir Redes de Atenção com o recurso disponível	Aposta na integração de serviços em rede e na PNH	Baixa governança regional/local Rotatividade das equipes regionais/ locais Regulação assistencial deficiente Subfinanciamento Conectividade/prontuário eletrônico/ Telessaúde insuficientes
Comum Estados Municipais	Urgência e emergência na agenda cotidiana dos gestores	Possibilidade de Reajuste do Teto financeiro de Média e Alta complexidade	Investimentos em vários serviços integrados em Rede Apoio à regionalização	Subfinanciamento federal Lentidão federal para habilitação Multiplicidade de normas Mais investimentos em Hospitais de Pequeno Porte



Quadro 2. (cont.)

Específico Estados	Protagonismo estadual nos CGR/CIR e Grupos condutores Incorporação das metas da RUE nos Planos estaduais SP: defesa de parceria federal (inflexão em relação aos anos anteriores)	Apoio à regionalização	Regionalização traz estabilizada para RUE SP; RUE apoia regionalização que já vinha sendo conduzida	Tensão com Apoio Institucional do Ministério Cofinanciamento estadual
Específico Municípios	Defesa do grupo condutor Tripartite	Integração Hospital ao conjunto da rede	Integração dos serviços, sobretudo hospitalares	Cofinanciamento estadual UPA não desestruturar atenção básica
Representantes Trabalhadores	Urgência como área crítica nas condições de trabalho, levando a baixa qualidade da assistência	Defesa vinculada a prioridade local às condições de trabalho e assistência	Expansão da rede	Ampliação da presença das OS Hipervalorização do Modelo de Hospitais Privados/Proadi (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional) Ausência de Carreira Pública Ausência de Política sobre Violência contra os trabalhadores
Representantes Usuários	Crítica à desassistência e à violação de direitos	Expansão do acesso à Rede e Humanização	Humanização	Subfinanciamento federal e ineficiência regional/local

Fonte: Posicionamentos públicos dos atores no Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde e em documentos das suas entidades, registros dos Grupos Condutores, CIR e CIB; Relatório Conass (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) de Avaliação de Implementação.

Primeiro, a convocação política pelos entes federativos. Ela se inicia com o Ministério da Saúde, ao transformar uma proposta eleitoral de expansão das UPAs em uma proposta de Rede de Atenção Temática, ao estabelecê-la como pauta prioritária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ao destinar recursos orçamentários, ao vincular a adesão à RUE como critério para reajuste de tetos financeiros para a atenção especializada de média e alta complexidade e ao liderar a normatização do processo de adesão. O lançamento público do programa S.O.S. Emergências, em cadeia nacional pela Presidência da República, e as visitas regionais públicas pelo Ministério da Saúde constituíram-se em instrumentos de difusão e mobilização da proposta.

Segundo, a prioridade da RUE na agenda dos gestores estaduais e municipais. No caso específico estudado, houve uma inflexão na postura dos governantes do estado e da cidade de São Paulo, que passaram a considerar as

parcerias com o governo federal e fazem, a partir da RUE, seus primeiros pleitos de recursos federais para as UPAs.

Terceiro, representado por um encontro de agendas, nem sempre constante no federalismo brasileiro. Ele combina algumas características: tema de preocupação dos chefes de governo e prioridade dos gestores de saúde; o entendimento de que a implementação da RUE era a principal oferta federal de reequilíbrio dos tetos financeiros da atenção especializada de média e alta complexidade de estados e municípios e, por fim, o apoio federal para potencializar e qualificar os serviços de saúde já existentes.

E o quarto movimento é expresso pelos posicionamentos, debates e aprovações nos espaços estudados do controle social do SUS. Formam uma coalizão de defesa da RUE representantes de gestores e usuários. Nesse contexto, é importante salientar que, no posicionamento de representantes dos

trabalhadores, a qualificação dos serviços de urgência e emergência passaria, principalmente, pela expansão da oferta, pela qualificação estrutural das condições e relações de trabalho, com uma crítica frequente aos modelos com OS. Observamos, pelas fontes de registros de instâncias de controle social e relatórios, que o envolvimento dos representantes dos trabalhadores na implementação da RUE varia localmente, sendo maior quanto menor o grau de expansão de OS ou outros modelos privados para a rede de

saúde e quanto mais as intervenções de qualificação dos serviços abrem protagonismo aos trabalhadores e às suas questões.

O quadro 3 caracteriza os arranjos interfer federativos, a partir das variáveis descritas e de sua dimensão de intervenção: gestão de serviços, da rede de atenção ou da política de saúde. Foi sistematizado a partir das portarias e resoluções públicas regionais e locais, dos registros das instâncias de pactuação e gestão da RUE, dos PAR e dos relatórios de avaliação de implementação<sup>21</sup>.

Quadro 3. Matriz de caracterização dos arranjos interfer federativos na RUE, nas RRAS/RMSP

	Dimensão	Característica	Relação Interfederativa	Indicação Membros	Ganho de escala	Marco legal
Coord Samu	Gestão de serviços	Cogestão	Intermunicipal horizontal Protagonismo municipal	Indicação Secretário	Integração de serviços, estruturas administrativas, logística	Decretos e Portarias
GT Regulação	Gestão da Rede	Cogestão	Bipartite vertical Protagonismo estadual (gestão de serviços mais complexos)	Indicação Secretário	Integração de serviços e equipes	Resoluções CIR
Fundações	Gestão de serviços	Cogestão	Intermunicipal horizontal Protagonismo municipal	Indicação Chefes de Governo	Integração de serviços e estruturas administrativas	Lei
Consórcios	Gestão e serviços	Cogestão	Intermunicipal horizontal Protagonismo municipal	Indicação Chefes de Governo	Integração de serviços e estruturas administrativas	Lei
CIR	Gestão da Política de Saúde	Pactuação	Bipartite horizontal Protagonismo bipartite	Secretários Estaduais e Municipais	Não	Lei
<b>Arranjos criados com a implementação da RUE</b>						
Grupo Condutor RUE	Gestão da Rede	Cogestão	Tripartite horizontal Protagonismo variável	Indicação Ministério, Secretários estaduais e municipais	Não	Resolução CIB
Fórum de Redes	Gestão da Rede	Cogestão	Bipartite horizontal Protagonismo municipal	Indicação gerentes de Unidades Estaduais, Municipais e OS	Integração de serviços	Portaria e Lei
Complexos regionais de Regulação	Gestão da Rede	Cogestão	Bipartite horizontal Protagonismo variável	Indicação Secretário	Integração de serviços e equipes	Resoluções CIR e Portarias
Conselhos Gestores de Serviços regionais	Gestão do serviço	Cogestão	Bipartite horizontal	Indicação Secretários, Trabalhadores, Usuários e Sociedade	Não	Portarias e Leis

Fonte: Portarias Ministeriais da RUE, Resoluções da CIB, CIR, PAR da RUE na RMSP e Portarias Municipais.

Sua análise mostra que a implementação da RUE fortaleceu arranjos federativos regionais prévios e criou novos. Tais arranjos não se restringem à função de pactuação e assumem características de cogestão interfederativa da política de saúde, da rede ou dos serviços. Destaca-se o Grupo Condutor Tripartite, criado a partir da adesão e que permanece em todas as fases de implementação, sendo o único com composição tripartite.

A RUE, na experiência estudada, garantiu aos CGR/CIR protagonismo e conteúdo concreto com a elaboração dos PAR. Além disso, agregou-se visibilidade ao objeto dos arranjos pré-existentes, estabelecendo, com os novos arranjos, complementariedade para seus próprios objetos. Evidências empíricas disso foram as coordenações regionais do Samu e os Grupos de Regulação das CIR, pré-existentes, que têm seus objetos evidenciados com a RUE e passam a interagir com os Complexos Regionais de Regulação criados. Ou as Fundações e Consórcios, que já viabilizavam a contratação de profissionais para serviços, passam assumir mais serviços, contribuem com a contratação para estruturas de integração ou regulação entre os pontos de atenção e ocupam uma dimensão regional mais ampla, sendo isso mais evidente na região de saúde do ABC, na experiência estudada; ou novos arranjos, como os Fóruns de Redes na cidade de São Paulo, não previstos nas normas da RUE, que envolvem todos os pontos de atenção de uma determinada região intramunicipal de saúde e produzem interação de arranjos pré-existentes com as coordenações do Samu, GT de Regulação e o Grupo Condutor da RUE.

Os dados mostram que a composição dos arranjos é quase exclusivamente bipartite ou intermunicipal, com predomínio de relações horizontais entre os entes, variando, entre as

regiões, se o protagonismo maior é do estado ou dos municípios. Não foi possível aprofundar, neste estudo, os motivos dessa variação.

À exceção da CIR, do GT Condutor da RUE e dos Conselhos Gestores de serviços de referência regional, os demais levam a algum ganho de escala administrativa, integrando serviços, contratação e gerenciamento de equipes e estruturas administrativas ou logísticas. Outro aspecto, exceto a CIR, Fundações e Consórcios que são obrigatoriamente criados em Lei e seus membros são diretamente indicados pelos chefes de governo eleitos, e os demais são indicados por níveis não eleitos e frutos de instrumentos infralégais, sendo uma dimensão da robustez institucional dos arranjos.

Além dos arranjos do *quadro 3*, as normativas da RUE reconheceram os Comitês Gestores de Atenção às Urgências e Emergências, previstos em diretrizes nacionais anteriores já citadas, recomendando a sua criação ou manutenção no território que as aderisse. São instâncias intersetoriais de articulação, com representantes de gestores das políticas de saúde, segurança pública e trânsito, abertas à sociedade civil. Embora esses Comitês tenham sido criados no estado e no município de São Paulo, não há registro de funcionamento após adesão à RUE.

O *quadro 4* sistematiza os contenciosos e desafios interfederativos não superados com a implementação da RUE na experiência estudada. Ele foi sistematizado com dados obtidos a partir de posicionamento público dos atores, relatórios de avaliação de implementação e de instâncias de pactuação e gestão da RUE. Os dados estão organizados a partir das esferas federal, estadual e municipal e das três dimensões: gestão de serviços, da rede de atenção e da política de saúde.

Quadro 4. Síntese dos contenciosos e desafios interfederativos não superados

	<b>Esfera Federal</b>	<b>Esfera Comum Estados e Municípios</b>	<b>Esfera específica estadual</b>
Gestão dos Serviços	Não se aplica ao caso estudado	Rotatividade das equipes assistenciais e gerenciais Conectividade/prontuário eletrônico ausentes	
Gestão da Rede	Não se aplica ao caso estudado	Rotatividade das equipes de gestão Baixa governança regional/local Regulação assistencial deficiente, sobretudo Hospitais Universitários Conectividade/interoperabilidade prontuário eletrônico ausentes ou insuficientes UPA não desestruturar atenção básica Ampliação da presença das OS e baixa gestão pública dos seus serviços Concorrência entre serviços e redes de entes federativos diferentes Desintegração entre serviços hospitalares Disputa entre Samu, Serviço Estadual de Transporte de Urgência (Grau/SP)	
Gestão da Política de Saúde	Subfinanciamento Lentidão e complexidade na habilitação dos serviços e repasse dos recursos Baixo investimento em hospitais de pequeno porte Tensão dos estados com Apoiaadores institucionais do Ministério	Subfinanciamento Rotatividade das equipes assistenciais e de gestão Instrumentos de cooperação regional em gestão com sustentabilidade indefinida Ausência de carreiras públicas com mobilidade regional	Ausência de cofinanciamento de serviços municipais pela esfera estadual Conflito entre divisão administrativa estadual e as RRAS

Fonte: Posicionamento público dos atores, relatórios públicos de avaliação de implementação e de instâncias de pactuação e gestão da RUE.

Entre os resultados, há características particulares da experiência estudada. Pontuamos a ausência de cofinanciamento estadual, o conflito entre a divisão administrativa estadual e as regiões de saúde, a contenda entre Grupo de Resgate e Atenção a Urgência do estado, Samu e Hospitais de Referência, levando, inclusive, a ação do Ministério Público (MP) e a baixa regulação dos Hospitais Universitários.

Em uma visão geral, os resultados revelam que, na experiência estudada, embora a implementação dos instrumentos políticos financeiros, regulatórios, organizacionais da RUE e o fortalecimento ou a criação dos arranjos regionais tenham tido sucesso, tais recursos e mecanismos de governança foram insuficientes para superar contenciosos e desafios interfederativos. Nos registros obtidos, isso impacta negativamente a implementação da RUE. Possivelmente, impactou os resultados assistenciais, que não foram objeto deste estudo.

## Discussão

A RUE se constituiu em uma das ofertas indutoras para as Redes de Atenção à Saúde no SUS. Estas inovaram em diretrizes nacionais de regulação do acesso, de gestão da clínica, de arranjos de governança local, na região de saúde como unidade territorial e no financiamento federal conjunto a múltiplos pontos de atenção de uma determinada região de saúde, integrados em uma rede temática. As Redes Temáticas de Atenção à Saúde caracterizam-se como uma das principais ofertas federais no período estudado<sup>22</sup>. Seu período de implementação interagiu com os novos marcos legais das Regiões em Saúde, como o Decreto nº 7.508/2011, já citado, e a Lei nº 12.466/2011, que institucionalizou as CIR.

Este estudo revela o protagonismo dos atores federativos na incorporação da RUE na agenda do SUS e que o seu desenho de implementação tem instrumentos políticos

organizacionais, financeiros e regulatórios que, ao serem implementados, criam mecanismos de sua integração, incorporam a Região de Saúde como sua unidade territorial, valorizam e criam novos arranjos regionais interfederativos. Entretanto, tais recursos são insuficientes para superar os contenciosos e desafios apontados, compreendendo-os como parte dos conteúdos e processos da governança regional, impactando na consolidação da RUE e da Região de Saúde.

Neste sentido, os dois referenciais teóricos de Testa<sup>18</sup> e Campos<sup>14</sup>, já referidos, contribuem para a interpretação dos resultados, sobretudo dos contenciosos e desafios não superados. Essa interpretação reforça a compreensão de que a constituição de uma rede integrada de atenção regional não ocorre apenas a partir da implementação de recursos pelas autoridades do sistema de saúde ou de fluxos de integração gerencial dos seus pontos de atenção. Ela ajuda a problematizar a necessidade da geração de deslocamentos de poder e repactuação dos atores, os quais ocupam papéis e espaços de poder diversos nos pontos de atenção, nas instituições ou estruturas de gestão, que se abrem mais ou menos para a interlocução em rede, para a construção de novos sujeitos e para a redistribuição ou construção de novas relações de poder.

Nessa experiência, trazendo a tipificação do poder em saúde para Testa<sup>18</sup>, já referida, observamos o Poder Técnico presente nas relações entre profissionais, entre unidades de um mesmo serviço, entre serviços, entre estruturas de gestão e de atenção à saúde, como a baixa regulação dos Hospitais Universitários, entre esferas de governo e entre todos esses e os usuários. O Poder Administrativo, aqui pautado no volume e no modelo de financiamento, na gestão das organizações que compõem a rede, nas normativas e na gestão do trabalho e em contenciosos e desafios apontados: o subfinanciamento federal, o não cofinanciamento estadual, o conflito entre a divisão administrativa estadual e as Redes Regionais de Atenção à Saúde, os instrumentos cooperativos de gestão

com sustentabilidade indefinida e a gestão do trabalho com fragilidade nas carreiras e sem mobilidade regional. O poder político, de um lado, pelas relações de poder entre os vários atores, suas instituições políticas e partidárias e estruturas da RUE, gerando a desintegração e a concorrência entre os entes federativos e suas redes de serviços e a instabilidade dos gerentes de ponto de atenção. De outro, pelas diferentes visões de direito à saúde, dos direitos do usuário e interação interprofissional, todas críticas para a urgência. Essa leitura nos leva a considerar que a governança regional e seus arranjos regionais interfederativos serão mais efetivos e sustentáveis se dotados ou se forem, eles próprios, instrumentos políticos que possam gerar tais deslocamentos de poder, o que não correu nesta experiência.

Em artigo já referido, Campos<sup>20</sup> fala da construção de um cogoverno na gestão de políticas, organizações, coletivos e equipes no âmbito da saúde que venham a cumprir três funções básicas: a) produção de valores de uso, em especial, para os usuários das políticas; b) alterar as relações de poder; c) um caráter pedagógico e terapêutico ao produzir sujeitos, entendendo-os como os indivíduos e grupos sociais que interagem, negociam, aprendem e se constituem. Para o referido autor, ativar o fortalecimento de sujeitos, ampliando suas capacidades de análise e de intervenção, seria decisivo para alterar tais relações de poder. Essa leitura nos traz a centralidade para que os arranjos constituídos sejam capazes de envolver e articular, nessa ação comunicativa, todos aqueles com exercício variado de poder nos pontos de atenção e espaços de gestão, produzindo novos sujeitos com a implementação da política. Para tal, os arranjos precisariam de mecanismos de permeabilidade à rede de saúde, aos serviços, aos usuários, aos trabalhadores e aos atores externos, característica pouco observada nos registros dos arranjos estudados.

Por isso, os arranjos não devem limitar-se à representação político-hierárquica ou às funções de integração gerencial dos serviços. Devem ter capacidade de estabelecer

compromissos temporários ou permanentes com os atores que tenham efeito real sobre o processo de trabalho das equipes nos pontos de atenção e da gestão. O aprendizado aqui observado do Fórum de Redes nas regiões intramunicipais da cidade de São Paulo<sup>23</sup>, com maior ou menor maturidade entre as regiões, traz a constituição de arranjos mais amplos, inclusive, de acordo com os temas tratados, com atores externos aos pontos de atenção. Essa experiência, na prática, trouxe a participação dos pontos de atenção estaduais, que não ocorria pelos fluxos hierárquicos usuais ou pelos arranjos previstos pela RUE. Quanto mais permeável, melhor para os diversos agenciamentos por parte de gerentes, trabalhadores, usuários, instituições de ensino interessadas em participar, forças-tarefas de caráter temporário e comitês específicos para questões temáticas, como foi observado.

Por ser tema de alta repercussão pública junto à sociedade, por exigir repactuação de poder entre atores e instituições e produção de novos sujeitos, a RUE não se consolida sem debate público, sem novas interações entre o agir do governo e os espaços da sociedade onde se constroem as percepções sobre a Saúde e novos sujeitos. Essa é questão importante para a ação dos governos hoje, em uma sociedade que constrói seus valores, consensos, maiorias e hegemonia em uma intensa disputa de posições, diversos modos de interação, em arenas públicas tradicionais e virtuais.

Aqui consideramos que, pelos achados apresentados, apesar de a RUE ter se iniciado com sinais de forte convocação política e pública por gestores das três esferas de governo e sobre um tema de alta repercussão no dia a dia das percepções pela sociedade do que seja o SUS, o seu processo de implementação não manteve essa mesma intensidade de agir comunicativo. Seja com usuários e trabalhadores, seja com setores que constroem opinião sobre o SUS, seja com o conjunto da sociedade. Aos poucos, a implementação da RUE vai se reduzindo àquilo que alerta Labra<sup>24</sup>, que o SUS e seus processos de construção política se transformaram

em um conjunto de redes próprias, em uma comunidade política cada vez mais restritiva e especializada.

Há o risco de reproduzir o processo histórico de regionalização do SUS, a existência de um arsenal normativo com pouca densidade de ação política real<sup>5</sup>. A manutenção ou expansão do SUS, como ocorre hoje, é contra-hegemônica com relação à agenda que dirige iniciativas dos governos e parlamentos no Brasil e no mundo. A construção das Redes de Atenção e de um cuidado não fragmentado é contra-hegemônica com relação ao SUS existente. Portanto, não será possível constituírem-se compromissos e atitudes capazes de promover mudanças rumo à consolidação de Redes Regionais de Atenção, caso os seus arranjos de implementação não provoquem um debate público de alta intensidade, com atores políticos e sociais, superando a conformação de comunidade política restrita. Novos pactos e arranjos regionais não podem incorrer no equívoco de se tornarem locus exclusivo de certa burocracia, formalmente indicada pelo gestor, mas que pouco interage com os reais processos decisórios da política de saúde. Também não deveriam ficar distantes de outros setores governamentais ou da sociedade, que impactam a realidade da saúde, e nem distantes das arenas públicas, onde se consolidam as percepções da sociedade sobre a saúde.

Exemplo disso, no caso estudado, é a ausência de funcionamento regular do Comitê de Urgência e Emergência, instância intersectorial com a sociedade civil, e a não interação dos arranjos constituídos pela RUE em debates públicos ocorridos que dialogam com o perfil do atendimento na urgência e emergência. Citamos aqui três exemplos relativos ao período estudado: (a) o Decreto do Governo do Estado, que passa ao Samu a responsabilidade de atendimento e remoção de vítimas de homicídios em ocorrências policiais; (b) a discussão na sociedade e os desencontros entre instâncias estaduais e municipais de governo sobre os limites de controle da velocidade nas vias e seus impactos na urgência e emergência; (c) a ausência nas articulações intersectoriais sobre o

enfrentamento da violência contra mulher.

Os contenciosos e desafios observados neste estudo reforçam como ainda é frágil a região de saúde como o *locus* territorial do SUS. O caminho passa por território e região de saúde se consolidarem como o *locus* da integralidade, com comando único regional, com cogestão entre os municípios, estados e União, não por uma divisão geográfica ou administrativa<sup>25</sup>. Especificamente na RMSP, nas fontes pesquisadas, foram observados: insuficiência da capacidade de coordenação do governo do estado; convivência conflituosa entre as redes municipais e estaduais; disputa de protagonismo entre os governos municipal e estadual; relações heterogêneas das cidades da RMSP, com maior ou menor adesão às ofertas federais e um processo de conurbação, produzindo um fluxo permanente próprio dos usuários na RMSP. A RMSP sequer possui um colegiado regular que reúna as seis RRAS. Trata-se de um exercício complexo, pelas características do federalismo brasileiro. Não é simples fortalecer e integrar aquilo que nunca existiu, aquilo que foi fracionado pelas ofertas federais e pelo esvaziamento e pela omissão estadual, conforme citam Santos e Campos<sup>25</sup>, em artigo já referido, ou por disputa de protagonismo entre municípios.

Para tanto, chamamos a atenção para a estrutura de financiamento das políticas de saúde pelos entes federal e estadual ou para os mecanismos de partilha pelos entes municipais. É necessária a constituição de fundos regionais de saúde e não apenas para cada ente isolado. Pela situação atual da composição tripartite do financiamento do SUS, esse fundo tem que ter, substancialmente, recursos federais com complementação estadual. No caso estudado, principalmente, a insuficiência de novos recursos federais, aportados como incentivos regionais para as Redes, e a ausência de novos recursos estaduais foram limitadores da consolidação da RUE na RMSP e da contratualização com os pontos de atenção incorporados aos

respectivos PAR, sobretudo nos componentes de atenção hospitalar e atenção pré-hospitalar fixa ou móvel.

Os registros dos contenciosos e desafios não superados também mostram como é necessário inserir na região de saúde a gestão dos pontos de atenção de referência regional. Os hospitais e serviços de referência regionais precisam ser do conjunto da região, tê-la como objeto de permanente reflexão, independentemente da natureza administrativa ou do ente federativo ao qual é subordinado. Do contrário, correm o risco de ser autorreferenciados, com olhar restrito ao trajeto do usuário dentro de si mesmo, e não na rede regionalizada. Sugerimos que adotem processos regionais de escolha dos seus dirigentes, Conselhos de Gestão com representantes da CIR, dos municípios, das instituições de ensino e pesquisa, de entidades da sociedade de representação regional, não apenas local. Que estejam presentes nas instâncias regionais federativas de pactuação ou gestão de políticas, como observado em algumas CIR que convocam consórcios e serviços de referência regional ou como o Fórum de Redes da Cidade de São Paulo. É necessário reinventar seus arranjos internos na produção do cuidado em saúde, como equipes ou unidades de produção vinculadas a arranjos assistenciais regionais com os demais pontos da rede, ter vínculo com os territórios que encaminham os casos, seus interlocutores, muitas vezes, com redes de voluntários. Deveriam, também, constituir fóruns regionais de diretrizes terapêuticas e condução de casos, reunindo cuidadores, especialistas e instituições de pesquisa e ensino da região.

## Conclusões

O processo de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no contexto do SUS despertou um conjunto de questões a serem estudadas, sendo de grande importância a oportunidade atual de fazê-lo, a partir da nossa realidade. Igualmente, ainda são restritas as experiências sobre como



induzir e quais modelos administrativos poderão concretizar a região de saúde como locus prioritário do SUS. O processo recente das iniciativas de construção do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), a partir do Decreto nº 7.508/2011, e a implementação das Redes de Atenção aprofundaram a necessidade de uma organização política administrativa das regiões de saúde.

Neste debate, é fundamental considerarmos os marcos legais da nossa federação trina e a diversidade de contextos regionais em uma federação assimétrica de um País desigual. Recentemente, Santos e Campos<sup>25</sup>, em artigo já referido, defenderam a constituição de uma nova institucionalidade para gestão regional e, em uma perspectiva administrativo-jurídica, uma autarquia interfederativa de apoio ao Coap, fruto de um desenho regional comum. Outros autores, como Mendes e Louvison<sup>5</sup>, em artigo já referido, apontam para os riscos de uma nova

institucionalidade regional administrativa vir a ser instrumento de recentralização ou de interesses individuais específicos.

A experiência estudada nos remete a duas necessidades fundamentais, que poderiam compor o caminho para novos arranjos de governança para as regiões de saúde: de um lado, a necessidade de estruturas públicas regionais potentes e estáveis, que tenham a região de saúde como objeto territorial, que promovam deslocamentos de poder, ganhos econômicos em escala, planejamento de longo prazo e profissionais com vínculo regional; do outro, uma governança menos presa a estruturas rígidas e mais em combinações entre instituições públicas diversas e atores não governamentais, associando-se para resolver problemas comuns e produzir sujeitos. ■

---

## Referências

1. O'Dwyer G, Mattos RA. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos 3 níveis de governo. *Physis* 2012; 22(1):141-160.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2923, de 9 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*. 10 Jun 1998.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 3125, de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no SUS. *Diário Oficial da União*. 8 Dez 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1600, de 8 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e institui a Rede de Atenção à Urgência e Emergência no SUS. *Diário Oficial da União*. 9 Jul 2011.
5. Mendes A, Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde Soc*. 2015; 24(2):339-402.

6. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
7. Silva SF, Souto Junior JV, Bretas Junior N. O Pacto pela Saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes no SUS. In: Silva SF, organizador. Redes de Atenção a Saúde no SUS. Campinas: Conasems; 2008.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto no 7508/2011, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jul 2011.
9. Barrett S. Implementation studies: time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. *Public Adm.* 2004; 82(2): 249-262.
10. Viana AL. Abordagens Metodológicas em políticas públicas. *Rev. Adm Pública.* 1996; 30(2):5-43.
11. Hjern B, Porter DO. Implementation structures: a New Unit of Administrative Analysis. *Or-gan Stud.* 1981; 2(3):211-227.
12. Bennett CJ, Howlett M. The lessons of learning: Reconciling theories of policy learning and policy change. *Policy Sci.* 1992; 25:275-294.
13. Lotta G, Favareto A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Rev. Sociol Polit.* 2016; 24(57):49-65.
14. Campos GWS. Regionalização é o futuro do SUS [internet]. Brasília, DF: Região e Redes; 2014 [acesso em 2017 dez 18]. Disponível em: <http://www.res-br.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/>.
15. Yin RK. Estudo de casos: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
16. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. A análise da implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contadriopoulos AP, et al, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-238.
17. Minayo MCS, Gomes R, Deslandes SF, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
18. Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
19. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad. Saúde Pública.* 1990; 6(2):129-153.
20. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
21. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília, DF: Conass, 2015.
22. Magalhães Junior HM. Redes de atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg. Saúde Debate.* 2014 out; 52:15-37.
23. Feuerwerker LCM, Calife Batista KB, Santos HE. A experiência da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste no município de São Paulo: uma aposta em dispositivos de construção de rede. In: Padilha A, Florencio ASR, Bassicheto KC, et al., organizadores. Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília, DF: OPAS; 2017. p. 129-140.
24. Labra ME. Análise de Políticas, Modos de Policy-Making e Intermediação de interesses: Uma Revisão. *Physis.* 1999; 9(2):131-166.
25. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):438-446.

---

Recebido em 28/02/2018

Aprovado em 16/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde

## *Evidence-based practice in the context of Primary Health Care*

Luana Roberta Schneider<sup>1</sup>, Rui Pedro Gomes Pereira<sup>2</sup>, Lucimare Ferraz<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811804

**RESUMO** A prática baseada em evidência agrega o melhor conhecimento científico, com a experiência clínica do profissional e a escolha do paciente, resultando em uma maior resolutividade na assistência em saúde. O objetivo do estudo foi analisar a prática baseada em evidência dos profissionais das equipes com Estratégia Saúde da Família em um município de Santa Catarina. Trata-se de um estudo quantitativo, realizado por meio de questionários com 112 profissionais de saúde. Os resultados apontaram que eles consideram a prática baseada em evidência fundamental, contudo, em suas ações, ela está mais centrada na experiência clínica. Outrossim, não se sentem plenamente capacitados para realizar a busca de evidências científicas, destacando o pouco conhecimento e habilidades em pesquisa. Além disso, ressaltam a alta demanda de atendimentos, escasso domínio de língua estrangeira e falta de apoio da gestão como dificultadores. Conclui-se que os profissionais da atenção primária precisam se aprimorar para o desenvolvimento da prática baseada em evidência, sendo que isso ultrapassa a sua vontade individual, ficando também ao encargo das instituições formadoras e dos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Prática clínica baseada em evidências. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT** *Evidence-based practice brings together the best scientific knowledge with the professional's clinical experience and the patient's choice, resulting in a higher resoluteness in health care. The research was carried out aiming at analyzing the evidence-based practice of professionals from Family Health Strategy teams, in a city in the state of Santa Catarina. It was a quantitative study, developed through questionnaires with 112 health professionals. The results showed that professionals consider evidence-based practice essential; however, such practice is more focused on clinical experience in their actions. Moreover, they do not feel completely qualified to search for scientific evidence, highlighting their little knowledge and abilities on research. In addition, they emphasized that applying evidence-based practice is even more difficult because of high demand for care, lack of foreign language skills and lack of management support. As a conclusion, primary care professionals need some improvement for the development of evidence-based practice, which doesn't only depend on their individual willingness, but it is also a responsibility of educational institutions and health services.*

**KEYWORDS** *Evidence-based practice. Primary Health Care. Family Health Strategy.*

<sup>1</sup>Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) - Chapecó (SC), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9724-8667>  
[luanaschneider@unochapeco.edu.br](mailto:luanaschneider@unochapeco.edu.br)

<sup>2</sup>Universidade do Minho (Uminho) - Braga, Portugal.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4811-6753>  
[ruipereira@ese.uminho.pt](mailto:ruipereira@ese.uminho.pt)

<sup>3</sup>Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) - Chapecó (SC), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2487-8614>  
[lferraz@unochapeco.edu.br](mailto:lferraz@unochapeco.edu.br)



## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como porta de entrada e centro de comunicação das redes de atenção à saúde, fornecendo cuidado no âmbito individual, familiar e coletivo, no decorrer do tempo, para todas as condições de saúde, exceto as muito raras. No Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, a APS tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização. O trabalho desenvolvido pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) compreende ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos; outrossim, o processo de trabalho deve ser preconizado de acordo com os problemas, as demandas e as necessidades de saúde das pessoas e famílias em seu território<sup>1</sup>.

Nessa perspectiva, o papel da equipe da ESF extrapolou a demanda de saúde do usuário e passou a assumir a responsabilidade sanitária por determinada população, e um papel de organizador da demanda local<sup>2</sup>, exigindo dos profissionais uma maior capacidade de análise, intervenção e autonomia e o estreitamento dos elos entre a compreensão e a execução do trabalho<sup>1</sup>. Para que os profissionais desenvolvam seu amplo leque de atividades na APS, acompanhando os avanços científicos e tecnológicos, uma abordagem que tem apresentado notoriedade para melhorar a efetividade clínica e apoiar o profissional na tomada de decisão é a Prática Baseada em Evidência (PBE)<sup>3</sup>.

A PBE é definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica com a experiência clínica e a escolha do paciente<sup>4</sup>. Diversos autores enfatizam que a PBE é importante para fundamentar a prática profissional, bem como descrevem que a sua implementação é fundamental para alcançar a eficácia, a confiabilidade e a segurança nas práticas em saúde<sup>5-7</sup>. Além disso, resultados encontrados em revisões sistemáticas mostraram que os profissionais acreditam que a PBE pode melhorar a qualidade dos cuidados

e os resultados clínicos dos pacientes, mesmo que tenham sido identificadas várias barreiras para o seu uso<sup>8,9</sup>.

Os serviços de saúde têm cada vez mais reconhecido a necessidade de realizar a PBE, entretanto, a sua implementação não envolve apenas os atributos pessoais, mas também fatores relacionados com o contexto da organização, como a cultura, a responsabilidade, a carga de trabalho e os recursos disponíveis<sup>7</sup>. Contudo, os estudos sobre a PBE mostram que a maioria das pesquisas é realizada no âmbito hospitalar. Considerando esses aspectos, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de analisar a PBE dos profissionais das equipes com ESF em um município de Santa Catarina, Brasil.

## Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento descritivo transversal, realizado em todos os Centros de Saúde com modalidade de ESF, na cidade de Chapecó, referência em saúde para a região oeste do estado de Santa Catarina. Foram incluídos como população do estudo todos os profissionais de saúde de nível superior da equipe básica que atuavam na ESF em 2016. Dessa forma, foram incluídos na pesquisa, 44 médicos, 45 enfermeiros e 30 cirurgiões-dentistas, tanto do sexo feminino quanto do masculino, totalizando 119 participantes. Desse total, foram excluídos os profissionais que estavam em férias, servidores com atuação inferior a seis meses no serviço, tendo em vista o pouco tempo de atividades, e aqueles que após três tentativas de contato não aceitaram participar do estudo. Portanto, ao final da coleta de dados, totalizaram 112 profissionais de ambos os sexos, sendo 42 médicos, 41 enfermeiros e 29 cirurgiões-dentistas.

As informações foram coletadas no respectivo local de trabalho dos profissionais por meio de dois instrumentos. O primeiro

correspondeu ao Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ), um questionário autoaplicável que explora o uso da PBE no cotidiano dos profissionais da saúde, validado para a versão portuguesa do Brasil em 2014<sup>10</sup> a partir do instrumento original<sup>6</sup>. O EBPQ possui 24 itens pontuados em uma escala tipo Likert, e o seu escore é calculado somando os valores das respostas de cada uma das questões, totalizando 168 pontos, com a maior pontuação indicando atitudes mais positivas em relação à PBE. Os escores podem ser avaliados, ainda, por domínios, calculando-se a média aritmética<sup>10</sup>.

Em relação à estrutura, os itens são caracterizados em três dimensões: a primeira, PBE (alfa de Cronbach  $\alpha = 0,86$ ), utiliza uma escala que oscila entre 1 (nunca) e 7 (frequentemente), integrando 42 pontos. Pretende-se avaliar com que frequência e em consequência de uma lacuna identificada no conhecimento se procedeu às etapas comumente associadas a uma PBE. A dimensão 2 se caracteriza pelas atitudes relacionadas com a prática baseada em evidência ( $\alpha = 0,68$ ) e permite avaliar a atitude ante a PBE associadas às práticas profissionais, por meio do posicionamento de proximidade adotado para cada par de questões, em 1 ou 28 pontos. A terceira dimensão do questionário representa os conhecimentos e habilidades associados à PBE ( $\alpha = 0,92$ ), considerada por meio de uma escala que oscila entre 1 (ruim) e 7 (ótimo) em um somatório 98 pontos.

O segundo instrumento, utilizado na coleta de dados, refere-se ao Roteiro de Questões Auxiliares desenvolvido pelos pesquisadores. Esse roteiro contém 14 questões objetivas. No primeiro bloco, as questões estão relacionadas com as características dos participantes, como sexo, idade, ano de formação da graduação, ter ou não pós-graduação e tempo de atuação na APS. O segundo bloco diz respeito à realização de pesquisas

e recursos no ambiente de trabalho, como acesso a computador e internet. No terceiro bloco, as questões buscam identificar os tipos de fontes de informação e a frequência da PBE na prática assistencial. Por fim, o último bloco relaciona-se com a gestão, domínio de língua estrangeira e a relação ensino-serviço. Para atingir sua versão final, foi desenvolvido um teste piloto, com um público semelhante, em um município próximo, porém este não foi validado pelos autores.

Para análise dos dados, inicialmente, foram digitadas as variáveis investigadas em uma planilha formatada do programa Excel® e transportadas para o *software* Statistical Package for the Social Sciences, versão 22.0. Neste programa, foram realizados cálculos de medidas de posição (média, mínima, máxima e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

Este estudo seguiu todas as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas em seres humanos, obtendo-se a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número 1.573.371.

## Resultados

Entre os profissionais, identificou-se que o maior percentual era do sexo feminino, com idade média de 36,54 anos (DP±8,98) e mediana de 33,5 (23-68), com maior percentual no intervalo de 30-39 anos. O tempo de formação foi, em média, de 11,44 anos (DP±8,36) e com mediana 10 (1-31), já a média do tempo de atuação na APS foi de 9,05 anos. A maior parte dos profissionais possui pós-graduação concentrada em nível de especialização. A *tabela 1* apresenta como os profissionais da equipe da ESF consideram os três elementos que compõem a PBE.

Tabela 1. Frequência com que os profissionais da equipe da ESF consideram os elementos da PBE

Variáveis*	Média ± DP	Mediana (mín.; máx.)
A sua experiência clínica	6,06 ± 1,38	7 (1; 7)
As evidências científicas	5,94 ± 1,3	6 (1; 7)
A preferência do paciente	4,33 ± 1,59	4 (1; 7)

Fonte: Elaboração própria.

\*Respostas apresentadas em uma escala Likert de 1 (nunca) até 7 (frequentemente). DP = desvio padrão; Min. = mínima; Max. = máxima.

No roteiro de questões auxiliares, os profissionais demarcaram que suas fontes de informações são basicamente fundamentadas em protocolos (75%), majoritariamente, disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A internet surgiu como a segunda opção (72,3%), seguida por revistas científicas

(54,5%) e opinião de colegas (44,6%).

A *tabela 2* discorre sobre as práticas dos profissionais da ESF, considerando a atividade clínica e os cuidados prestados aos usuários, no último ano, bem como demonstra com que frequência executaram às etapas comumente associadas a uma PBE.

Tabela 2. Descrição das etapas para avaliar as práticas dos profissionais da equipe da ESF

Variáveis*	Média ± DP	Mediana (mín.; máx.)
1. Com que frequência você tem dúvidas sobre sua prática clínica/trabalho?	3,58 ± 1,33	3 (1; 7)
2. Com que frequência você buscou evidências para responder a sua dúvida?	5,51 ± 1,61	6 (1; 7)
3. Com que frequência você avaliou criticamente toda a literatura encontrada com base em algum critério estabelecido?	4,34 ± 1,59	4 (1; 7)
4. Com que frequência você aliou a evidência encontrada com a sua experiência clínica?	5,72 ± 1,24	6 (2; 7)
5. Com que frequência você avaliou os resultados da sua prática?	5,42 ± 1,39	6 (2; 7)
6. Com que frequência você compartilhou esse conhecimento com colegas?	4,79 ± 1,66	5 (1; 7)

Fonte: Elaboração própria.

\*Respostas apresentadas em uma escala Likert de 1 (nunca) até 7 (frequentemente). DP = desvio padrão; Min. = mínima; Max. = máxima.

Observa-se que os participantes demarcaram uma média baixa quanto à frequência de dúvidas sobre a sua prática clínica/trabalho. Acrescenta-se que assinalaram que quando há uma incerteza na conduta sobre seus casos clínicos, 95,5% buscam

informações com os colegas da equipe, na unidade de saúde, conforme as respostas do roteiro de questões auxiliares. Outro aspecto investigado são as atitudes dos profissionais ante a PBE. Os resultados estão descritos na *tabela 3*.

Tabela 3. Descrição das atitudes ante a PBE dos profissionais da equipe da ESF

Variáveis*	Média ± DP Mediana (mín.; máx.)	Variáveis*
Minha carga de trabalho é muito grande para que eu me mantenha atualizado com todas as novas evidências.	□ □ □ ■ □ □ □ 3,91 ± 1,7 4 (1; 7)	Novas evidências são tão importantes que eu defino um tempo para isso na minha agenda de trabalho.
Eu me sinto desconfortável quando minha prática é questionada.	□ □ □ □ □ ■ □ 5,5 ± 1,35 6 (1;7)	Eu acolho de forma aberta os questionamentos sobre a minha prática.
Práticas baseadas em evidências são perda de tempo.	□ □ □ □ □ ■ 6,52 ± 0,76 7 (4;7)	Práticas baseadas em evidências são fundamentais para a prática profissional.
Eu mantenho o uso de métodos testados e confiáveis ao invés de mudar para algo novo.	□ □ □ □ ■ □ □ 5,02 ± 1,55 5 (1;7)	Minha prática tem mudado em função das evidências que tenho encontrado.

Fonte: Elaboração própria.

\*Respostas apresentadas em uma escala Likert de 1 (nunca) até 7 (frequentemente). DP = desvio padrão; Min. = mínima; Max. = máxima.

Os conhecimentos e habilidades dos profissionais para o desenvolvimento da PBE estão apresentados na *tabela 4*.

Tabela 4. Conhecimentos e habilidades para a PBE dos profissionais da equipe da ESF

Variáveis*	Média ± DP	Mediana (mín.; máx.)
<b>Conhecimentos para:</b>		
1. Identificar os principais tipos e fontes de informação existentes	4,64 ± 1,15	5 (1; 7)
2. Levantar evidências	4,24 ± 1,34	4(1;7)
<b>Habilidades para:</b>		
1. Rever a sua própria prática	5,37 ± 1,04	5 (1; 7)
2. Aplicar o conhecimento a casos individuais	5,07 ± 1,04	5 (2; 7)
3. Compartilhar suas ideias e conhecimento com os colegas de trabalho	4,91 ± 1,46	5 (1; 7)
4. Em informática	4,91 ± 1,32	5 (1; 7)
5. Determinar quão aplicável clinicamente é o material	4,89 ± 1,15	5 (2; 7)
6. Identificar lacunas na prática profissional	4,87 ± 1,13	5 (1; 7)
7. Disseminar novas ideias sobre cuidado entre os colegas	4,82 ± 1,4	5 (1; 7)
8. Determinar quão válido é o material	4,68 ± 1,3	5 (1; 7)
9. Em pesquisa	4,66 ± 0,79	5 (3; 6)
10. Analisar criticamente as evidências ante os padrões já estabelecidos	4,57 ± 1,26	5 (1; 7)
11. Converter suas necessidades de conhecimento em uma questão de pesquisa	4,34 ± 1,18	4 (1; 7)

Fonte: Elaboração própria.

\*Respostas apresentadas em uma escala Likert de 1 (nunca) até 7 (frequentemente). DP = desvio padrão; Min. = mínima; Max. = máxima.



Ainda sobre o aspecto de conhecimentos e habilidades, destaca-se que os participantes têm dificuldade no domínio de língua

estrangeira, sobretudo no idioma inglês. A *tabela 5* exemplifica os resultados.

Tabela 5. Domínio de leitura e compreensão de língua estrangeira (inglês e espanhol) dos profissionais da equipe da ESF

Variável	Medicina (n = 42) n (%)	Enfermagem (n = 41) n (%)	Odontologia (n = 29) n (%)	p
<b>Língua inglesa (leitura)</b>				<b>&lt;0,001</b>
Pouco	5 (11,9)	28 (68,3)	10 (34,5)	
Razoavelmente	14 (33,3)	10 (24,4)	10 (34,5)	
Bem	23 (54,8)	3 (7,3)	9 (31)	
<b>Língua inglesa (compreensão)</b>				<b>&lt;0,001</b>
Pouco	4 (9,5)	25 (61)	8 (27,6)	
Razoavelmente	20 (47,6)	12 (29,3)	12 (41,4)	
Bem	18 (42,9)	4 (9,8)	9 (31)	
<b>Língua espanhola (leitura)</b>				<b>&lt;0,001</b>
Pouco	10 (23,8)	20 (48,8)	18 (62,1)	
Razoavelmente	10 (23,8)	18 (43,9)	9 (31)	
Bem	22 (52,4)	3 (7,3)	2 (6,9)	
<b>Língua espanhola (compreensão)</b>				<b>&lt;0,001</b>
Pouco	11 (26,2)	22 (53,7)	14 (48,3)	
Razoavelmente	14 (33,3)	16 (39)	13 (44,8)	
Bem	17 (40,5)	3 (7,3)	2 (6,9)	

Fonte: Elaboração própria.

Ainda de acordo com as respostas do roteiro de questões auxiliares, todos assumiram ter acesso a computador com internet em seu local de trabalho, e 36,6% demarcaram que desenvolveram alguma pesquisa no centro de saúde (levantamento de dados, diagnóstico comunitário, pesquisa de campo etc.) nos últimos três anos. No que concerne ao incentivo dos gestores para momentos de estudo durante a jornada de trabalho, obteve-se em uma média de  $3,45 \pm 1,94$ , em uma escala que variou de 1 (nunca) até 7 (frequentemente).

Por meio do roteiro de questões auxiliares, indagou-se se isso ocorria, acreditando que ter

vínculo com uma universidade incentiva e estimula os profissionais pela busca de uma PBE. Verificou-se que 38,4% dos participantes têm contato com pessoas de alguma universidade. Desse total, 33% correspondiam a vínculo com os acadêmicos; e 23,2%, com professores.

## Discussão

O estudo atual mostrou que os profissionais das equipes da ESF consideram a PBE importante para suas tomadas de decisões, sendo fundamental para o seu exercício

profissional. Resultados condizentes foram encontrados em revisões sistemáticas, em que os profissionais acreditam que a PBE pode melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados clínicos dos pacientes<sup>8,9</sup>. Em Portugal, uma pesquisa similar revelou que os profissionais de saúde demonstraram a convicção de que é positivo e válido apoiar as práticas com base em pesquisas, acreditando que esse fato trará um melhor desenvolvimento para o seu futuro profissional<sup>11</sup>.

Apesar do reconhecimento acerca da necessidade e importância de realizar a PBE, contudo, os resultados sustentam que os profissionais desenvolvem a PBE mais comumente pela vertente da experiência clínica, em suas práticas assistenciais. De maneira convergente, demais estudos apontam que a opinião dos colegas surge como o meio mais utilizado como fontes de informação para a prática, ao inverso da consulta de artigos em revistas científicas<sup>12-14</sup>.

Destaca-se que a troca de experiências com o colega é um processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios das pessoas, em consonância com os problemas vivenciados no trabalho, denominado de aprendizagem significativa<sup>15</sup>. Em suma, é inegável que experiência e a troca de saberes são importantes nas ações rotineiras da prática clínica dos profissionais da ESF. No entanto, deve-se considerar que o trabalho não deve ser baseado somente no empirismo e/ou na intuição. Tendo em vista que as práticas em saúde não são estanques, e, sim, mudam com os avanços científicos, sociais e culturais, entende-se que prestar uma assistência norteada em conclusões advindas de métodos científicos consistentes resulta em um preceito no cuidado de saúde<sup>16</sup>.

Outro aspecto revelado neste estudo, acerca dos elementos da PBE, é de que a preferência do paciente é considerada, predominantemente, quando o usuário chega ao serviço com algum tipo de informação sobre o seu estado de saúde. Essa informação

merece destaque, visto que autores argumentam que a comunicação entre o profissional e o paciente é a base do cuidado terapêutico, e estimular que o indivíduo participe das decisões sobre o próprio tratamento é uma maneira de o profissional de saúde respeitá-lo na sua integralidade<sup>17</sup>. Além disso, respeitar as preferências dos pacientes é valorizar o conhecimento que estes trazem para a interação 'profissional-paciente', baseado em bons diálogos, tornando os resultados mais efetivos<sup>18</sup>.

O elemento da PBE relacionado com as evidências científicas, de acordo com a demarcação dos profissionais, ficou considerado em segundo lugar na frequência da prática assistencial. Ademais, apesar de os profissionais se sentirem aptos a buscar evidências científicas, ficou demonstrado que quando buscam evidências, estas são basicamente dos protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Essa atitude justifica-se na questão em que o Ministério da Saúde disponibiliza os materiais para nortear as ações da ESF. Todavia, ressalta-se que, mesmo que haja um grau forte de recomendação para uma determinada conduta, é imprescindível analisar sua adequação para uma realidade específica e, ainda, é necessário ter cautela em adotar recomendações da literatura para o contexto local, principalmente, quando as realidades socioeconômicas e culturais são muito diferentes<sup>19</sup>. Por esse motivo, há uma necessidade de serem abordados em uma lógica de normalização, e nunca de uniformização de práticas e/ou cuidados. Uma norma de orientação clínica ou *guideline* deverá ser sempre passível de adaptação a um contexto/realidade local<sup>20</sup>.

O alto uso dos protocolos pode estar relacionado com as dificuldades em identificar as fontes de informação, formular uma questão de pesquisa, analisar criticamente as evidências e a própria dificuldade em fazer pesquisa. Além disso, ressalta-se que, nos instrumentos de coleta de dados, os profissionais pontuaram acima da média em todas as questões no âmbito dos conhecimentos e habilidades para a PBE.

O *deficit* de conhecimentos e habilidades para uma PBE já foi mencionado por outros autores<sup>3,21,22</sup>. Os profissionais têm uma baixa capacidade de realizar pesquisas e aplicá-las na prática, uma vez que demonstraram uma baixa frequência na atitude de formular perguntas de pesquisa, incapacidade de entender os termos estatísticos utilizados e avaliar criticamente a literatura<sup>23-25</sup>.

Em outra investigação, os participantes apontaram que estariam mais confiantes se houvesse uma pessoa com experiência em pesquisa que lhes simplificasse a informação relevante e, ainda, que seria conveniente realizar uma formação específica para auxiliar na utilização efetiva dos estudos<sup>11</sup>. Na China, uma investigação sobre as atitudes e conhecimentos para a PBE apontou que o item mais negativo foi para habilidades de pesquisa<sup>26</sup>.

Sobre esse aspecto, um estudo qualitativo no âmbito da atenção primária na Espanha analisou a percepção dos enfermeiros em relação aos conhecimentos, vantagens e barreiras no processo de aplicação da PBE e destacou a lacuna existente na tradução de conhecimentos para a prática. Além disso, expõe que seria aconselhável desenvolver estratégias de capacitação para facilitar a implementação da PBE, adaptada ao ambiente da APS<sup>23</sup>.

Além de poucos conhecimentos e habilidades para desenvolver pesquisas, a alta demanda da ESF, proveniente de cuidado assistencial; pouco domínio de língua estrangeira e falta de apoio da gestão foram citados como entraves para operacionalizar a PBE no cenário de estudo.

A falta de tempo suficiente no trabalho para implementar novas ideias também foi o item mais pontuado em investigações realizadas no cenário brasileiro<sup>3,27</sup>. No Texas (EUA), os resultados apontam para a mesma direção, revelando que, embora os profissionais dispusessem de uma variedade de recursos para localizar pesquisas e implementar a PBE, os participantes demarcaram muitas barreiras, como a definição de tempo para incorporação de evidências durante o trabalho<sup>12</sup>.

A alta demanda de atividades assistenciais e burocráticas, somada à falta de tempo destinado para a educação em serviço e discussão de casos clínicos, relaciona-se com o baixo uso da PBE pelos profissionais da APS<sup>28,29</sup>. Os profissionais, em geral, percebem a importância da PBE e aceitam a necessidade de implementá-la, mas o pouco tempo no trabalho, para ler artigos de pesquisa, pode desestimular o seu uso<sup>26</sup>.

Já as barreiras linguísticas são consideradas obstáculos significativos na busca de evidências para a prática assistencial, e o conhecimento da língua inglesa é crucial para manter-se atualizado<sup>13</sup>, haja vista que as evidências na área da saúde são produzidas e publicadas, majoritariamente, na língua inglesa<sup>30</sup>.

Em relação à barreira da falta de apoio da gestão para momentos de estudo, durante a jornada de trabalho, pondera-se que, embora não seja suficiente para mudar a prática, uma cultura de aceitação e apoio de gestores e colegas pode ser considerada como um elemento facilitador para o fortalecimento da PBE nos serviços de saúde<sup>14</sup>.

Apesar das limitações, contudo, há aspectos que facilitam uma PBE; citam-se, neste estudo, o acesso a computador e internet e a integração ensino-serviço com a universidade. O acesso a recursos de informática é uma situação favorável importante, pois facilita a pesquisa científica<sup>11</sup>, entretanto, quando subutilizada, deixa de se constituir em um elemento significativo para o planejamento e avaliação das ações de saúde<sup>31</sup>.

A integração ensino-serviço com a universidade, impulsionada por meio de acadêmicos, durante a supervisão de estágios ou desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso, constitui-se em um elemento favorável para a PBE, no entanto, essa integração deve funcionar como via de mão dupla para o intercâmbio de conhecimento, na qual ambos são potenciais parceiros na apropriação e reprodução das ações<sup>32</sup>. Pesquisa conduzida na região sul do Brasil identificou que os profissionais da APS mostraram que

as ações da integração ensino-serviço representam desafio, crescimento e sobrecarga de trabalho; enquanto para os acadêmicos elas significam aproximação com a realidade, postura crítica-reflexiva e visão ampliada de saúde<sup>33</sup>.

Como estratégia para superar a lacuna entre a academia e a prática clínica, recomenda-se o desenvolvimento de equipes colaborativas e interinstitucionais envolvendo pesquisadores, docentes, administradores e profissionais clínicos. Essas parcerias cooperam para o desenvolvimento da PBE incentivando profissionais a se engajarem no processo de pesquisa e busca da evidência, propiciando a tradução do conhecimento<sup>34</sup>.

Compreende-se que a educação dos profissionais de saúde é um processo contínuo e intermediado pelas relações entre instituições de ensino e os serviços de saúde<sup>35</sup> e que os programas de ensino podem aumentar os comportamentos que apoiam a PBE<sup>21</sup>.

## Conclusões

Os profissionais que atuam na APS consideram as PBE fundamentais para as ações que são desenvolvidas na ESF, contudo a experiência clínica – que muitas vezes advém do compartilhamento de vivências entre os colegas – foi o principal elemento das práticas em saúde, seguida por evidências científicas e a preferência do paciente. Identifica neste estudo que a

falta de habilidade na busca de como levantar evidências, pouco domínio de língua estrangeira, a alta demanda de cuidado assistencial na ESF e a falta de apoio da gestão municipal são barreiras para a implementação da PBE nos serviços de saúde.

Diante do exposto, entende-se que o desenvolvimento da PBE na APS depende das atitudes dos profissionais, da organização e dos processos de trabalho da equipe. Assim, aprimorar as ações em saúde baseadas em evidências dos profissionais implica que estes realizem a PBE já no âmbito da graduação. Além disso, os serviços de saúde devem incentivar a produção e o consumo de evidências científicas, que podem se dar por meio de parcerias com as instituições de ensino e pesquisa. Igualmente, deve haver um suporte organizacional, ou seja, um ambiente de trabalho que propicie e priorize espaços para momentos de trocas de conhecimentos entre os profissionais, fortalecendo o elemento da experiência clínica. Do mesmo modo, deve haver uma escuta ativa dos profissionais para que estes identifiquem e dialoguem com as preferências do paciente para uma tomada de decisão compartilhada.

Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos com abordagem qualitativa, com o intuito de ampliar a análise das informações e, dessa forma, obter uma maior compreensão da PBE pelos profissionais da saúde no contexto da atenção primária, sobretudo, na ESF. ■

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 21 set 2017 [acesso em 2018 jan 4]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.
2. Ribeiro CDM, Gouvêa MV, Casotti E. Problemas éticos e justiça social na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bioét.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 dez 19]; 25(2):348-357. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252195>.
3. Camargo FC, Iwamoto HH, Monteiro DAT, et al. Avaliação de intervenção para difusão da enfermagem baseada em evidências em hospital de ensino. *Rev. Gaúcha Enferm.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 12]; 37(esp):e68962:1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68962>.
4. Saunders H, Vehvilainen-Julkunen K. Nurses' Evidence-Based Practice Beliefs and the Role of Evidence-Based Practice Mentors at University Hospitals in Finland. *Worldviews on Evidence-Based Nursing.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 dez 18]; 14(1):35-45. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12189>.
5. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J.* [internet]. 1996 [acesso em 2017 dez 10]; 312(7023):71-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>.
6. Upton D, Upton P. Development of Evidence-Based Practice Questionnaire for nurses. *J Adv Nurs.* [internet]. 2006 [acesso em 2017 dez 18]; 53(4):454-458. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x>.
7. Barría RM. Implementing Evidence-Based Practice: A challenge for the nursing practice. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(2):191-193. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_ext&pid=S0120-53072014000200001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_ext&pid=S0120-53072014000200001).
8. Patelarou AE, Patelarou E, Brokalaki H, et al. Current evidence on the attitudes, knowledge and perceptions of nurses regarding evidence-based practice implementation in European community settings: a systematic review. *J Community Health Nurs.* [internet]. 2013 [acesso em 2017 dez 01]; 30(4):230-244. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07370016.2013.838501>.
9. Saunders H, Vehvilainen-Julkunen K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 12]; 56:128-140. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26603729>.
10. Rospendowski K, Alexandre NMC, Cornelio ME. Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do "Evidence-Based Practice Questionnaire". *Acta Paul. Enferm.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 11]; 27(5):405-411. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400068>.
11. Peixoto MJ, Pereira RPG, Martins A, et al. Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. Porto: ESEP; 2017.
12. Yoder LH, Kirkley D, McFall DC, et al. Staff Nurses' Use of Research to Facilitate Evidence-Based Practice. *Am J Nurs.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 12]; 114(9):26-37. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25121949>.
13. Lemos S, Morita MC, Carloto E. Recursos utilizados por graduandos de odontologia e Cirurgiões-Dentistas do SUS para estudar e resolver dúvidas surgidas durante o trabalho. *Rev ABENO* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 14]; 14(1):3-16. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/107>.
14. Baird L, Miller T. Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *Br J Community Nurs* [internet]. 2015 [acesso em 2017

- dez 12]; 20(5):233-242. Disponível em: <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2015.20.5.233>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 27 fev 2014.
  16. Edward K, Mills C. A Hospital Nursing Research Enhancement Model. *J Contin Educ Nurs* [internet]. 2013 [acesso em 2017 dez 12]; 44(10):447-454. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23937071>.
  17. Silva MJP. Comunicação e o resgate do ser: o papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. In: Conferência proferida no IV Congresso de Humanização. Curitiba: PUC-PR; 2013.
  18. Baião BS, Oliveira RA, Lima VVPC, et al. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. *Rev. APS* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jan 6]; 17(3):291-302. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1870/820>.
  19. Duncan BB, Schmidt MI, Falavigna M. Prática da Medicina Ambulatorial Baseada em Evidências. In: Duncan BB, organizador. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 44-66.
  20. Agree Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [internet]. Canadá: AGREE; c2010-2014 [acesso em 2018 jan 6]. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>.
  21. Weng YH, Kuo KN, Yang CY, et al. Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings. *Implement Sci*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 dez 20]; 8(112):1-10. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-112>.
  22. Shin J, Lee E. The Influence of Social Capital on Nurse-Perceived Evidence-Based Practice Implementation in South Korea. *J Nurs Scholarsh*. [internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 20]; 49(3):267-276. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28253429>.
  23. Pericas-Beltran J, Gonzalez-Torrente S, Pedro-Gomez J, et al. Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study. *Int Nurs Rev* [internet]. 2014 mar [acesso em 2017 dez 10]; 61(1):90-98. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24467293>.
  24. Shafiei E, Baratimarnani A, Goharinezhad S, et al. Nurses' perceptions of evidence-based practice: a quantitative study at a teaching hospital in Iran. *Med J Islam Repub Iran* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jan 19]; 28(135):1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322335/pdf/MJIRI-28-135.pdf>.
  25. Mohsen MM, Safaan NA, Okby OM. Nurses' Perceptions and Barriers for Adoption of Evidence Based Practice in Primary Care: Bridging the Gap. *Am J Nurs Research* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan 30]; 4(2):25-33. Disponível em: <http://pubs.sciepub.com/ajnr/4/2/1/index.html>.
  26. Zhou F, Hao Y, Guo H, et al. Attitude, Knowledge, and Practice on Evidence-Based Nursing among Registered Nurses in Traditional Chinese Medicine Hospitals: A Multiple Center Cross-Sectional Survey in China. *Evid Based Complement Alternat Med* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 7]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5478086>.
  27. Ferreira MBG, Haas VJ, Dantas RAS, et al. Adaptação cultural e validação de um instrumento sobre barreiras para o uso dos resultados da pesquisa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2017 [acesso em 2017 dez 20]; 25:e2852. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100313](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100313).

28. Mallion J, Brooke J. Community- and hospital-based nurses' implementation of evidence-based practice: are there any differences?. *Br J Community Nurs* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 19]; 21(3):148-154. Disponível em: [www.magonlineibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjcn.2016.21.3.148](http://www.magonlineibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjcn.2016.21.3.148).
29. Atkinson LZ, Forrest A, Marriner L, et al. Implementing tools to support evidence-based practice: a survey and brief intervention study of the National Elf Service across Oxford Health NHS Foundation Trust. *Evid Based Ment Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2017 dez 20]; 20(2):41-45. Disponível em: <https://ebmh.bmj.com/content/early/2017/03/31/eb-2017-102665.citation-tools>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
31. Gonçalves L, Fialek S, Castro T, et al. Experiência de enfermeiros com computadores na atenção primária: estudo exploratório. *Cogitare Enferm* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 12]; 21(1):1-11. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43243/27707>.
32. Albiero JFG, Freitas SFT. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2018 fev 7]; 41(114):753-767. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711407>.
33. Gonçalves CNS, Corrêa AB, Simon G, et al. Integração ensino-serviço na voz de profissionais de saúde. *Rev enferm UFPE online* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 18]; 8(6):1678-1686. Disponível em: [file:///D:/Revista/Downloads/13641-35038-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Revista/Downloads/13641-35038-1-PB%20(1).pdf).
34. Debruyn R, Ochoa-Marin SC, Semenic S. Barriers and Facilitators to Evidence-Based Nursing in Colombia: Perspectives of Nurse Educators, Nurse Researchers and Graduate Students. *Invest. Educ. Enferm* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 2]; 32(1):9-21. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a02.pdf>.
35. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 20]; 21(9):2949-2960. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902949&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902949&script=sci_abstract).

---

Recebido em 08/02/2018

Aprovado em 08/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



# Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde

*Improvement in Primary Care access and quality: the perspective of Community Health Workers*

Ana Claudia Pinheiro Garcia<sup>1</sup>, Maria Angélica Carvalho Andrade<sup>2</sup>, Eliane de Fátima Almeida Lima<sup>3</sup>, Érika Maria Sampaio Rocha<sup>4</sup>, Rita de Cássia Duarte Lima<sup>5</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811805

**RESUMO** A pesquisa objetivou descrever como ocorreu a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e avaliar sua perspectiva em relação às melhorias no acesso e na qualidade da Atenção Básica (AB). Trata-se de estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado com 133 ACS vinculados às equipes de saúde da família que aderiram ao programa. Observou-se a necessidade de maiores esforços dos municípios para incentivar a inclusão dos ACS nos processos avaliativos e melhorar a sua capacitação, visando adequar seu nível de apreensão e conhecimento sobre o acesso e qualidade do cuidado na AB.

**PALAVRAS-CHAVE** Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Saúde da família. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** *The study aimed to describe how the participation of Community Health Workers (CHW) took place in the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PAQI-PC), and to evaluate their perspective regarding improvements in both the access and the quality of Primary Care (PC). This is a descriptive, cross-sectional study with quantitative approach, carried out with 133 CHWs linked to family health teams that joined the program. Results pointed out the need of greater efforts by municipalities to encourage the involvement of CHWs in evaluation processes and to improve their training, aiming at adjusting their level of apprehension and awareness of both the access and the quality in primary care.*

**KEYWORDS** *Community Health Workers. Primary Health Care. Health policy. Family health. Health evaluation.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) –Vitória (ES), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5559-7463>  
[anacpgarcia@hotmail.com](mailto:anacpgarcia@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) –Vitória (ES), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3690-6416>  
[geliandrade@gmail.com](mailto:geliandrade@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) –Vitória (ES), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5128-3715>  
[elianelima66@gmail.com](mailto:elianelima66@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) –Vitória (ES), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4347-0531>  
[emsampaio-rocha@gmail.com](mailto:emsampaio-rocha@gmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) –Vitória (ES), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5931-398X>  
[ritacdli@gmail.com](mailto:ritacdli@gmail.com)

## Introdução

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), estruturado com os princípios da responsabilidade sobre o território, da adscrição da população, do enfoque nas famílias e não apenas nos indivíduos, do conceito ampliado de saúde e da valorização da prevenção e promoção, trouxe os alicerces para a construção da Estratégia Saúde da Família (ESF), com impactos positivos sobre alguns dos principais indicadores de saúde e qualificando a vida de populações anteriormente desassistidas<sup>1-3</sup>.

A relevância desse programa traduz-se na expansão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atingindo o número de 265.685 ACS, no ano de 2016, o que possibilitou a cobertura de 63,13% da população brasileira. O Espírito Santo conta com 5.119 ACS e uma cobertura de 62,75% da população do estado, próxima à média nacional para o ano de 2016<sup>4</sup>. Muitos estudos<sup>5-7</sup> evidenciam a importância e a capilaridade desse ator social. Trata-se de um profissional com papel decisivo na reorientação e expansão da Atenção Básica (AB) no Brasil, considerado como ‘nuclear’ ou como ‘elo’ entre o sistema de saúde e a comunidade.

O processo de institucionalização do trabalho do ACS, todavia, não significa que estejam superadas as tensões decorrentes da presença de um

[...] trabalhador de perfil profissional ambíguo e em processo de definição, oriundo das classes populares, como parte de uma equipe de ESF constituída prioritariamente por profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos<sup>8(232)</sup>.

Considerando as origens e o processo histórico de formação dos ACS, bem como sua vinculação com as classes populares, é de se supor que a sua profissionalização seja compreendida como um processo contraditório e conflituoso do ponto de vista da política

institucional. Nesse sentido, é relevante a análise sobre o ACS,

[...] partindo do pressuposto de que ele é, dentro do campo da saúde, um trabalhador estratégico para o estudo das novas morfologias do trabalho em serviço e das mediações dessa categoria diante das lutas sociais<sup>9(260)</sup>.

O tema da avaliação da AB ganha potência com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que objetiva disparar um processo de mudança de cultura do modelo de atenção à saúde, em todos os seus âmbitos, na assistência e na gestão, em todas as esferas de governo. Desenvolvido em ciclos (Ciclos de Qualidade), o programa teve início em 2012 (primeiro ciclo); e o segundo transcorreu em 2013. Cada ciclo consiste em quatro fases: 1) Adesão ao programa; 2) Desenvolvimento, com quatro estratégias visando à mudança nos resultados alcançados pelas equipes de saúde: autoavaliação; monitoramento; educação permanente e apoio institucional; 3) Avaliação externa e certificação, com a classificação de desempenho das equipes, referência para o valor do incentivo financeiro a ser recebido, via transferência fundo a fundo e 4) Recontratualização de novos compromissos<sup>10</sup>.

Vale destacar que, no campo da saúde, a avaliação da AB transforma-se em problema no momento em que demanda a mobilização coletiva dos profissionais da AB. O reconhecimento e a inclusão de todos os profissionais na avaliação da AB constituem elementos-chave na identificação da qualidade do processo avaliativo e critério importante para que os resultados apontados embasem as tomadas de decisão<sup>11</sup>. Entre os profissionais das equipes de saúde da família, a inclusão do ACS merece ênfase, pois a ele são atribuídas funções estratégicas e complexas.

Assim, torna-se relevante o tema do presente artigo, que tem como objetivo descrever como ocorreu a participação dos ACS

no PMAQ-AB no estado do Espírito Santo e avaliar sua perspectiva em relação às melhorias no acesso e na qualidade da AB após a realização dos dois primeiros ciclos desse programa. Assim, pretende-se dar visibilidade aos seus limites e potencialidades, de modo a contribuir com dados empíricos para qualificação do processo avaliativo da AB.

## Métodos

Foi realizado estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. As informações foram obtidas com 133 ACS vinculados às equipes de saúde da família que aderiram ao PMAQ-AB, em três municípios do estado do Espírito Santo. Tratam-se de municípios de grande porte, localizados na região metropolitana da Grande Vitória, onde se concentram 33,4% da população do estado<sup>12</sup>.

O presente estudo integra um projeto mais abrangente sobre o processo de trabalho dos ACS na Atenção Primária à Saúde (APS). Os dados foram coletados por meio de questionário aplicado aos ACS, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam, em horário previamente agendado. O questionário consistiu de 49 questões, as primeiras 17 abordaram o perfil do ACS, as 22 questões seguintes abrangeram o processo de trabalho e as 10 últimas, a percepção dos ACS sobre o PMAQ-AB. O artigo destaca como variáveis para discussão o conhecimento dos ACS sobre o PMAQ-AB, seus objetivos e a adesão da equipe, a participação desses profissionais nas fases de autoavaliação da equipe e de avaliação externa e a percepção destes sobre melhorias no acesso e na qualidade da AB.

Foi realizado um estudo piloto com ACS de um município não participante da pesquisa; e o instrumento de coleta de dados revelou-se adequado, dispensando reformulações. Dessa forma, no período de novembro de 2015 a junho de 2016, foram coletados os dados.

Como critério para participação na pesquisa, estabeleceu-se a atuação profissional em equipes que aderiram ao PMAQ-AB e que fizessem parte da equipe em, pelo menos, um dos ciclos do programa. Foram excluídos os que estavam afastados/licenciados ou em férias, durante a coleta de dados, bem como aqueles que não atuavam nas equipes em nenhuma das fases do PMAQ.

Foi realizada análise descritiva com frequência absoluta e relativa das variáveis de estudo por meio do programa Stata versão 13.0.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida sob o número de parecer 876.415. Foram informados aos participantes o objetivo do estudo e a confidencialidade dos dados, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve conflito de interesses entre os pesquisadores envolvidos e o objeto pesquisado.

## Resultados e discussão

### Participação dos ACS na autoavaliação da equipe

O processo avaliativo proposto pelo PMAQ-AB tem início com a autoavaliação das equipes de saúde. No presente estudo, observou-se que cerca de um terço (33,8%) dos ACS não foi convidado a participar dessa fase do processo e, entre os que foram convidados, quase 10% não participaram (*tabela 1*).

Verifica-se, assim, um distanciamento entre a recomendação do Ministério da Saúde e a realidade das equipes. Nesse sentido, há autores<sup>13</sup> que questionam a verticalização da implementação do PMAQ-AB e destacam a necessidade do envolvimento e do olhar reflexivo do coletivo de profissionais sobre as suas práticas como fundamentais para a mudança no sentido da qualificação do processo de trabalho e do cuidado ofertado.

Cabe ressaltar que a autoavaliação é

uma ferramenta de gestão estratégica na organização do processo de trabalho e para melhoria da qualidade da atenção à saúde. No primeiro ciclo do PMAQ-AB, foi realizada por mais de 80% das equipes de todas as regiões do País, exceto a região Centro-Oeste, onde esse percentual foi de 69,5%<sup>14</sup>.

Observa-se que nas entrevistas realizadas, na fase da avaliação externa, com os profissionais acerca do processo de trabalho das equipes, as perguntas referiam-se a informações, tais como: realização de autoavaliação nos últimos seis meses, existência de documento para comprovação da autoavaliação, instrumento utilizado e apoio da gestão. No entanto, não há referência à participação dos membros da equipe, o que impossibilita saber quais profissionais efetivamente foram envolvidos nesse processo.

Considerada como ponto de partida da fase do desenvolvimento do PMAQ-AB, a autoavaliação é uma ferramenta que permite identificar e reconhecer dimensões positivas e problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde, a fim de mobilizar iniciativas para mudança e aprimoramento do serviço. Tendo em vista seu potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador, o Ministério da Saúde recomenda que

[...] o instrumento utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde - usuários, profissionais e gestores -, entendendo que todos são co-responsáveis pela qualificação do SUS<sup>10(13)</sup>.

A participação coletiva de todos os atores envolvidos com a AB em seus diferentes âmbitos é importante para que a autoavaliação se constitua como ação crítico-reflexiva, possibilitando apontar situações que necessitam ser revistas e/ou modificadas<sup>15</sup>.

O que o estudo em tela mostra é que, apesar do conhecimento afirmado pela maioria dos ACS sobre o PMAQ-AB, os seus objetivos e a adesão da equipe, na prática

avaliativa, ainda não se observa a mobilização das equipes locais para efetivar a participação desses profissionais. Tal fato reforça a existência de um campo de disputas de interesses dentro das equipes de saúde da família, que varia conforme as correlações de força e os arranjos institucionais e políticos regionais e locais<sup>8</sup>.

Essa perspectiva do ACS encontra consonância com a afirmativa de que a avaliação é uma negociação dinamizadora de interesses e disputas entre os vários atores envolvidos<sup>16</sup>. O autor acrescenta que só “pede uma avaliação quem tem poder”<sup>16(3)</sup>, inclusive, o de reconhecer a importância de determinado ator no processo, o que poderia ser evidenciado com a participação efetiva do ACS no processo de autoavaliação da equipe.

Destaca-se que, de acordo com Costa e Ferreira<sup>17(465)</sup>, os profissionais ACS

[...] garantem uma forte identificação com a comunidade da qual fazem parte, constituindo-se em trabalhadores singulares em saúde, contudo acabam formando um grupo próprio, por se diferenciarem social, econômica e no grau de escolaridade dos demais membros da equipe.

## Os ACS e a avaliação externa do PMAQ-AB

Verificou-se, ainda, que 55% dos ACS colaboraram durante a fase de avaliação externa, ajudando a responder ao questionário e/ou localizando documentos/comprovantes, no entanto, 40% destes profissionais não foram convidados a ajudar.

Cabe esclarecer que a avaliação externa, terceira fase do PMAQ-AB, contou com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa (IES), responsáveis pela aplicação de instrumentos avaliativos para as equipes de AB que aderiram ao Programa, organizados em três módulos<sup>18</sup>:

Módulo I – Observação na UBS;

Módulo II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de AB e verificação de documentos na UBS; e

Módulo III – Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.

No módulo II, para responder ao instrumento da avaliação externa, foi estabelecido que a equipe escolhesse o profissional de ensino superior com o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a comunidade, o qual poderia contar com a colaboração dos demais profissionais da equipe. Ademais, como mostram os resultados deste estudo, a participação do ACS nessa fase do PMAQ-AB foi fundamental, principalmente, para ajudar a responder ao questionário e localizar documentos.

Ressalta-se que o trabalho do ACS, por seu caráter de mediação, é um campo privilegiado para avaliação, porém, tem-se revelado que o PMAQ-AB não consegue captar essa potencialidade e o trabalho dos ACS. Isso demonstra que essa política ainda não se afirmou como promotora das mudanças percebidas por esses atores<sup>19</sup>.

A essência da função dos ACS constitui as relações estabelecidas tanto na comunidade quanto na equipe. Seu papel mediador é entendido como fundamental para a concretização das propostas da ESF e vem sendo ampliado constantemente<sup>17</sup>. Além disso, tem-se identificado práticas de desvio de função desse trabalhador, sobretudo no sentido de responsabilizá-lo pela execução de tarefas burocráticas, de reprodução do modelo biomédico, centrado na doença, em detrimento das ações de promoção da saúde, o que faz refletir sobre a desvalorização e desvirtuamento da essência e finalidades do trabalho do ACS.

O desvio de função denota a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado,

segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação<sup>20</sup>. Trata-se de um profissional que não é considerado membro legítimo da equipe, sendo seu trabalho prescritivo. Em relação ao PMAQ-AB, Mota mostra que o programa chegou ao ACS enquanto uma meta a ser cumprida, com uma participação limitada às questões burocráticas, tais como a organização de informações<sup>19</sup>.

## Conhecimento dos ACS sobre PMAQ-AB, seus objetivos e adesão da equipe

Na *tabela 1*, pode-se observar que a maior parte dos ACS afirmou saber o que é o PMAQ-AB (76,7%) e que, entre esses, 68,4% afirmaram conhecer os objetivos do referido programa. Ainda, 70,7% foram informados sobre a adesão de sua equipe ao PMAQ-AB. No processo avaliativo, tais resultados corroboram a afirmativa de que a produção de cuidado proposta em um contexto social tão complexo como o comunitário suscita a necessidade de recrutar trabalhadores com domínio de saberes e práticas diferentes das produzidas pelas instituições de educação que formam para o setor saúde, sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias que partam da concepção e da práxis popular<sup>9</sup>.

Feitosa e colaboradores destacam o conhecimento dos profissionais sobre a proposta do PMAQ-AB como elemento articulador da construção coletiva de estratégias, segundo as demandas de saúde da população<sup>21</sup>. De acordo com os autores,

[...] cria-se a oportunidade de institucionalizar, dentro dos processos de trabalho de cada profissional, a cultura da melhoria e de monitoramento da qualidade das práticas de saúde na AB<sup>21(825)</sup>.

Ainda que a maioria, porém, tenha respondido afirmativamente às questões anteriores, um número significativo de ACS não tinha

informações básicas sobre o Programa nem sobre a participação das equipes onde atuavam, às quais estavam vinculados durante, pelo menos, um dos ciclos do PMAQ-AB. É importante lembrar que o território onde vive e atua o ACS exerce influência na produção do seu trabalho, no sentido da incorporação de práticas contra-hegemônicas<sup>9</sup>. Assim, torna-se necessária

a reflexão sobre as tensões decorrentes das práticas e saberes dos ACS, que, segundo Luz (1981) citada por Queirós e Lima<sup>9(260)</sup>,

têm implicações políticas e encerram uma luta entre grupos e classes sociais que conformam essas instituições e que estão inseridos em um bloco histórico.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com a percepção sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (n = 133). Espírito Santo, 2016

Variáveis	N	%
<b>Sabe o que é o PMAQ-AB</b>		
Sim	102	76,7
Não	24	18,0
Ignorado	07	5,3
<b>Conhece os objetivos do PMAQ-AB</b>		
Sim	91	68,4
Não	13	9,8
Ignorado	05	4,5
<b>Foi informado sobre a adesão de sua equipe ao PMAQ-AB</b>		
Sim	94	70,7
Não	29	21,8
Ignorado	10	7,5
<b>Foi convidado a participar da fase de autoavaliação da equipe</b>		
Sim e participei	68	51,1
Sim, mas não participei	13	9,8
Não	45	33,8
Ignorado	07	5,3
<b>Durante a fase de avaliação externa, foi solicitada sua colaboração</b>		
Sim, para auxiliar a responder ao questionário	41	30,8
Sim, para localizar documentos/comprovantes	09	6,8
Sim, para auxiliar a responder ao questionário e localizar documentos/comprovantes	23	17,3
Não foi solicitada minha colaboração	54	40,6
Ignorado	06	4,5
<b>Acha que os profissionais que não possuem nível superior também deveriam participar da fase de avaliação externa do PMAQ-AB</b>		
Sim	115	86,5
Não	11	8,3
Ignorado	07	5,3



Tabela 1. (cont.)

<b>Observou melhorias no acesso à Atenção Básica onde você atua após o PMAQ</b>		
Sim, muitas melhorias	11	8,3
Sim, poucas melhorias	49	36,8
Não observei melhorias	64	48,1
Ignorado	09	6,8
<b>Observou melhorias na qualidade da Atenção Básica onde você atua após o PMAQ</b>		
Sim, muitas melhorias	13	9,8
Sim, poucas melhorias	51	38,3
Não observei melhorias	61	45,9
Ignorado	08	6,0

Fonte: Pesquisa 'Caracterização e análise do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e sua percepção sobre a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Espírito Santo', 2017.

## Melhorias no acesso e na qualidade da AB

Questionados sobre a observação de melhorias após o PMAQ-AB, em relação ao acesso à AB, 36,8% dos ACS verificaram poucas, e 48,1% não observaram melhorias. No tocante à qualidade da AB, 38,3% identificaram, também, poucas melhorias, e 45,9% não as observaram. Destaca-se o elevado percentual de ACS que não perceberam melhorias após dois ciclos de PMAQ-AB. Esse dado torna-se mais significativo, considerando-se a grande capilaridade desse profissional com a comunidade.

Chamou a atenção o fato de que, entre os 64 ACS que não identificaram melhorias no acesso à AB, após o PMAQ-AB, 28,1% não sabiam o que é o programa, 39,1% não conheciam seus objetivos, 39,1% não foram informados sobre a adesão da equipe, 53,1% não participaram da autoavaliação e 60,9% não tiveram solicitada sua colaboração durante a avaliação externa.

Já entre os 60 profissionais que responderam afirmativamente quanto à observação de melhorias no acesso à AB, verificou-se um menor percentual de desconhecimento sobre o programa (6,7%), seus objetivos (10%) e sobre a adesão de sua equipe (5%), e um maior envolvimento no processo em relação ao grupo

anterior, apesar de 36,7% afirmarem que não participaram da autoavaliação, e 23,3% não tiveram solicitada sua colaboração durante a avaliação externa.

De modo semelhante, entre os 61 ACS que não identificaram melhorias na qualidade da AB, após o PMAQ-AB, nota-se um maior percentual de desconhecimento sobre o programa (45%) e sobre a adesão da equipe (37,7%) em relação ao grupo que observou melhorias, respectivamente 6,2% e 7,9%. O grupo que observou melhorias na qualidade teve maior percentual de participação na autoavaliação e na avaliação externa em relação ao grupo que não observou tais melhorias. No primeiro grupo, 35,9% não participaram da autoavaliação, e 26,6% não tiveram solicitada sua colaboração durante a avaliação externa, enquanto no outro grupo de ACS 52,4% não participaram da autoavaliação, e 57,4% não tiveram solicitada sua colaboração durante a avaliação externa.

Um importante aspecto a ser considerado a partir desses resultados relaciona-se com a prática cotidiana do profissional ACS, uma vez que suas funções ultrapassam o campo da saúde, ampliando sua atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Identificam-se duas dimensões principais na atuação dos ACS: uma dimensão técnica,



relativa à atenção aos indivíduos e às famílias, à prevenção de agravos e ao monitoramento de grupos com problemas específicos; e uma dimensão política, direcionada à organização da comunidade a fim de transformar as condições de vida<sup>22</sup>.

Assim, as carências da população não são consideradas as mesmas por todos os membros da equipe, em especial pelo ACS, cuja prática profissional possui uma identidade comunitária que o diferencia dos demais trabalhadores da saúde, principalmente ao mediar as lutas sociais e políticas<sup>9</sup>. Essa compreensão ampliada pode estar influenciando a apreensão dos significados de acesso e qualidade da AB pelo ACS.

Por outro lado, o maior conhecimento sobre o PMAQ-AB, a maior informação sobre a adesão da equipe ao programa e a maior participação/colaboração nos processos de autoavaliação e avaliação externa possibilitaram a maior identificação de melhorias pelos profissionais ACS. A inserção do ACS no processo de cuidado à saúde possibilita organizar o trabalho em uma perspectiva multiprofissional, com um nível de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, para melhor atender às necessidades da população<sup>17</sup>, o que aponta para a tentativa de moldar a percepção e prática profissional do ACS, que tem avançado nas conquistas da regulamentação profissional e de sua ampliação<sup>9</sup>.

Além disso, ressalta-se a qualificação profissional do ACS, realizada em forma de capacitação em serviço, com conteúdos que variam em função dos problemas locais, em que a avaliação se pauta nas atividades realizadas no serviço, e o material educativo estrutura-se em torno das atividades a serem realizadas<sup>20</sup>. Nesse contexto, apesar da ampliação do papel do ACS, exigindo novas competências nos campos político e social, principalmente ligadas à promoção da saúde, o processo de qualificação desse profissional ainda continua centrado no controle tecnológico da doença, fazendo com que ele reproduza a visão fragmentada e reducionista do modelo biomédico em sua prática<sup>22</sup>.

Esses dados demonstram que a autoavaliação ainda não se consolidou como ferramenta de reflexão e melhoria do processo de trabalho das equipes envolvidas. Mostram também a dificuldade da inserção do ACS na equipe de saúde e a pouca valorização desse profissional como avaliador da AB. Esses resultados apresentam-se de acordo com outros estudos realizados em locais diferentes<sup>19</sup>.

## O que melhorou a partir do PMAQ?

Aos 61 ACS que responderam ter observado melhorias no acesso e aos 64 que verificaram o mesmo quanto à qualidade da AB, foram apresentadas opções de onde verificaram tais melhorias (*tabela 2*).

Em relação ao acesso à AB, foram apontadas melhorias, sobretudo, no aumento do número de consultas agendadas (43,3%) e na busca ativa de usuários (35%). Destaca-se que não foi percebido aumento do número de equipamentos e materiais.

No tocante à qualidade, as melhorias foram observadas nas consultas agendadas com médicos/enfermeiros (56,2%), no atendimento às gestantes (56,2%) e às consultas de puericultura (46,9%). Não foi apontada melhoria no apoio institucional.

Em pesquisa<sup>21</sup> realizada com profissionais de saúde, de nível superior/médio, envolvidos na assistência enquanto responsáveis pela coordenação municipal do PMAQ-AB, foram apontadas mudanças após a implantação do programa, sobretudo, na organização do trabalho, em relação aos recursos materiais e infraestrutura da ESF e na organização dos registros.

Neste estudo, chama a atenção o fato de as melhorias apontadas pelos ACS estarem relacionadas com a quantidade e qualidade das consultas agendadas, bem como com o atendimento de gestantes e de consultas de puericultura. Esses resultados podem ter relação com o que foi encontrado por Feitosa

e colaboradores<sup>21</sup>, onde a organização dos registros impactou no atendimento e na diminuição do tempo de espera. Segundo os autores, a utilização de prontuários familiares, um dos requisitos do PMAQ-AB, além de garantir o registro de informações, permitiu o acesso com agilidade às ações das equipes de saúde da família, contribuindo para o planejamento das ações em saúde.

É importante destacar ainda que, apesar de

o cotidiano dos serviços, marcado pela racionalidade do modelo biomédico, influenciar a produção da prática profissional do ACS<sup>9(260)</sup>, a compreensão do ACS como um elemento nuclear para a reorientação da assistência à saúde no País no sentido da atenção integrada passa, necessariamente, pelo entendimento da saúde como um processo social resultante das condições de vida da população<sup>20</sup>.

Tabela 2. Melhorias observadas pelos ACS no acesso e na qualidade da Atenção Básica. Espírito Santo, 2016

Variáveis	N	%
<b>Melhorias no acesso</b>	N=60	
Aumento da quantidade de consultas agendadas	26	43,3
Melhora/ampliação da busca ativa de usuários	21	35,0
Aumento do número de visitas domiciliares	17	28,3
Atendimento da demanda espontânea	14	23,3
Diminuição do tempo de espera às consultas	13	21,7
Ampliação/modificação do horário de atendimento	8	13,3
Aumento do número de medicamentos dispensados	4	6,7
Aumento do número de equipamentos e materiais	-	-
<b>Melhorias na qualidade</b>	N=64	
Em consultas agendadas com médicos e/ou enfermeiros	36	56,2
No atendimento às gestantes	36	56,2
No atendimento às consultas de puericultura	30	46,9
Na visita domiciliar	27	42,2
No processo de trabalho da equipe	23	36,0
Na marcação de consultas	20	31,2
Em consultas agendadas com dentistas	19	29,7
Nos atendimentos a portadores de tuberculose e hanseníase	18	28,1
Na vacinação	17	26,6
No acesso aos prontuários	13	20,3
Na sinalização dos ambientes da unidade	10	15,6
Na dispensação de medicamentos	10	15,6
No agendamento dos usuários às consultas especializadas	10	15,6
No apoio matricial	8	12,5
Nas instalações físicas da unidade	5	7,8
No apoio institucional	-	-

Fonte: Pesquisa 'Caracterização e análise do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e sua percepção sobre a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Espírito Santo', 2017.

## Considerações finais

É evidente a importância da avaliação em uma perspectiva de mudança de lógica de modelo de atenção à saúde, sendo fundamental a inclusão de todos os profissionais de modo participativo, crítico e ativo na condução dessa mudança. Contrariando essa lógica, a participação dos ACS no processo avaliativo proposta pelo PMAQ-AB restringiu-se a ajudar os profissionais de nível superior a responder ao questionário e a localizar documentos (pouco mais da metade), durante a fase de avaliação externa; e cerca de um terço não participou nem mesmo da autoavaliação da equipe.

Ressalta-se aqui o caráter singular do ACS, por ser um profissional exclusivo do Sistema Único de Saúde, assim como a importância e o potencial transformador desse agente na mudança de modelo de atenção. Contudo, sua pouca valorização no processo avaliativo da AB expressa a dificuldade da efetiva inserção desse profissional nas equipes de saúde. Esse fato pode ter comprometido os resultados desta avaliação, uma vez que desconsiderou a vivência do profissional com maior capilaridade na comunidade, que se constitui na razão maior da qualificação do

cuidado. Além disso, a exclusão de parte dos ACS do processo avaliativo da AB pode contribuir para perpetuar sua exclusão, comprometendo o apoio, a implementação e o desenvolvimento de ações básicas voltadas para a comunidade, de forma a expandi-las e a fortalecê-las.

Esses resultados demonstram a necessidade de maiores esforços dos municípios no sentido de desenvolverem estratégias para incentivar a inclusão dos ACS no processo avaliativo, e, conseqüentemente, para melhorar a capacitação do ACS, visando adequar seu nível de apreensão, conhecimento sobre o acesso e qualidade do cuidado na AB, para que ele possa atuar segundo as diretrizes desse sistema e contribuir efetivamente para sua consolidação.

## Colaboradores

Todas as autoras deste manuscrito contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados, bem como para a elaboração do rascunho ou da revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Macinko J, Guanai FC, Fátima M, et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epid. Community Health*. 2006 jan; 60(1):13-19.
2. Dourado L, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in primary health care – sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project IC-SAP-Brazil). *Med Care*. 2011 jun; 49(6):577-584.
3. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, et al. Estratégia de saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 353-371.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica [internet]. Brasília, DF: [sem data definida] [acesso em 2017 jun 4]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>.
5. Kluthcovsky ACG, Takayanagui AMM. O trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Com*. 2006 abr-jun; 2(5):23-29.
6. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis*. 2011; 21(3):899-9161.
7. Costa SM, Araújo FF, Martins LV. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013 jul; 18(7):2147-2156.
8. Mota RA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab. Educ. Saúde*. 2010 out; (2):229-248.
9. Queirós AAL, Lima LPA. Institucionalização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2012 jul-out; 10(2):257-281.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 2017 maio 13]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/general/amaq.pdf>.
11. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Mercado FJ, Bosi MLM, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 207-228.
12. Instituto de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2017 [acesso em 2018 maio 26]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.
13. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2015 out-dez; 39(107):1033-1043.
14. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014 out; 38(esp):124-139.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
16. Tanaka O, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação em Saúde: contribuições para a incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
17. Costa EM, Ferreira DLA. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Trab. Educ. Saúde* 2011 nov; 9(3):461-478.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção

- Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013 [acesso em 2017 maio 13]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_metodologica\\_pmaq.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf).
19. Mota RRA. A avaliação da Atenção Básica e o trabalho dos agentes comunitários de saúde: implantação do PMAQ-AB-AB no Médio Paraíba Fluminense [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015. 184 p.
  20. Morosini MV, Corbo AA, Guimarães CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2007 jul; 5(2):287-310.
  21. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Júnior JOS, et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Soc*. 2016; 25(3):821-829.
  22. Gomes KO, Cotta RM, Cherchiglia ML, et al. A prática do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc*. 2009; 18(4):744-755.

---

Recebido em 18/08/2017

Aprovado em 04/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo. Termo de outorga 052/2015

# Avaliação do desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae) tipo II, 2016

*Performance evaluation of the Specialized Attention Units of Pernambuco (Upae) type II, 2016*

Luciana Bezerra da Silva<sup>1</sup>, Juliana Martins Barbosa da Silva Costa<sup>2</sup>, Monik Silva Duarte<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811806

**RESUMO** Avaliou-se o desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae) tipo II nos municípios de Caruaru, Garanhuns e Petrolina em 2016. As unidades têm recente implantação na rede de saúde e foram criadas como estratégia para expansão da média complexidade que historicamente se apresenta como um vazio assistencial no Estado. Utilizou-se o modelo Balanced Scorecard (BSC), que adota as perspectivas financeira, de processos internos, de aprendizado e crescimento, e do usuário. Para tanto, elaborou-se o modelo lógico das Upae, adaptou-se ao BSC e gerou-se a matriz de medidas e julgamento. Classificou-se o desempenho em excelente ( $\geq 75\%$ ), satisfatório (74-50%), insatisfatório (49-25%) e crítico ( $< 25\%$ ). Identificou-se melhor desempenho na Upae Petrolina (88,2%). Quanto às perspectivas, a do usuário mostrou o maior desempenho (100%), enquanto aprendizado e crescimento apresentou o menor desempenho (65%). Destaca-se que as Upae possuem ferramentas e insumos físicos, humanos e de equipamentos necessários à prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde, necessitando aprimorar alguns indicadores financeiros, de processos internos e aprendizado e crescimento.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação de programas e projetos de saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Assistência ambulatorial.

**ABSTRACT** *The Performance of Specialized Care Units (Upae) type II in the State of Pernambuco, Brazil, was assessed in 2016 as for the cities of Caruaru, Garanhuns and Petrolina. The units have recent been inserted in the health network deployment and were created as a strategy for expansion of medium complexity care, which has historically played a role of care emptiness in the State. The Balanced Scorecard (BSC) model was applied, grounded on its four components of finance, internal processes, learning and growth, and user. For this purpose, the logical model of Upae was created, then adapted to BSC, and followed by de generation of a matrix of measures and assessment. Performance was ranked as excellent ( $\geq 75\%$ ), satisfactory (74-50%), unsatisfactory (49-25%) and critical ( $< 25\%$ ). As for the components, the user showed the highest performance (100%), while learning and growth presented the lowest one (65%). It is worth noting that Upae hold tools and physical, human and equipment resources necessary for the delivery of services to users circumscribed to the Unified Health System, although requiring the improvement of some financial indicators, as those of internal processes and learning and growth.*

**KEYWORDS** Program evaluation. Health services research. Ambulatory care.

<sup>1</sup>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9989-9030>  
[lucianabezerra23@gmail.com](mailto:lucianabezerra23@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5809-4156>  
[julimartins.costa@gmail.com](mailto:julimartins.costa@gmail.com)

<sup>3</sup>Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0093-7082>  
[monik.duarte@yahoo.com.br](mailto:monik.duarte@yahoo.com.br)

## Introdução

Os sistemas de saúde resultam da interação entre fatores históricos, políticos, econômicos e culturais de cada sociedade. Seu conceito compreende análises de vida e saúde de determinada população<sup>1</sup>.

Esses sistemas constituem respostas deliberadamente organizadas às necessidades, demandas e preferências das sociedades, que se mostram, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares<sup>2</sup>.

No Brasil, o conjunto de ações e serviços de saúde constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. O sistema passa a ser reconhecido como um direito de todos, regido pelos princípios da universalidade do acesso, da equidade no atendimento e da integralidade da assistência<sup>3</sup>.

Apesar desses princípios, o SUS ainda possui sistemas fragmentados de atenção à saúde, pois tendem a se organizar por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicáveis uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população<sup>4</sup>.

Com o objetivo de superar esse modelo fragmentado, surge a importância da implantação das Redes de Atenção à Saúde, que são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde e objetivam garantir a integralidade do cuidado. A integração refere-se aos diferentes níveis de atenção, que requer uma gestão agregadora desses níveis e dos diferentes serviços<sup>5</sup>.

No sistema público brasileiro, os níveis de atenção organizam-se em Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção de Média Complexidade (AMC) e Atenção de Alta Complexidade. Para delimitar o campo da atenção especializada, existe um recorte exemplificado pelas áreas da AMC, i.e., serviços médicos ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico, de alta complexidade, ou de diagnose e terapia e atenção hospitalar, e de urgência ou emergência, que se insere e

se articula com todos os níveis de atenção<sup>5</sup>.

A AMC é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico<sup>5</sup>.

É necessário que a política da Atenção Especializada seja qualificada não só em termos de ampliação e otimização de oferta, mas também no que diz respeito ao seu modelo de cuidado e de relação em rede<sup>6</sup>.

Estudo avaliativo de corte transversal realizado no estado de Pernambuco em 2005 identificou que 87,6% dos 591 usuários entrevistados receberam assistência ambulatorial, sendo 73,0% deles usuários do SUS. Os aspectos do atendimento ambulatorial mal avaliado pelos usuários foram o ‘tempo de espera para ser atendidos’ e a ‘disponibilidade de medicamentos’. Dentre os aspectos bem avaliados, destacam-se o ‘respeito à intimidade’ e ‘sigilo das informações pessoais’<sup>7</sup>.

Quando se buscam pesquisas relevantes em AMC, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a APS e com a atenção hospitalar. Nesse sentido, há que se marcar que o campo da média complexidade constitui um gargalo no SUS, caracterizado como vazio assistencial, com organização fragmentada e insuficiência de oferta, o que necessita ser superado para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente<sup>8</sup>.

Esse cenário é visto também em outros estados brasileiros, como foi observado em estudo na cidade de São Paulo, que, apesar de se constituir na maior e principal metrópole brasileira e concentrar importantes serviços de assistência médico-hospitalar do país, teve sua média complexidade avaliada pelos gestores como sendo o ‘gargalo’, o ‘buraco’ ou, ainda, o grande ‘obstáculo’ do SUS<sup>9</sup>.

A partir de identificação de *deficit* de serviços de assistência especializada por meio



de análise de série histórica da produção de serviços *versus* demanda reprimida, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco planejou a implantação das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae), que suprem parte da necessidade de serviços de atenção especializada componentes das redes de atenção das regiões de saúde do estado<sup>10</sup>.

Tal estratégia de ampliação do acesso à atenção especializada e integração à rede também foi criada pelos governos municipais de Belo Horizonte e Florianópolis, que funcionam como referência para as unidades de atenção básica. Além do aumento da oferta, a descentralização da atenção secundária permitiu maior contato entre generalistas e especialistas, bem como garantia do acesso em tempo mais oportuno<sup>11</sup>.

As Upae são unidades ambulatoriais de alta resolubilidade em diagnósticos e orientações terapêuticas para diferentes especialidades médicas e não médicas, bem como para a realização de procedimentos médicos de média complexidade<sup>10</sup>.

Dentre as pesquisas avaliativas, têm ganhado destaque as avaliações de desempenho que possuem foco de interesse nos serviços de saúde por conseguirem maior eficiência nas atividades desenvolvidas. Na avaliação de desempenho das Upae, o modelo destaca-se pela construção metodológica que embasará a escolha das dimensões e serão objeto da avaliação, utilizando-se da clareza sobre os princípios, objetivos e metas que se quer avaliar<sup>12</sup>.

Nesse contexto, utilizou-se o modelo multidimensional Balanced Scorecard (BSC), que traduz a missão e as estratégias de organizações em um conjunto abrangente de medidas de desempenho e mantém ênfase na consecução de objetivos financeiros, além de incluir os fatores de desempenho desses objetivos. O *scorecard* de avaliação mede o desempenho organizacional em quatro perspectivas: financeiros, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento<sup>13</sup>.

Considerando a recente implantação das Upae e os estudos de avaliação para melhoria dos serviços e sistemas de saúde, este estudo avaliou as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada com o objetivo de determinar seus níveis de desempenho segundo o preconizado pelo BSC.

## Métodos

Realizou-se pesquisa avaliativa do desempenho das Upae tipo II no ano de 2016. O estudo compreendeu três Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada tipo II que prestam consultas médicas especializadas e não médicas, exames diagnósticos, e cirurgias ambulatoriais de pequeno porte. São gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e estão localizadas nos municípios de Caruaru, Garanhuns e Petrolina do Estado de Pernambuco, e possuem população estimada de, respectivamente, 361.686, 137.810 e 337.683 habitantes em 2016, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Elaborou-se o modelo lógico do funcionamento das Upae, conforme *quadro 1*, com base em documentos oficiais que regulam e normatizam essas unidades, utilizando-se o Manual de Diretrizes para Implantação das Upae<sup>10</sup>, os contratos de gestão de cada serviço<sup>14-16</sup>, além dos documentos oficiais sobre AMC<sup>17-19</sup>. Identificaram-se os insumos; os componentes Gestão, Regulação e Assistência à Saúde; sub componentes; processos; e resultados esperados. Posteriormente, foi submetido à consulta a especialistas, sendo três técnicos, cinco gestores e dois pesquisadores, com intuito de opinarem sobre a completude e relação causal de seus elementos, o que ocorreu em duas etapas. Na primeira, o modelo foi enviado por meio eletrônico aos especialistas para que fornecessem suas sugestões, as quais, na segunda etapa, foram consolidadas e debatidas em uma oficina presencial.

Quadro 1. Modelo lógico das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada

Componentes	Insumos	Subcomponente	Atividade	Produto	Resultado	Impacto
Gestão	Recursos humanos Equipamentos Insumos Material de Expediente Espaço físico	Recursos financeiros	Execução financeira dos recursos repassados pela SES e MS. Execução financeira dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde (MS) para a Organização Social (OS) que administra a Upae	% de Recursos financeiros do MS repassados à SES-PE com destino à OS que administra a Upae para execução das metas contratuais	Upae Estruturada com recursos necessários à execução das ações	
			Execução financeira dos recursos repassados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) para OS que administra a Upae	% de Recursos financeiros da SES repassados à OS que administra a Upae para execução das metas contratuais		
		Planejamento	Planejamento das ações para levantamento das demandas reprimidas em consultas médicas, exames e cirurgias ambulatoriais através das necessidades da região	Levantamento das demandas reprimidas	Upae com ações planejadas e articuladas com os gestores	
			Realização de reuniões para o processo de pactuação das especialidades, de acordo com a necessidade, e de metas contratuais	% reuniões realizadas para o processo de pactuação das necessidades e metas contratuais		
		Monitoramento e Avaliação	Monitoramento por meio de visita in loco às unidades com avaliação das ações para cumprimento das metas contratuais	Nº de visitas de monitoramento realizadas	Upae monitorada e funcionando de forma qualificada e adequada em cumprimento às metas	
			Realização de reuniões trimestrais para monitoramento das metas contratuais	Nº de reuniões trimestrais realizadas para a avaliação das metas contratuais da unidade		
			Confecção de relatório trimestral com avaliação das ações e cumprimento das metas contratuais da unidade	Nº de relatórios trimestrais realizados		
		Integração das Ações	Realização de reuniões em conjunto com a atenção básica para desenvolvimento do plano de ação para acesso e referência às Upae	Nº de reuniões realizadas com a atenção básica para desenvolvimento do plano de ações da Upae	Upae integrada aos demais níveis de atenção.	
			Realização de reuniões com as Regiões de Saúde e Regulação para o desenvolvimento de plano de ação de acesso às Upae	Nº de reuniões realizadas com as Regiões de Saúde e Regulação para desenvolvimento do plano de ações da Upae		
			Nº de reuniões com as OS para desenvolvimento de plano de execução das ações da Upae	Nº de reuniões realizadas com as OS para desenvolvimento do plano de ações da Upae		
		Gerenciamento das informações	Adoção de diretrizes, protocolo, fluxos e prazos para o envio dos dados assistenciais e financeiros pelas Upae ao nível central	Diretrizes, protocolos, fluxos e prazos adotados	Upae com informações analisadas e qualificadas	
			Envio mensal do banco de dados para o nível central	Nº de banco de dados enviados ao nível central		
Análise e consolidação dos dados provenientes das Upae	Nº de dados consolidados e analisados pelo nível central					
Educação Permanente	Capacitação para os gestores da Upae	Nº de capacitações para gestores realizados	Upae com gestores e profissionais capacitados e com conhecimento das rotinas, protocolos e fluxo da unidade			
	Capacitação para os profissionais das Upae	Nº de profissionais capacitados				
	Conhecimento dos profissionais das rotinas, protocolos e fluxos da Upae	Profissionais conhecedores das rotinas, protocolos e fluxos da Upae				
	Conhecimento dos profissionais da visão e missão das ações da Upae	Profissionais conhecedores da visão, missão e ações da Upae				

Aumentar a efetividade e a eficiência das ações da Upae

Quadro 1. (cont.)

Regulação e Assistência à Saúde	Recursos humanos Equipamentos Insumos Material de Expediente Espaço físico	Regulação	Disponibilidade de cotas da 1ª consulta por município da Região de Abrangência	% consultas especializadas disponibilizadas	Upae regulada e com Garantia da disponibilidade e marcação de consultas, exames e cirurgias especializadas
			Realização de marcação e regulação das consultas especializadas na Upae	% consultas especializadas reguladas e marcadas	
		Atendimento Especializado	Realização de consultas médicas especializadas Realização de consultas não médicas especializadas Realização de sessões de fisioterapia Realização de cirurgias ambulatoriais	% consultas médicas especializadas realizadas % consultas não médicas especializadas realizadas % sessões de fisioterapia realizadas % cirurgias ambulatoriais realizadas	
Satisfação do Usuário		Avaliação da satisfação dos usuários por meio de aplicação de questionário Consolidação e análise do questionário da satisfação aplicado aos usuários da Upae	% questionários de pesquisa de satisfação dos usuários aplicados Informações da satisfação dos usuários consolidadas e analisadas	Upae com informação qualificada do serviço prestado aos usuários	

Aumentar a efetividade e a eficiência das ações da Upae

A partir do modelo lógico, analisaram-se e adaptaram-se as perspectivas propostas pelo BSC aos objetivos do estudo, extraíndo o que

cada indicador melhor representasse em relação às perspectivas do modelo (figura 1).

Figura 1. Adaptação das perspectivas propostas pelo Balanced Scorecard



Fonte: Elaboração própria.

A partir do modelo adaptado, elaborou-se a Matriz de Análise e Julgamento composta pelos indicadores, parâmetros, pontuação esperada e fonte de verificação. A pontuação máxima para a matriz foi 100 pontos, distribuídos com pesos diferentes segundo o grau de importância de cada perspectiva, sendo atribuído maior peso aos processos internos (40 pontos) e menor peso (20 pontos) para financeira, aprendizado e crescimento, e usuário.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2017, durante a qual levantaram-se dados secundários por meio dos bancos de dados enviados pelas Upae ao nível central da Secretaria Estadual de Saúde (SES); da análise dos relatórios das avaliações trimestrais das unidades; e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS. Realizaram-se entrevistas com os informantes-chave nas pessoas do Diretor da Gerência Geral que monitora as Upae, técnicos que avaliam os contratos de gestão dessas unidades, e com o coordenador geral de cada Upae utilizando-se questionário estruturado elaborado a partir da matriz de análise e julgamento.

Os dados foram consolidados em planilhas Excel, analisados e julgados conforme os parâmetros estabelecidos na matriz de medidas e julgamento. Comparou-se o resultado de cada indicador com o parâmetro estabelecido. A partir da pontuação obtida por indicador, calculou-se o desempenho global de cada Upae e de cada perspectiva do

modelo utilizando o cálculo de uma regra de três simples:

$$\frac{\Sigma \text{pontuação obtida}}{\Sigma \text{pontuação máxima}} \times 100.$$

Classificou-se o desempenho como: excelente ( $\geq 75\%$ ); satisfatório (74-50%); insatisfatório (49-25%); e crítico ( $< 25\%$ ).

O estudo foi elaborado em consonância com os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip), sob o registro CAAE: 64188617.0.0000.5201.

## Resultados

A avaliação de desempenho a partir do BSC identificou desempenho considerado excelente para a Upae Petrolina, com 88,2%. Essa unidade apresentou melhor desempenho em duas das quatro perspectivas avaliadas: financeiro e aprendizado e crescimento. Por outro lado, a Upae Caruaru apresentou o menor desempenho, com um total 79,5%, após a Upae de Garanhuns, com 80,5%.

Destaca-se o fato que todas as Upae apresentaram desempenho classificado como excelente (*tabela 1*).

Tabela 1. Avaliação do desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada tipo II, Pernambuco, 2016

Perspectiva	Critério	Indicador	Upae Caruaru		Upae Garanhuns		Upae Petrolina		Média	%
			Pont	%	Pont	%	Pont	%		
Financeira	Recursos financeiros	% de Recursos financeiros anuais do MS repassados à SES-PE para repasse à OS que administra a Upae	0	0%	3	60%	5	100%	14,6	71,5%
		% de Recursos financeiros anuais da SES repassados à Os que administra a Upae	3	60%	3	60%	3	60%		
		Repasso realizado na data do cronograma previsto em contrato	0,5	25%	1	50%	0,5	25%		
		% Faturamento mensal	5	100%	5	100%	5	100%		
		% Glosas dos procedimentos realizados	3	100%	3	100%	3	100%		
		<b>Total</b>	<b>11,5</b>	<b>57,5%</b>	<b>15</b>	<b>75%</b>	<b>16,5</b>	<b>82,5%</b>		
Processos internos	Monitoramento e avaliação	Visitas in loco realizadas nas unidades	0,5	50%	0,5	50%	0,5	50%	35,4	88,5%
		Nº de reuniões realizadas para a avaliação das metas contratuais da unidade	1	50%	0	0%	0	0%		
		Nº de relatórios trimestrais realizados	2	100%	2	100%	2	100%		
	Gerenciamento das informações	Adoção de diretrizes, protocolos, fluxos e prazos para orientação do envio dos dados ao nível central	1	100%	1	100%	1	100%		
		Envio mensal pela Upae do banco de dados para o nível central	2	100%	2	100%	2	100%		
		Análise mensal de dados consolidados pelo nível central	2	100%	2	100%	2	100%		
	Estrutura física	Nº de consultórios disponíveis de acordo com contrato	0,5	100%	0,5	100%	0,2	40%		
		Existência de setor de diagnóstico com sala de espera e exames	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de sala de Raio-x	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de sala de fisioterapia	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de bloco cirúrgico com sala de pequeno ou médio porte	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Nº de leitos na sala de internação de curta duração de acordo com contrato	0,5	100%	0,5	100%	0	0%		
		Existência de sala de apoio técnico e logístico	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de laboratório	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de sala de administração	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de refeitório	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Nº de coordenadores disponíveis na Upae	0,5	50%	1	100%	1	100%		
		% de Médicos para atendimento ambulatorial disponível de acordo com especialidades do contrato	2	100%	2	100%	2	100%		
		Nº de profissionais não médicos: Serviço social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, e terapeuta ocupacional	2	100%	2	100%	2	100%		

Tabela 1. (cont.)

Processos internos	Atendimento especializado	% Atendimento ambulatorial por médico/média mensal realizado conforme meta contratual	3	60%	3	60%	3	60%		
		% Atendimento ambulatorial por não médico/média mensal realizado conforme meta contratual	5	100%	5	100%	5	100%		
		% Atendimento ambulatorial de reabilitação por média mensal, realizado conforme meta contratual	5	100%	5	100%	5	100%		
		% Cirurgias ambulatoriais por média mensal, realizado conforme meta contratual	5	100%	5	100%	5	100%		
		<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>90%</b>	<b>35,5</b>	<b>88,7%</b>	<b>34,7</b>	<b>86,7%</b>		
Aprendizado e crescimento	Educação permanente	Nº de capacitações ou cursos oferecidos aos gestores	0	0%	0	0%	3	50%	13	65%
		Nº de capacitações ou cursos oferecidos aos profissionais da Upae	6	100%	6	100%	6	100%		
		% Coordenadores da Upae com especialização na área de saúde pública	2	50%	0	0%	4	100%		
		Profissionais da Upae conhecedor das rotinas, protocolos e fluxos da Upae	2	100%	2	100%	2	100%		
		Profissionais conhecedor da visão, missão e ações da Upae	2	100%	2	100%	2	100%		
		<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>60%</b>	<b>10</b>	<b>50%</b>	<b>17</b>	<b>85%</b>		
Cliente	Satisfação do usuário	Realização de pesquisa de satisfação por meio de aplicação de questionário	3	100%	3	100%	3	100%	20	100%
		Envio da pesquisa de satisfação ao nível central	2	100%	2	100%	2	100%		
		Índice de satisfação do usuário em Excelente ou Bom	5	100%	5	100%	5	100%		
		% de resolução de queixas recebidas	10	100%	10	100%	10	100%		
		<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>		
<b>Total desempenho</b>			<b>79,5</b>	<b>79,5%</b>	<b>80,5</b>	<b>80,5%</b>	<b>88,2</b>	<b>88,2%</b>		

Desempenho excelente:  $\geq 75\%$ ; Desempenho satisfatório: 74-50%; Desempenho insatisfatório: 49-25%; Desempenho crítico:  $< 25\%$ .

A perspectiva financeira teve como principais indicadores os recursos financeiros repassados para as unidades e as datas de repasse de acordo com o cronograma, obtendo desempenho considerado satisfatório (71,5%). A Upae que obteve menor pontuação nessa perspectiva foi a Upae Caruaru com 57,5%, desempenho considerado satisfatório, seguida da Upae Garanhuns (75,0%) e Upae Petrolina (82,5%), ambas com desempenho considerado excelente (tabela 1).

O desempenho dos processos internos foi classificado como excelente (88,5%). A Upae que obteve melhor desempenho neste quesito foi a Upae Caruaru (90,0%), seguida das Upae Garanhuns (88,7%) e Petrolina (86,7%), todos classificados com desempenho excelente (tabela 1). Como principais indicadores avaliados, listam-se o monitoramento nas unidades por meio das visitas e número de reuniões; as estruturas físicas e leitos existentes; a quantidade de

profissionais médicos e não médicos; e os percentuais de atendimento.

Quanto a aprendizado e crescimento, destacaram-se como principais indicadores as capacitações oferecidas aos profissionais e seu conhecimento sobre as normas, rotinas, missão e visão das unidades. Seu desempenho foi classificado como satisfatório (65,0%). A Upae Petrolina atingiu desempenho excelente (85,0%), enquanto as Upae Caruaru e Garanhuns atingiram desempenho satisfatório, com 60,0% e 50,0%, respectivamente (*tabela 1*).

Por fim, a perspectiva usuário apresentou desempenho excelente (100%) quando utilizados os indicadores de pesquisa de satisfação do usuário e o percentual da resolução das queixas. Nessa perspectiva, todas as Upae obtiveram o mesmo desempenho excelente (100%) (*tabela 1*).

## Discussão

O desempenho das unidades de atendimento especializado tipo II no Estado de Pernambuco foi considerado excelente, de acordo com as quatro perspectivas avaliadas. Tais unidades são gerenciadas por Organizações Sociais e contêm particularidades, evidenciando as diferenças organizacionais de cada uma, apesar de todas serem objeto de contrato de gestão de igual padrão e regras definidas para o desempenho de suas atividades.

O modelo aqui proposto para a avaliação de desempenho das Upae inova ao trazer ferramenta de avaliação para esse novo serviço de atendimento do SUS, uma vez que incorpora critérios que se complementam e buscam um equilíbrio explicativo entre as perspectivas, apresentando indicadores que procuram responder a um modelo multidimensional. Estudos de Matitz<sup>20</sup> e Costa<sup>21</sup> demonstraram que apesar da preferência pelo uso de indicadores e modelos unidimensionais de desempenho em pesquisas

brasileiras, o uso de modelos multidimensionais constitui um avanço ao incluir categorias de análise relacionadas aos padrões de atribuição e de interação causal.

Klassen<sup>22</sup>, em sua revisão sistemática sobre os modelos para medição e melhoria do desempenho de sistemas de saúde, educação e serviços sociais, identificou o BSC como o modelo multidimensional mais frequentemente utilizado. Essas pesquisas revelam o favorecimento da aplicação do modelo multidimensional BSC no Estado de Pernambuco para avaliar unidades de saúde com o intuito de fortalecer as práticas e tornar-se um instrumento robusto de discussão, integração e disseminação de informações.

Apesar dos atrasos e da não completude dos repasses de recursos identificados na perspectiva financeira, não ocorreu redução no número de atendimentos especializados, redução no faturamento, problemas na estrutura física nem aumento nos índices de insatisfação dos usuários. Esses resultados estão em consonância com estudo realizado por Carvalho<sup>23</sup>, em unidade hospitalar da cidade de São Paulo, no qual não houve ênfase na perspectiva financeira nem associação com as ações que dependiam da parte financeira. Ao avaliar o desempenho das Regionais de Saúde, Paschoalotto<sup>24</sup> também revelou a não correlação entre financiamento e qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Por outro lado, Ceretta<sup>25</sup> identificou redução no indicador 'índice de satisfação dos colaboradores' devido ao atraso do SUS no pagamento de faturas do hospital, causando insegurança e descontentamento.

A avaliação mostrou um bom desempenho do gerenciamento das informações, estrutura física e recursos humanos, quando analisados os indicadores de processos internos, enquanto pontuações menores foram atribuídas aos critérios de monitoramento e avaliação e atendimento especializado.

O monitoramento é considerado um acompanhamento sistemático e contínuo de informações relevantes que auxilia o



processo de tomada de decisão. É um instrumento de apoio à gestão que orienta e permite que as ações possam ser implantadas e continuamente avaliadas<sup>26</sup>.

A não realização das avaliações trimestrais está diretamente relacionada ao desempenho da unidade e influencia as demais componentes, uma vez que as reuniões são relevantes para se avaliarem as necessidades e dificuldades encontradas por ambas as partes no cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão. Esse tema foi também elemento de maior destaque no estudo de Erdmann<sup>27</sup>, que descreveu a prática de gestão por meio do processo de planejamento das ações dos serviços em conjunto com as diretorias do nível central visando à melhoria contínua.

Quanto ao atendimento especializado, houve menor pontuação no percentual de atendimento médico. Essa é bastante discutida no estudo de Erdmann<sup>27</sup>, que identifica dificuldades no componente assistencial referindo-se à direção das interações e articulações entre a atenção básica e a atenção secundária. A falta de resolutividade da atenção básica, a existência de demanda reprimida, a restrição de acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência e a não implementação de linhas de cuidado são limitações de um serviço em rede, comprometendo o seu funcionamento. Esse ponto também foi destacado em Magalhães<sup>6</sup>, quando afirma que, na atenção especializada, é fundamental que sejam implantados dispositivos tais como análise por territórios e regionalização; referência e apoio matricial às Unidades Básicas de Saúde vinculadas; decisão e gestão compartilhada com a atenção básica; e equipes incumbidas de monitorar e gerir o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado.

Nos cinco indicadores relacionados à aprendizagem e crescimento, dois relacionados à qualificação profissional dos gestores tiveram desempenho crítico. O incentivo e

a oportunidade dados aos gestores na participação de treinamentos que melhorem o desempenho do cargo que ocupam, visando ao desenvolvimento profissional, não foram percebido pelo profissional da instituição durante as entrevistas realizadas. Para Scalco<sup>28</sup>, é necessário oferecer cursos, aperfeiçoamentos e capacitações para o bom desempenho profissional de seus trabalhadores, e são indispensáveis para a motivação dos profissionais e para a manutenção da qualidade dos serviços.

Ao analisar os indicadores relacionados aos usuários, utilizaram-se informações que medem os índices de satisfação dos usuários com todas as atividades realizadas nas unidades. De acordo com os relatórios analisados, todos os indicadores relacionados aos usuários receberam pontuações máximas, ganhando destaque o resultado de 100% para as resoluções de queixas em todas as unidades e os elevados índices de satisfação dos usuários que medem o atendimento geral das Upae como excelente ou bom.

Tal resultado também foi encontrado nos estudos de Fréz et al.<sup>29</sup>, que estudaram a satisfação dos usuários de serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública, identificando que, em todas as questões e dimensões, os usuários caracterizaram satisfação com o serviço como ótima; e no de Franco et al.<sup>30</sup>, onde se avaliou a satisfação nos atendimentos dos usuários do ambulatório de pediatria, constatando grau elevado de satisfação relatado pelos responsáveis dos pacientes, com 93,2% de usuários satisfeitos.

Para Esperidião et al.<sup>31</sup>, as avaliações de satisfação de usuário de serviços públicos podem representar um importante meio para contornar essa questão ao atuar como instrumentos que dão voz aos usuários. Desse modo, permitem aos usuários oportunidades de expressão que podem monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social. Cabe ressaltar que, além do

indicador de satisfação do usuário utilizado neste estudo, é importante que se incorporem outros indicadores de captação determinantes de uma melhor ou pior avaliação do usuário.

Neste estudo, destacaram-se como potencialidades das Upae o bom desempenho sob a perspectiva do usuário, que envolve a qualidade no serviço com foco no atendimento qualificado e personalizado no paciente. Dentre os indicadores financeiros, sobressaíram-se o elevado faturamento mensal e o baixo percentual de glosas dos procedimentos, resultando em ações efetivas das unidades no preenchimento e alimentação das informações nos sistemas do SUS. O empenho na realização de capacitações oferecidas aos profissionais também foi razão de destaque.

No que se refere às fragilidades, ressaltam-se os atrasos nos repasses financeiros às unidades, o absenteísmo das consultas médicas, afetando o atingimento das metas de produção, e o distanciamento do nível central na participação de reuniões e visitas técnicas. É importante refletir sobre todos os pontos analisados, em especial a baixa pontuação, de forma a reverter as deficiências encontradas.

Como limitações do estudo, observam-se a utilização de informações secundárias, a exemplo dos indicadores de satisfação dos usuários, colhidos diretamente pela unidade; a realização da pesquisa apenas nas Upae tipo II, escolhidas por realizarem, além de consultas e exames, procedimentos cirúrgicos de pequeno porte; e a dificuldade de adaptação do modelo de avaliação do BSC à realidade dessas unidades.

## Conclusões

As unidades Pernambucanas de Atenção especializadas podem ser entendidas como unidades ambulatoriais, de média complexidade, com serviço especializado no âmbito do SUS, que têm o objetivo de fortalecer a rede.

Por meio dos resultados obtidos, percebe-se que as Upae possuem ferramentas e insumos físicos, humanos e de equipamentos necessários à prestação de serviços aos usuários do SUS segundo as necessidades da região, precisando aprimorar alguns indicadores financeiros e de aprendizado e crescimento. Tal fato corrobora a literatura disponível sobre o modelo BSC, que, de forma dinâmica, proporciona interações entre as quatro perspectivas propostas pelo modelo.

Considerando as especificidades e peculiaridades dessas unidades, a ferramenta de avaliação utilizada como forma de solucionar dificuldades sem perda do nível de qualidade na prestação de serviços poderá ser adotada pela gestão nos serviços que prestam cuidados de saúde. A metodologia aqui utilizada para avaliar o grau de desempenho utilizando o modelo BSC poderá servir de referência para o desenvolvimento de outros trabalhos. Avaliar o desempenho dessas unidades é tarefa recente por se tratar de novo dispositivo de saúde no estado de Pernambuco.

Por fim, salienta-se a necessidade da análise integrada do conjunto dos indicadores para avaliar o desempenho da gestão das Upae. O mau desempenho de uma perspectiva pode afetar todo o sistema.

## Colaboradores

Silva LB contribuiu para a elaboração do trabalho, aprovação final da versão a ser publicada e acordo para prestar contas de todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho fossem devidamente investigadas e resolvidas. Costa JMBS e Duarte MS contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento; contribuíram significativamente para elaboração crítica do conteúdo; e participaram da aprovação final do manuscrito. ■

## Referências

1. Nigro SD, Fortes S. Sistemas de Saúde: Trajetórias e Dinâmicas. In: Fortes CA, Ribeiro H. Saúde Global. 1. ed. Barueri: Manole; 2014. p. 71-85.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde. Brasília, DF: CONASS; 2010.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: OPAS; 2011.
5. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato S, et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
6. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia. *Divulg Saúde Debate*. 2014 out; 51:14-29.
7. Gouveia CG, Souza WV, Luna CF, et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(3):1849-1861.
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília, DF: CONASS; 2016.
9. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010; 20(3):953-972.
10. Pernambuco. Lei nº 14.928, de 22 de março de 2013. Estabelece normas de cofinanciamento de custeio e de manutenção das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPAE, no âmbito do Estado de Pernambuco. Diário Oficial do Estado. 23 Mar 2013.
11. 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):268-298.
12. Viacava F, Almeida C, Caetano R, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2004; 9(3):711-724.
13. Kaplan RS, Norton DP. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston: HBS; 1996.
14. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Contrato de Gestão nº 001/2013 que entre si celebram o estado de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde – SES e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira qualificado como Organização Social, para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na unidade de pronto atendimento e da atenção especializada de Petrolina, 2013.
15. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Contrato de Gestão nº 003/2013 que entre si celebram o estado de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde – SES e a Fundação Altino Ventura qualificado como Organização Social, para gerenciamento, operacionalização e executar ações e serviços de saúde na unidade pernambucana de atenção especializada, no município de Caruaru, 2013.
16. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Contrato de Gestão nº 004/2013 que entre si celebram o estado de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde – SES e a Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar como Organização Social, para gerenciamento, operacionalização e executar ações e serviços de saúde

- na unidade pernambucana de atenção especializada – UPAE, no município de Garanhuns, 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 13 Jun 2002.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 Dez 2010.
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. 2 Abr 2014.
  20. Matitz QRS, Bulgacov S. O conceito Desempenho em Estudos Organizacionais e Estratégia: um Modelo de Análise Multidimensional. *Rev Adm Contemp.* 2011; 15(4):580-607.
  21. Costa JMBS, Silva VL, Samico IC, et al. Desempenho de Intervenções de Saúde em Países da América Latina: uma revisão sistemática. *Saúde debate.* 2015 dez; 39(esp):307-319.
  22. Klassen A, Miller A, Anderson N, et al. Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a Systematic review. *Int. J. Qual.* 2009; 22(1):44-69.
  23. Carvalho FM, Dias LNS, Prochinick V. A utilização do Balanced Scorecard em hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho. In: IX Congresso Internacional de Custos. Florianópolis; 2005.
  24. Paschoalotto MAC, Passador JL, Oliveira LR, et al. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. *Saúde Soc.* 2018; 27(1):80-93.
  25. Ceretta PS, Quadros CJ. Implementação do Balanced Scorecard: um caso prático. *Rev Eletron Adm.* 2003; 9(4):1-18.
  26. Costa JMBS, Felisberto E, Bezerra LCA, et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(5):1201-1216.
  27. Erdmann L, Andrade SR, Mello ALSF, et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Lat Am Enferm* 2013; 21(esp):131-139.
  28. Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCC. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(3):603-614.
  29. Fréz AR, Nobre MIRS. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. *Fisioter Mov.* 2011; 24(3):419-428.
  30. Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(1):61-70.
  31. Esperidião M. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(sup):303-312.

---

Recebido em 13/04/2018  
Aprovado em 25/07/2018  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Satisfação dos usuários assistidos em quatro centros regionais de especialidades odontológicas do Ceará, Brasil

*Satisfaction of users assisted in four regional dental specialties centers of Ceará, Brazil*

Ermano Batista da Costa<sup>1</sup>, Joana Danielle Brandão Carneiro<sup>2</sup>, Arlete Maria Gomes Oliveira<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811807

**RESUMO** Objetivou-se avaliar a satisfação de usuários assistidos em Centros Regionais de Especialidades Odontológicas (CEO-R) do Ceará, Brasil. Estudo analítico descritivo transversal. Foram entrevistados 518 usuários, baseado no número de atendimento por dia (136), utilizando-se como instrumento de pesquisa o Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB). Os dados foram analisados pelo teste Qui-quadrado de Pearson, comparando os resultados entre os CEO. Prevaleram: sexo feminino (67,8%), baixa escolaridade (67,8%) e renda (63,9%). Em relação à acessibilidade, apenas o tempo de espera na recepção (83,5%) foi considerado positivo, com destaque desfavorável à especialidade ortodontia no tempo para obter uma vaga. As demais dimensões analisadas tiveram avaliação positiva pelo estudo. Relacionando-se as unidades de serviço pesquisadas, houve diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ) na satisfação dos usuários para a maioria das dimensões analisadas, com exceção do ‘auxílio de terceiros’ e da ‘resolutividade/satisfação com o tratamento odontológico’ ( $p > 0,05$ ). Concluiu-se que o nível de satisfação dos usuários participantes foi positivo, sendo a acessibilidade um problema impactante no sistema, devendo ser repensada no intuito de diminuir as eventuais insatisfações dos usuários.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde. Saúde bucal. Atenção secundária à saúde.

**ABSTRACT** *The objective of this research was to evaluate the satisfaction of users assisted in Regional Dental Specialties Centers (CEO-R) of Ceará, Brazil. It is a descriptive cross-sectional study. In those establishments, 518 users were interviewed, using the Oral Health Services Quality Assessment Questionnaire (QASSaB) as a research tool. The data collected were analyzed by Pearson's Chi-square test. Prevalence: female (67.8%), low schooling (67.8%) and income (63.9%). Regarding accessibility issues, only the waiting time at reception (83.5%) was considered positive, with unfavorable highlight to the specialty orthodontics in the time to obtain a vacancy. The other dimensions analyzed were positively evaluated by the study. Relating the service units surveyed, there were statistically significant differences ( $p < 0.05$ ) in the satisfaction of users for most of the dimensions analyzed, except for the ‘third-party aid’ questionnaire and the ‘resolution/satisfaction’ with dental treatment ( $p > 0.05$ ). It was concluded that the level of satisfaction of the users participating in the research was generally positive, with accessibility being an impacting problem in the system, which should be rethought in order to reduce any dissatisfaction among users who require the specialized dental service of the regional network health care.*

**KEYWORDS** Health evaluation. Oral health. Secondary care.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8402-5955>  
[ermanobatista@hotmail.com](mailto:ermanobatista@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3629-8091>  
[joanadani9@gmail.com](mailto:joanadani9@gmail.com)

<sup>3</sup>Faculdade São Leopoldo Mandic – Campinas (SP), Brasil. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) – Campinas (SP), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3247-2486>  
[arlete.maria@yahoo.com.br](mailto:arlete.maria@yahoo.com.br)



## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para diminuir a fragmentação dos serviços em saúde, entre outros objetivos, e tem o constante desafio de oferecer atenção integral e continuada<sup>1,2</sup>. Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), novos princípios norteadores passaram a orientar o desenvolvimento das ações em saúde bucal na rede de atenção à saúde, com a ampliação e qualificação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>3</sup> e a partir da inserção da atenção especializada no eixo do cuidado integral em saúde bucal, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)<sup>4-6</sup>. Os CEO foram inseridos para contribuir para a resolutividade<sup>4</sup> e para a integralidade do cuidado, devendo realizar, no mínimo, atividades de diagnósticos, cirurgia, periodontia, endodontia e atendimento a Portadores de Necessidades Especiais (PNE)<sup>7</sup>.

Na construção de indicadores nos serviços de saúde bucal brasileiros, havia carência de informações qualitativas e quantitativas, especialmente devido à ausência de uma 'cultura' institucionalizada de avaliação dos serviços, que também perpassa pela necessidade de planejamento das ações de saúde, seja no âmbito do cuidado, seja no campo da gestão; assim, o desenvolvimento do processo de avaliação passou a ser impactado<sup>8,9</sup>. Estrategicamente, o Ministério da Saúde colocou a avaliação da atenção secundária em saúde bucal como prioridade<sup>10</sup> e direcionou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) aos CEO, que incorporaram a autoavaliação na rotina do processo de trabalho das equipes<sup>11,12</sup>. Entretanto, estudos de avaliação da atenção secundária precisam ser realizados com cautela para que possíveis vieses de seleção positiva, bem como acentuação da positividade das respostas, não aconteçam, a exemplo do que ocorreu no PMAQ Atenção Básica<sup>13</sup>.

Um importante componente passou a integrar o processo de avaliação em saúde: o

usuário do SUS, por intermédio do seu nível de satisfação. A avaliação centrada no usuário é evidenciada nas frustrações e expectativas de utilização dos serviços necessitados, culminando, por vezes, em responsividade ou subjetividade, a qual precisa ser relativizada<sup>14,15</sup>. Contudo, o monitoramento das ações de saúde é um pilar importante para o sistema de saúde conseguir entender como a integralidade da atenção ao usuário é ofertada, sendo essencial reconhecer as necessidades da população e oferecer os recursos para respondê-las<sup>8,9</sup>. Assim, a utilização dos serviços é resultante da interação do comportamento dos usuários que procuram os cuidados e dos profissionais que os conduzem, e está intimamente relacionada aos fatores de acesso e acessibilidade<sup>6</sup>.

A compreensão da forma de organização dos serviços em saúde bucal remete à análise do contexto histórico que determinou a situação vigente, visando ao reordenamento e à qualificação do sistema<sup>9</sup>. Nesse sentido, em 1964, já existia, no estado do Ceará, o atendimento voltado para as especialidades odontológicas na capital, Fortaleza<sup>16</sup>. Antes mesmo da PNSB, o ainda denominado 'CEO Centro' começou a atender na lógica de referência<sup>17</sup>. Com o advento dos CEO Regionais (CEO-R) cearenses, todos do tipo III, a desmobilização dos centros municipais ocorreu<sup>17-19</sup>. O estado tem adotado um modelo fundamentado em consórcios de saúde na sua política de regionalização, em que o governo custeia 40% na aquisição de equipamentos, e as vagas são distribuídas em uma Programação Pactuada Consorciada (PPC) entre os municípios e a Coordenadoria Regional da Saúde<sup>6,19</sup>.

O Ceará é um estado que busca seguir as diretrizes doutrinárias e organizativas do SUS, estruturando e qualificando sua rede de atenção à saúde, para melhor ofertar o cuidado ao usuário, razão da existência de um serviço de saúde. O estado possui 22 CEO<sup>20</sup>, e os usuários que são atendidos nesses locais sempre destacam positivamente a satisfação e assistência prestada pelos profissionais para com eles. Diante desses aspectos, buscou-se avaliar



a satisfação de usuários assistidos em Centros Regionais de Especialidades Odontológicas (CEO-R) do Ceará, a partir do estudo do grau de satisfação dos usuários assistidos, utilizando dimensões de qualidade que analisam a representatividade desses estabelecimentos, observando se existem explicações sobre as suas diferenças.

## Métodos

Estudo observacional, transversal, analítico-descriptivo e de natureza quantitativa foi realizado em quatro CEO-R do estado do Ceará, localizados nos municípios de Juazeiro do Norte (o maior dos CEO-R), Iguatu (o mais recente CEO-R inaugurado), Crateús (indiferente aos demais) e Ubajara (o primeiro CEO-R implantado no estado). A escolha dos respectivos centros regionais se deu de maneira intencional, por situarem-se na rota de moradia e de trabalho do pesquisador responsável pela coleta de dados.

As características dos locais são descritas para melhor entender os arcações do estudo. O CEO-R de Juazeiro do Norte atende aos municípios de Barbalha, Caririçu, Granjeiro, Jardim, Missão Velha e Juazeiro do Norte, englobando uma população de 412.620 habitantes. O CEO-R Iguatu abrange uma área de 315.459 moradores de Iguatu, Acopiara, Cariús, Irapuan Pinheiro, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Quixelô e Saboeiro. O CEO-R Crateús presta serviço aos municípios de Crateús, Independência, Ararendá, Ipaporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis e Tamboril, totalizando 295.565 habitantes. O CEO-R Ubajara presta assistência a Croatá, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, São Benedito, Ubajara e Viçosa do Ceará, abrangendo uma população de 306.828 habitantes<sup>20</sup>.

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, os CEO-R de maior porte realizam 136 atendimentos por dia<sup>20</sup>. Assim, a estimativa da amostra foi obtida baseada nesse

número de atendimentos<sup>21</sup>, por meio do seguinte direcionamento: erro amostral adotado de 2% e nível de confiança de 95%, segundo a fórmula utilizada por Santos<sup>21</sup>. Para compensar as perdas, foi acrescentada à amostra 10% de entrevistados, chegando-se a um total de 518 usuários participantes da pesquisa.

Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2015, e o instrumento de pesquisa utilizado foi o Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (Questionnaire for Quality Evaluation of Oral Health – QASSaB), validado para utilização em serviços de saúde brasileiros<sup>22</sup>. O Questionário contempla 11 questões distribuídas em 7 dimensões: relações humanas, eficácia, acessibilidade, qualidade técnico-científica, ambiente físico/limpeza, aceitabilidade e resolutividade. Ampliando os resultados, ocorreram acréscimos de questões versando sobre a duração do encaminhamento e sobre o auxílio de terceiros para obter a vaga, decorrente do projeto-piloto, resultando em 13 questões para o instrumento. As possibilidades de resposta ao instrumento foram construídas com base nas escalas de Likert<sup>23</sup>.

Um único pesquisador devidamente treinado participou da coleta de dados. Foram incluídos na pesquisa os usuários em tratamento nos CEO-R da pesquisa, solicitados a participar a partir da segunda consulta em diante, pois a primeira consulta é normalmente reservada aos procedimentos de diagnósticos<sup>20</sup>. Os menores de idade que concordavam com a pesquisa eram autorizados a participar por seus responsáveis, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados na rotina diária dos CEO, de forma a não prejudicar o funcionamento dos serviços.

Nos CEO-R do Ceará, o encaminhamento de pacientes é feito pelos cirurgiões-dentistas da atenção básica. No agendamento via comunicação entre as centrais de regulação municipais e CEO-R, são escolhidos data e horário de acordo com a disponibilidade de



vagas, que é proporcional à população de cada município e ao valor mensal que cada município repassa ao Consórcio Público de Saúde<sup>20</sup>. Abordados na recepção, os usuários eram convocados a participar de uma pesquisa de satisfação sobre o CEO-R, sendo encaminhados a uma sala reservada, onde acontecia a entrevista, aplicando-se individualmente o instrumento de coleta de dados.

Os dados tabulados foram submetidos ao teste estatístico Qui-quadrado de Pearson. O programa estatístico usado foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 20.0, Inc., Chicago, Estados Unidos. Adotou-se o Nível de Significância de 5% e Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Foram realizadas análises estatísticas com cruzamento dos dados categóricos, isolando-se a variável 'CEO' como dependente e comparando-se os resultados de cada item entre as quatro unidades diferentes, por meio das frequências das respostas dadas pelos 518 usuários. Por convenção, para considerar a dimensão avaliada como positiva ou negativa, foi adotado o escore positivo ou negativo, assim: se a frequência de

resposta 5 somada a 4 resultou em pelo menos 70%, foi considerada como uma avaliação positiva; caso não, negativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic, sob o Protocolo nº 960.331.

## Resultados

Na análise descritiva da amostra, a idade dos usuários foi categorizada em quatro faixas etárias. Aquelas de até 20 anos e de 21-39 anos representaram, respectivamente, 33,1% (171) e 32,8% (170). O sexo feminino representou 67,8% (351) da população estudada; e o masculino, 32,2% (167). A maioria entrevistada, 67,8% (351), apresentou o nível de escolaridade até o ensino fundamental, e quanto à renda, 63,9% (339) relataram receber até um salário mínimo. Na comparação entre os CEO-R, as variáveis exibidas na *tabela 1* apresentaram diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ), com exceção da variável gênero.

Tabela 1. Análise descritiva da amostra de 518 usuários atendidos em Centros Regionais de Especialidades Odontológicas do Ceará; 2015

Variáveis independentes	CEO Juazeiro		CEO Iguatu		CEO Crateús		CEO Ubajara		Valor de p	Grupo total	
	n	%	n	%	n	%	N	%		N	%
<b>Faixa etária (anos)</b>											
Até 20	58	39,7	21	22,3	54	38,0	38	27,9		171	33,1
21 - 39	48	32,9	37	39,4	40	28,2	45	33,1	0,002	170	32,8
40 - 58	21	14,4	17	18,1	31	21,8	42	30,9		111	21,4
59 ou mais	19	13,0	19	20,2	17	12,0	11	8,1		66	12,7
<b>Sexo</b>											
Masculino	47	32,2	28	29,8	38	26,8	54	39,7	0,128	167	32,2
Feminino	99	67,8	66	70,2	104	73,2	82	60,3		351	67,8
<b>Escolaridade</b>											
Sem instrução	5	3,4	9	9,6	4	2,8	7	5,1		25	4,8
Fundamental	95	65,1	56	59,6	112	78,9	88	64,7	0,010	351	67,8
Médio	35	24,0	25	26,6	23	16,2	38	27,9		121	23,4
Superior	11	7,5	4	4,2	3	2,1	3	2,3		21	4,0

Tabela 1. (cont.)

<b>Renda</b>											
Até 1 salário	94	64,4	46	48,9	109	76,8	82	60,3		331	63,9
2 salários	41	28,1	41	43,6	30	21,1	49	36,0	0,001	161	31,1
3 salários	8	5,4	7	7,5	2	1,4	4	3,0		21	4,0
4 salários ou mais	3	2,1	0	0,0	1	0,7	1	0,7		5	1,0
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>100</b>	<b>136</b>	<b>100</b>		<b>518</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria.

Na *tabela 2*, a análise se refere aos tratamentos mais procurados pelos entrevistados de acordo com as especialidades oferecidas nos CEO-R. Foram elas: Endodontia 33,8% (175),

Ortodontia 23,5% (122) e Prótese Dentária 22,2% (115). Salienta-se que, no período da coleta dos dados, o CEO-R Iguatu ainda não disponibilizava a especialidade Ortodontia.

Tabela 2. Análise da distribuição da amostra quanto às especialidades atendidas em Centros Regionais de Especialidades Odontológicas do Ceará; 2015

CEO x Especialidades	CEO Juazeiro		CEO Iguatu		CEO Crateús		CEO Ubajara		Valor de p	Grupo total	
	n	%	n	%	n	%	N	%		N	%
Cirurgia oral	25	17,1	17	18,1	13	9,2	20	14,7		75	14,5
Endodontia	36	24,7	47	50,0	50	35,2	42	30,9		175	33,8
Ortodontia	46	31,5	0	0,0	45	31,7	31	22,8		122	23,5
Periodontia	6	4,1	6	6,4	3	2,1	9	6,6	0,000	24	4,6
PNE	4	2,7	0	0,0	2	1,4	1	0,7		7	1,4
Prótese dentária	29	19,9	24	25,5	29	20,4	33	24,3		115	22,2
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>100</b>	<b>136</b>	<b>100</b>		<b>518</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria.

A *tabela 3* apresenta os resultados referentes à análise quanto à procedência dos usuários. Os que residiam no município-sede dos CEO-R representaram o maior contingente de participantes, 47,5% (246). Destacou-se o CEO-R

Juazeiro, onde 79,4% (116) eram residentes no município-sede, enquanto 76,5% (104) do CEO-R Ubajara eram advindos de municípios próximos. Já no CEO-R de Crateús, 59,9% (85) dos entrevistados eram de lugares distantes.

Tabela 3. Análise da amostra quanto à procedência dos usuários assistidos em Centros Regionais de Especialidades Odontológicas do Ceará; 2015

CEO X Procedências		Distante > 50 km	Próximo < 50 km	Sede	Valor de p	Grupo total
CEO Juazeiro	N	2	28	116		146
	% por CEO	1,4%	19,2%	79,4%		100,0%
	% do Total	0,4%	5,4%	22,4%		28,2%
CEO Iguatu	N	7	29	58		94
	% por CEO	7,5%	30,8%	61,7%		100,0%
	% do Total	1,4%	5,6%	11,2%		18,2%
CEO Crateús	N	85	9	48	0,000	142
	% por CEO	59,9%	6,3%	33,8%		100,0%
	% do Total	16,4%	1,7%	9,3%		27,4%
CEO Ubajara	N	8	104	24		136
	% por CEO	5,9%	76,5%	17,6%		100,0%
	% do Total	1,5%	20,1%	4,6%		26,2%
Total	N	102	170	246		518
	% por CEO	19,7%	32,8%	47,5%		100,0%
	% do Total	19,7%	32,8%	47,5%		100,0%

Fonte: Elaboração própria.

A tabela 4 apresenta os resultados para a avaliação da satisfação dos usuários quanto às Dimensões de Qualidade: Relações humanas, Eficácia, Qualidade técnico-científica, Ambiente físico, Resolutividade

e Aceitabilidade. Os resultados foram significativos em cinco dimensões, e somente na dimensão Resolutividade não houve significância estatística quando comparados os CEO ( $p > 0,05$ ).

Tabela 4. Avaliação da satisfação dos usuários assistidos em quatro Centros de Especialidades Regionais do Ceará, segundo as dimensões de qualidade; 2015

Dimensões de qualidade	CEO Juazeiro		CEO Iguatu		CEO Crateús		CEO Ubajara		Valor de p	Grupo total	
	n	%	n	%	n	%	N	%		N	%
<b>Relações humanas</b>											
<b>CD</b>											
Excelente (5)	101	69,2	64	68,1	75	52,8	80	58,8	0,016	320	61,8
Boa (4)	45	30,8	30	31,9	67	47,2	56	41,2		198	38,2
<b>ASB</b>											
Excelente (5)	100	68,5	64	68,1	76	53,5	77	56,6	0,020	317	61,2
Boa (4)	46	31,5	30	31,9	66	46,5	59	43,4		201	38,8

Tabela 4. (cont.)

<b>Eficácia</b>											
Não sentiu nada (5)	61	41,8	52	55,3	73	51,4	69	50,7		255	49,2
Pouco desconforto (4)	59	40,4	41	43,6	60	42,3	50	36,8	0,013	210	40,5
Desconforto (3)	20	13,7	0	0,0	8	5,6	14	10,3		42	8,1
Muito desconforto (2)	5	3,4	1	1,1	0	0,0	3	2,2		9	1,7
Desconforto total (1)	1	0,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0		2	0,4
<b>Qualidade técnico-científica</b>											
Supermoderno (5)	18	12,3	3	3,2	13	9,2	7	5,1		41	7,9
Moderno (4)	127	87,0	89	94,7	129	90,8	123	90,4	0,034	468	90,3
Mais ou menos (3)	1	0,7	2	2,1	0	0,0	5	3,7		8	1,5
Ultrapassado (1)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7		1	0,2
<b>Ambiente físico/limpeza</b>											
<b>Recepção</b>											
Excelente (5)	103	70,5	47	50,0	70	49,3	57	41,9		277	53,5
Boa (4)	43	29,5	47	50,0	72	50,7	78	57,4	0,000	240	46,3
Regular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7		1	0,2
<b>Banheiros</b>											
Excelente (5)	76	52,1	49	52,1	64	45,1	71	52,2		260	50,2
Boa (4)	40	27,4	21	22,3	64	45,1	49	36,0	0,001	174	33,6
Não usou	30	20,5	24	25,5	14	9,9	16	11,8		84	16,2
<b>Aceitabilidade</b>											
Sempre explica (5)	94	64,4	72	76,6	79	55,6	80	58,8		325	62,7
Na maioria das vezes (4)	48	32,9	22	23,4	63	44,4	56	41,2	0,007	189	36,5
Não lembra (3)	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0		2	0,4
Raras vezes (2)	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0		2	0,4
<b>Resolutividade</b>											
Totalmente satisfeito (5)	49	33,6	29	30,9	59	41,5	56	41,2		193	37,3
Muito satisfeito (4)	69	47,3	50	53,2	64	45,1	49	36,0	0,101	232	44,8
Satisfeito (3)	28	19,2	15	16,0	19	13,4	31	22,8		93	18,0
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>100</b>	<b>136</b>	<b>100</b>		<b>518</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar o modo como o Cirurgião-Dentista (CD) atende (Relações humanas), 61,8% (320) dos usuários classificaram como 'boa' a forma de atendimento; e 38,2% (198), como 'excelente'. O CEO-R Juazeiro foi o mais bem avaliado pelos usuários nessa dimensão. Quando questionados se os cirurgiões-dentistas explicavam sobre o tratamento prestado (Aceitabilidade), 62,7% (325) dos usuários responderam que 'sempre explicam', e 37,26% (193) disseram que 'na maioria das vezes'. O CEO Iguatu foi o mais bem avaliado, com 76,6% (72); e o CEO-R Crateús, o mais mal avaliado, com 55,6% (79). Cabe destacar que todos os CEO avaliados apresentaram respostas 'sempre explicam' superiores a 50% para a dimensão Aceitabilidade.

Quanto ao incômodo no tratamento prestado (Eficácia), os resultados no grupo total apontaram satisfação positiva, cujas respostas mais frequentes foram 'pouco desconforto' – 49,2% (255) e 'não sentiu nada' – 40,5% (210). O CEO-R Iguatu mostrou-se mais eficaz, 98,9% (133) somando-se as respostas 'pouco desconforto' e 'não sentiu nada'. O CEO-R Juazeiro foi o menos eficaz na comparação, com 82,2% (93) das respostas somadas para 'pouco desconforto' e 'não sentiu nada'.

Sobre a qualidade dos equipamentos (Qualidade técnico-científica), o resultado da pesquisa apontou que 90,3% (468) dos usuários consideraram os equipamentos modernos, e apenas 0,7% (1) dos usuários mencionou que os equipamentos estavam ultrapassados. Destaque para o CEO-R Crateús, mais bem avaliado nessa dimensão, único que apresentou 100% (142) das respostas para 'supermoderno' ou 'moderno' somadas.

Sobre a estrutura da recepção (Ambiente físico/limpeza), 46,3% (240) dos usuários

consideraram 'boa'; e 53,5% (277), 'excelente'. Destaque para os CEO-R Iguatu e Crateús que apresentaram 100% das respostas distribuídas entre as opções 'boa' ou 'excelente' na dimensão Ambiente físico/limpeza – recepção. Na qualidade dos banheiros, também dimensão Ambiente físico/limpeza, apenas as respostas 'bom', 33,6% (174) e 'excelente' 50,2% (260) foram avaliadas pelos usuários. O escore 'zero' evidenciado significou que o usuário não utilizou a estrutura dos banheiros. O CEO-R Crateús apresentou 90,2% (128) das respostas para 'boa' ou 'excelente', sendo o mais bem avaliado. O CEO-R Iguatu apresentou a menor avaliação entre os CEO-R, com 74,4% (70) das respostas para 'boa' ou 'excelente'.

Durante a entrevista, foi questionado se o usuário estava satisfeito com o tratamento odontológico prestado até aquele momento (Resolutividade); as respostas variaram entre 'totalmente satisfeito', 37,3% (193), 'muito satisfeito', 44,8% (232), e 'satisfeito', 18% (93). O CEO-R Crateús mostrou-se mais resolutivo para a resposta 'totalmente satisfeito', 41,5% (59); e o CEO-R Iguatu, o menos resolutivo para essa resposta, 30,9% (29). Essa foi uma dimensão que não apresentou diferença significativa entre os CEO-R ( $p > 0,05$ ).

A *tabela 5* mostra a avaliação da grande dimensão Acessibilidade a partir de quatro aspectos: obtenção de vaga, encaminhamento, auxílio e espera na sala. A dimensão 'espera na sala' foi a única com avaliação positiva pelos usuários, cujas respostas foram 'curto', 59,8% (310), e 'muito curto', 23,7% (123), para os usuários. O CEO-R Crateús foi o mais bem avaliado, com 100% (142) das respostas distribuídas entre 'curto' ou 'muito curto'. O CEO Juazeiro foi o mais mal avaliado, com 71,9% (105) das respostas para 'curto' ou 'muito curto'.

Tabela 5. Avaliação da satisfação dos usuários assistidos em quatro Centros Regionais de Especialidades Odontológicas do Ceará, segundo a grande dimensão acessibilidade; 2015

Dimensão	CEO Juazeiro		CEO Iguatu		CEO Crateús		CEO Ubajara		Valor de p	Grupo total	
	n	%	n	%	n	%	N	%		N	%
<b>Obtenção de Vaga</b>											
Muito fácil (5)	19	13,0	5	5,3	39	27,5	17	12,5		80	15,4
Fácil (4)	60	41,1	74	78,7	56	39,4	70	51,5	0,000	260	50,2
Nem fácil nem difícil (3)	47	32,2	13	13,8	26	18,3	26	19,1		112	21,6
Difícil (2)	13	8,9	0	0,1	14	9,9	7	5,1		34	6,6
Muito difícil (1)	7	4,8	2	2,1	7	4,9	16	11,8		32	6,2
<b>Encaminhamento (Semanas)</b>											
Até 2	21	14,4	83	88,3	22	15,5	24	17,6		150	29,0
3 a 4	53	36,3	11	11,7	46	32,4	31	22,8	0,000	141	27,2
5 a 8	23	15,8	0	0,0	29	20,4	25	18,4		77	14,9
9 a 16	21	14,4	0	0,0	15	10,6	22	16,2		58	11,2
17 ou mais	28	19,2	0	0,0	30	21,1	34	25,0		92	17,8
<b>Auxílio</b>											
SIM	28	19,2	20	21,3	29	20,4	17	12,5	0,247	94	18,1
NÃO	118	80,8	74	78,7	113	79,6	119	87,5		424	81,9
<b>Espera na sala</b>											
Muito curto (5)	37	25,3	7	7,4	56	39,4	23	16,9		123	23,7
Curto (4)	68	46,6	72	76,6	86	60,6	84	61,8	0,000	310	59,8
Nem longo nem curto (3)	32	21,9	15	16,0	0	0,0	24	17,6		71	13,7
Longo (2)	8	5,5	0	0,0	0	0,0	4	2,9		12	2,3
Muito longo (1)	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7		2	0,4
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>100</b>	<b>136</b>	<b>100</b>		<b>518</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria.

Para a dimensão ‘obtenção de vaga’ nos CEO-R, os usuários mencionaram o grau de dificuldade desde ‘muito fácil’, 15,24% (80), até ‘muito difícil’, 6,2% (32), na amostra total. A maior dificuldade, segundo os usuários, para obtenção da vaga está no CEO-R Ubajara, pois as respostas ‘difícil’ ou ‘muito difícil’, 16,9% (23), foram maiores em relação aos outros CEO-R: 14,8% (Crateús), 13,7% (Juazeiro) e 2,3% (Iguatu). A menor dificuldade, ou seja, onde a obtenção da vaga é mais ‘fácil’ ou ‘muito fácil’, está no CEO-R Iguatu,

84% (79), comparado aos outros CEO-R: 66,9% (Crateús), 64% (Ubajara) e 54,1% (Juazeiro).

Para a dimensão ‘encaminhamento’, o CEO-R Iguatu foi o mais bem avaliado em relação aos outros, haja vista que apresentou menor tempo de espera, até 2 semanas, para 88,3% (83) dos usuários. Para os CEO-R Juazeiro e Crateús, a maioria dos usuários, 36,3% (53) e 32,4% (46), respectivamente, respondeu que o tempo de espera varia de 3 a 4 semanas. O CEO-R Ubajara apresentou o

pior resultado nesse aspecto entre todos os CEO-R avaliados, com 25% (34) dos usuários informando que o tempo de espera pode levar 17 semanas ou mais.

A dimensão 'Auxílio' questionava se os usuários tiveram auxílio de terceiros para obtenção da vaga no CEO-R. Dos usuários, 81,9% (424) responderam 'não'. Esta foi uma dimensão que não apresentou diferença significativa entre os CEO ( $p > 0,05$ ).

## Discussão

Os CEO-R pesquisados estão localizados em regiões político-geográficas diferentes, no estado do Ceará (Crateús – Sertão; Juazeiro – Cariri; Iguatu – Zona de Transição Sertão/Cariri; e Ubajara – Serra da Ibiapaba), o que ampliou diferentes olhares. Esses estabelecimentos de saúde possuem gestão autônoma, resultantes da mesma política de saúde implantada pelo anterior Governo do Estado do Ceará no período 2007 a 2014<sup>20</sup>.

Os resultados da pesquisa apontaram uma parcela de usuários com baixa situação socioeconômica, corroborando outros estudos<sup>22,24,25</sup>. Denota-se o papel dos CEO em garantir o princípio constitucional da equidade e acrescenta-se que os serviços prestados neles vão ao encontro das políticas sociais vigentes, as quais consideram a vulnerabilidade dos indivíduos, refletidas inclusive nas condições de saúde bucal.

Nesta pesquisa, a maior representação foi do sexo feminino, que provavelmente se explica pela maior disciplina das mulheres em relação ao cuidado à saúde e por terem mais tempo disponível, pois, muitas vezes, são cuidadoras do lar<sup>26</sup>. Tal fato pode limitar a interpretação de alguns dados por atuar como fator de conclusão<sup>9</sup>.

Outra variável bem representada foi em relação à faixa etária, refletido pelo usuário considerado 'jovem', e à especialidade endodontia, como sendo predominante no estudo. Uma possível relação desses fatores

é o fato de as pessoas jovens serem atendidas mais em especialidades como a endodontia, e tal atendimento vai diminuindo consideravelmente nas idades avançadas<sup>27</sup>, tendo em vista que a população adulta e idosa, especialmente esta última, apresenta índices elevados de edentulismo, conforme aponta o levantamento epidemiológico de Saúde Bucal, SB Brasil 2010<sup>28</sup>. Contudo, observa-se a necessidade de maior efetividade na marcação em endodontia, pois a demora no atendimento pode levar à mutilação dentária<sup>29</sup>. Salienta-se ainda a necessidade de uma política de saúde bucal que também integre o trabalhador na sua dimensão do cuidado, pois este, muitas vezes, acaba optando por atendimento imediato (mais 'rápido') como a exodontia<sup>30</sup>, contribuindo para o aumento do número de desdentados na população, além da diminuição ou perda de funções primordiais do sistema estomatognático (mastigar, sorrir).

Na presente pesquisa, os dados socioeconômico-geográficos, em geral, apresentaram diferenças estatísticas significantes ( $p < 0,05$ ), com exceção da questão do sexo. Os resultados não mostraram diferenças estatísticas significantes ( $p > 0,05$ ) na comparação entre os CEO, no que diz respeito à dimensão resolutividade, nem na questão auxílio de terceiros para o usuário obter a vaga no CEO. Isso denota padrão semelhante de organização nos CEO no quesito tratamento prestado, e que o auxílio para conseguir uma vaga ocorre da mesma forma nos centros odontológicos. Os CEO-R cearenses estudados mostraram semelhanças em seus aspectos estruturais, humanos e operacionais<sup>16</sup>, diferentemente, por exemplo, dos CEO do município de Natal, no Rio Grande do Norte, que apresentaram distinções entre si<sup>14</sup>. É fato que os processos de implantação, construção e consolidação do SUS devem ser subsidiados pela análise de medidas demográficas, epidemiológicas e de indicadores de serviços de saúde<sup>31</sup>, o que pode justificar tais distinções especialmente se a equidade não for um



princípio considerado na instituição das políticas sociais e de saúde.

Referente à procedência dos usuários nos CEO-R de Juazeiro do Norte e Iguatu, em sua maioria, eram provenientes da sede do próprio município<sup>14</sup>, podendo justificar-se pelo maior aporte populacional<sup>32</sup> e pelo maior montante de recursos destinados ao Consórcio Público de Saúde, tendo direito a mais vagas<sup>20</sup>. Dos entrevistados no CEO-R Crateús, mais da metade era proveniente de municípios distantes da sede, por outro lado, os entrevistados no CEO-R Ubajara eram, em sua maioria, de municípios próximos à sede do CEO. Logo, a distância pode não ter influência na acessibilidade aos CEO, pois a diferença locoregional pareceu mais importante.

No presente estudo, os usuários mostraram-se bastantes satisfeitos, tanto com o atendimento do cirurgião-dentista como do auxiliar de saúde bucal, bem como demonstraram satisfação com as explicações dadas pelo cirurgião-dentista no ato da consulta<sup>25</sup>. O acolhimento adequado inicia-se com boas ações comunicacionais já na recepção dos serviços, seguido por princípios de humanização, como o respeito, a cordialidade e o direito de ser esclarecido sobre os passos e sobre os procedimentos dos exames<sup>33-35</sup>.

A avaliação positiva da estrutura física da recepção dos CEO pode relacionar-se com atrativos observados, como: TV, água para beber e ar-condicionado, ambiente limpo, espaços adequados, entre outros<sup>20</sup>. No ato da entrevista, evidenciou-se que os usuários estendiam seus bons comentários à força de trabalho da recepção (receptionista e vigia), o que se confirmou quando 53,5% consideraram como excelente a estrutura da recepção, contrapondo-se aos resultados da pesquisa de Marques<sup>36</sup> em que se indicou preocupação com o funcionamento desse setor.

Os resultados da avaliação dos equipamentos considerados modernos pela maioria dos usuários do estudo (90,3%) foram semelhantes e distintos aos de outras

pesquisas<sup>16,26</sup>. As características socioeconômicas e a percepção do usuário podem influenciar na sua satisfação com os serviços de saúde<sup>37</sup>, especialmente se este for um serviço que alcança uma parcela reduzida de usuários e/ou abrigue especialidades que tenham um caráter restritivo ou elitista.

Na obtenção de vaga, 50,2% dos usuários declararam ser fácil conseguir uma vaga no CEO. Apesar disso, conforme padronização do estudo, essa questão teve avaliação negativa. Usando critérios diferentes dos realizados nessa pesquisa, estudo realizado nos CEO de Recife mostrou que 52,5% dos usuários também manifestaram avaliações negativas quando relacionadas com a obtenção de vagas nos CEO<sup>38</sup>. Observou-se, neste estudo, que alguns usuários não passaram pela regulação da Central de Marcação de Consultas de seus municípios (18,1%), tendo o acesso à vaga no CEO facilitado por terceiros (gestores e servidores municipais, vereadores e até funcionário ou profissional de saúde do CEO), condição denominada 'auxílio'<sup>38</sup>. Há relatos deste atalho para o acesso direto aos CEO em várias localidades brasileiras<sup>4</sup>, o que acaba descaracterizando a rede de atenção e gerando dupla porta de acesso ao SUS. A gestão pública, bem como os atores sociais que a fazem acontecer, devem prezar por práticas que evitem duplicidades dos serviços de saúde e promover inclusão, cidadania e justiça social<sup>39</sup>. Desse modo, uma característica que influencia substancialmente a efetivação da rede em saúde bucal consiste no pouco conhecimento do sistema pelo usuário e, muitas vezes, pelos próprios profissionais, especialmente sobre os pontos de atendimento, os fluxos e os limites de atuação de cada nível de atenção<sup>40</sup>.

Referente ao tempo para o usuário ser atendido na sala de espera dos CEO, a avaliação positiva (83,5%) na satisfação pelo usuário pode ser devido à boa organização da demanda, o que diminui consideravelmente a expectativa dele pelo atendimento. Alguns estudos<sup>16,26</sup> corroboraram esses

achados, os quais apontaram que a maioria dos usuários considerou baixo o tempo de espera na recepção para o atendimento. Quando os serviços de saúde atendem por ordem de chegada, levam os usuários a se acostumar com a espera pelo atendimento, independentemente da hora marcada<sup>37</sup>, isto pode ser um contraponto, considerando-se os critérios distintos para o atendimento nos CEO pesquisados.

Na associação das especialidades ao tempo de espera por uma vaga no CEO, observou-se maior tempo de espera na especialidade ortodontia, embora em outros estudos apenas a endodontia apresente-se como demanda reprimida<sup>24,26</sup>. Percebeu-se menor espera para a especialidade periodontia e portadores de necessidades especiais, corroborando o estudo de Casotti<sup>28</sup>. É certo que a oferta das especialidades odontológicas deve ser ampliada conforme análise locorregional<sup>7</sup> das necessidades de saúde.

Referente ao acesso, quando comparado aos demais CEO estudados, o de Iguatu recebeu a melhor avaliação, visto que 78,7% consideraram fácil a obtenção da vaga, e 88,3% esperaram apenas 2 semanas para concluir o encaminhamento. Tais resultados favoráveis podem estar relacionados com o fato desse Centro ter sido reinaugurado 20 em junho de 2014, não apresentando demandas reprimidas de anos anteriores. É importante o despertar da gestão dos CEO-R, no sentido de buscar estratégias para controlar o número de usuários que sofrem com dor, tanto física como psicológica, devido à grande espera por uma vaga. Devem ainda entender o problema da acessibilidade na raiz de sua implantação; e, no Consórcio Público de Saúde, enfrentar o desafio da questão.

O perfil de baixa renda da população, representado nesta pesquisa, pode ter facilitado à situação do *gratitude bias*, a sensação de gratidão pelo tratamento gratuito<sup>41</sup>, visto que, mesmo diante das dificuldades perante o encaminhamento até a realização do tratamento, muitos se consideraram satisfeitos

com os serviços. É inegável o papel crítico que os usuários desempenham nas pesquisas de satisfação, mas a possibilidade da aceitação passiva do serviço deve ser considerada<sup>15</sup>.

Sugere-se que mais estudos devam ser realizados, apresentando fontes de outras localidades, fornecendo, dessa forma, informações estatísticas que, somadas, mostrem a realidade dos serviços de saúde bucal do estado do Ceará, auxiliando na formulação de estratégias que atuem nos motivos de insatisfação dos usuários. Outro ponto importante a ser avaliado são as centrais de marcação de consultas nos municípios, de forma a desarticular os possíveis privilégios que facilitam desigualmente a obtenção de vaga nos CEO.

Investigar problemas que porventura aconteçam em nível municipal, como a falta ou rotatividade de cirurgiões-dentistas<sup>42</sup> e a disposição destes para encaminhar os pacientes, o que pode dificultar a formação de vínculo profissional-usuário, merece atenção. Igualmente, a contrapartida e o interesse das administrações municipais com a causa da saúde bucal devem ser revistos. Sugere-se ainda investigar o impacto do incômodo nas especialidades oferecidas isoladamente e ainda saber as principais manobras dos profissionais para amenizar o desconforto com os procedimentos odontológicos.

Este estudo revela à comunidade científica parte da estrutura funcional e do processo de trabalho de CEO-R do Ceará, na visão dos usuários assistidos no serviço, servindo de parâmetro para o planejamento de novas ações que melhorem as condições de saúde bucal e de vida da população usuária de estabelecimentos públicos de saúde. Entretanto, ele limita-se por ouvir apenas um 'elo' que constrói o serviço de saúde bucal do estado do Ceará. Estudos que considerem a visão de profissionais e gestores podem ajudar a ampliar o olhar sobre a dimensão acessibilidade e, possivelmente, contribuir para melhor oferta da integralidade do cuidado em saúde bucal.

## Conclusões

O acesso aos CEO-R, no Ceará, representou o nó crítico para a insatisfação entre os usuários do serviço na dimensão Acessibilidade para 'obtenção de vaga' e 'encaminhamento'. O elevado tempo de espera para obter uma vaga merece atenção, sendo o auxílio de terceiros, algumas vezes, uma via para driblar essa barreira.

## Colaboradores

Oliveira AMG contribuiu para a elaboração

com as seguintes atividades: concepção e planejamento para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e participação da aprovação da versão final do artigo. Carneiro JDB contribuiu para a elaboração com as seguintes atividades: interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e participação da aprovação da versão final do artigo. Costa EB contribuiu para a elaboração com as seguintes atividades: concepção e planejamento ou análise e a interpretação dos dados; aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010; 20(3):953-72.
2. Contarato PC. Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no Município de Vitória, do Espírito Santo [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
4. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus*. 2009; 5(3):21-34.
5. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde debate*. 2009; 33(81):64-71.
6. Pinto VPT, Teixeira AH, Santos PR, et al. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(7):2235-2244.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal: caderno de atenção básica. Brasília, DF: MS; 2006.
8. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28:81-89.

9. Castro RD. Avaliação em saúde bucal na perspectiva do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional [dissertação]. Natal: UFRN; 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília, DF: MS; 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF: MS; 2013.
12. Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade no estado do Ceará. Saúde debate. 2014; 38:195-208.
13. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014; 38:13-33.
14. Souza GCA. Centro de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal [dissertação]. Natal: UFRN; 2009.
15. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Ciênc Saúde Colet. 2012; 17(12):3343-3352.
16. Bezerril DO. Resolutividade de Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Estado do Ceará [dissertação]. Fortaleza: Unifor; 2011.
17. Guimarães MLF. Cuidados Secundários em Saúde Bucal: Centro de Especialidades Odontológicas no Ceará, Brasil [dissertação]. Fortaleza: Uece; 2008.
18. Marques PLP. Instrumento de informação para controle, avaliação, monitoramento e auditoria: a experiência do CEO Regional de Baturité [monografia]. Fortaleza: Universidade Vale do Acaraú; 2010.
19. Filgueira ACC. Avaliação de desempenho da política pública dos Centros de Especialidades Odontológicas na região do Cariri – CE [dissertação]. Fortaleza: UFC; 2012.
20. Ceará (Estado). Governo do Estado [internet]. Fortaleza: Governo do Estado; 2016 [acesso em 2016 ago 5]. Disponível em: <http://www.ceara.gov.br>.
21. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora on-line [internet]. [acesso em 2014 jun 12]. Disponível em: <http://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculo-amostral/>.
22. Kitamura ES, Bastos SS, Palma PV, et al. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2016; 25(1):137-148.
23. Backer P. Gestão ambiental: a administração verde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2005.
24. Deitos AR. Avaliação na atenção especializada em saúde bucal [dissertação]. São Paulo: USP; 2009.
25. Magalhães BG, Oliveira RS, Góes PSA, et al. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. Cad Saúde Colet. 2015; 23(1):76-85.
26. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciênc Saúde Colet. 2006; 11(1):123-130.
27. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014; 38(esp):140-157.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília, DF: MS; 2012.

29. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11(1):53-61.
30. Ferraz MAAL. Avaliação da referência e contra-referência nos Centros de Especialidades Odontológicas em Teresina-Piauí [dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2008.
31. Rode SM, Nunes SG. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
33. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(11):2865-2875.
34. Costa ICC. Planejamento das ações de saúde. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal: UFRN; 2005. p. 287-300.
35. Silvestre JAC. Coordenação das ações de atenção à saúde bucal na 13ª coordenadoria regional de saúde do estado do Ceará: percepção da gestão municipal [dissertação]. Sobral: UFC; 2012.
36. Marques PLP, Freitas KM, Saintrain MVL, et al. Análise do funcionamento de um Centro de Especialidades Odontológicas na perspectiva dos usuários. *Convibra saúde*. 2013; 1:105.
37. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26:991-1002.
38. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, et al. Health care users satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(supl.1):S109-S118.
39. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizado SUS: desafios para redução de desigualdades. *Ciênc Saúde Colet*. 2003; 8(2):439-448.
40. Mello ALSF, Andrade SR, Moyses SJ, et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(1):205-214.
41. Travesso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20:80-88.
42. Costa PM, Medeiros Júnior A, Costa ICC, et al. Processo de trabalho do dentista na Estratégia de Saúde da Família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. *Rev Odontol Bras Central*. 2010; 19(51):327-332.

---

Recebido em 21/03/2018

Aprovado em 11/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad

*The diagnosis in mental health: labeling and the concept of disease*

Agustina Barukel<sup>1</sup>, Alicia Stolkner<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811808

**RESUMEN** El artículo presenta avances de una investigación de Doctorado en Ciencias Sociales acerca de las prácticas y políticas vigentes en Argentina para el abordaje de los padecimientos mentales. Se trata de un estudio de caso con perspectiva etnográfica, realizado en un hospital público monovalente de la provincia de Santa Fe. Aborda las cuestiones referidas al problema de la clasificación de los ‘pacientes’ que cursan internaciones en este tipo de instituciones, a partir del debate al interior de la Psiquiatría y del campo ‘psi’ al respecto de las nosografías en salud mental para la realización de los diagnósticos. Se evalúa el problema de la multiplicidad de diagnósticos para un único caso y se problematiza la noción ‘sin conciencia de enfermedad’. Las técnicas utilizadas para la construcción de los datos son la revisión de historias clínicas, las entrevistas en profundidad, y la observación participante. Las principales conclusiones son que hay una alta prevalencia de casos de superposición de categorías diagnósticas en las personas internadas, y una utilización extendida del concepto ‘enfermedad’ para referirse a las manifestaciones del sufrimiento psíquico, que desconoce el debate disciplinar en torno a dicha categoría.

**PALABRAS-CLAVE** Clasificación. Diagnóstico. Enfermedad. Salud mental.

**ABSTRACT** *This article presents results of a Social Science PhD research on practices and policies that shape the way mental illnesses are addressed in psychiatric institutions in Argentina. The ethnographic case study placed in a mental health public hospital in Santa Fe specifically analyses the labeling of patients in such an institution, drawing on debates around nosography in mental health. We critically discuss problems around multiple diagnoses and challenge the category ‘lack of disease awareness’. The methodological techniques we employed in this research include the review of medical record, in-depth interviews and participant observation. We found high prevalence of diagnostic category overlap and an excessive use of the concept of ‘disease’ to refer to psychic suffering, which stands in stark contrast to the debates around this category that have been developing in the field.*

**KEYWORDS** *Classification. Diagnosis. Disease. Mental health.*

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Entre Ríos (Uner) - Entre Ríos, Argentina.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6352-8668>  
[agustinabarukel@gmail.com](mailto:agustinabarukel@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) - Buenos Aires, Argentina.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556>  
[astolkner@gmail.com](mailto:astolkner@gmail.com)



## Introducción

Es difícil conocer con exactitud cuántas instituciones de internación de salud mental existen en Argentina, y cuál es la población que atienden. Los números son desconocidos por varios motivos: un escaso desarrollo de epidemiología en salud mental; la variedad de instituciones privadas que con diferentes nombres – hogares, geriátricos, casas de medio camino, clínicas, comunidades terapéuticas – cumplen la función de asilar y no son parte de las estadísticas del sector; la discrecionalidad con que actúa el subsector privado; la falta de control con que funciona el sistema público; entre otros. Para 2010, la estimación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones indica que, de la población total mayor a 15 años, el 21% habían sufrido en el último año algún trastorno mental o del comportamiento. Se trata de casi 6.300.000 personas<sup>1</sup>. Según el mismo informe, existen 54 instituciones públicas con internamiento crónico repartidas en 15 provincias: 1 colonia nacional, 11 colonias provinciales y 42 hospitales monovalentes provinciales. Se estima que unas 21.000 personas se hallan internadas en estos: 2/3 en las colonias, y las restantes en los hospitales.

La provincia de Santa Fe cuenta con tres instituciones públicas de internación especializadas en salud mental, que suman un total de 530 camas. La institución donde realizamos nuestro estudio de caso representa el 15% (78 camas), con un porcentaje de ocupación que se mantiene relativamente estable, y ronda el 95% (74 camas)<sup>2</sup>.

A grandes rasgos, hay tres vías de ingreso a esta institución. Una es a través del Comité de Admisión que funciona en la Guardia y Tránsito. Cuando las personas son enviadas o concurren a la Guardia del Hospital, son entrevistadas por un Comité interdisciplinario que evalúa la situación y determina si la misma requiere de internación. Este criterio está fijado por el principio del riesgo para sí mismo o para terceros estipulado en la

Ley Nacional de Salud Mental 26657. Si ese riesgo existe, la persona es ingresada y le es asignado un equipo tratante. Esas internaciones pueden ser de dos tipos: voluntarias – cuando la persona accede a ellas prestando su consentimiento – e involuntarias. En este último caso hay resguardos legales específicos también contenidos en la Ley; entre ellos, la persona tiene derecho a recibir asesoría legal por un Cuerpo de Letrados o equivalente. La extensión del tiempo de la internación permite distinguir entre pacientes agudos y pacientes de larga institucionalización (cronificados, o casos de *revolving door*<sup>3</sup>). Es necesario aclarar que, si bien la normativa establece que la internación debe ser lo más breve posible, y estar destinada sólo a estabilizar el cuadro para luego continuar el abordaje de manera ambulatoria, persisten las internaciones prolongadas. Para el caso de la institución estudiada, por ejemplo, el 78% de los casos abarcados corresponden a casos de larga institucionalización, definición para las internaciones con duración de 1 año en adelante.

La segunda es la vía judicial, e involucra personas que están en conflicto con la ley penal. Se trata de personas que provienen del sistema penitenciario y son ingresados al hospital por una orden. Incluso cuando el equipo tratante evalúa la situación y concluye que no hay criterio para que esa persona permanezca internada, la decisión está en manos del juez a cargo de la causa.

La tercera es el caso de las personas que cometieron un delito penal y fueron declarados inimputables. En este caso, el ‘paciente’ no está estrictamente en el circuito penitenciario, pero sí depende del juez que ha dictado la inimputabilidad hasta que éste determine – a instancias del equipo tratante – si cesa la situación de riesgo y puede darse el alta.

Los diagnósticos psicopatológicos son variados, y aunque hay abismos entre cada uno de los casos en su singularidad, hay algo que los iguala: su estatus de internados<sup>4</sup>.

La clasificación de cada uno de esos pacientes organiza el trabajo cotidiano de los



equipos, traza las metas de los abordajes o tratamientos, permite proyectar ‘expectativas’, qué es lo esperable de cada uno y para cada uno. Sobran las técnicas y los criterios para clasificar, incluso muchas veces colisionan entre sí, se superponen, se contradicen. ¿Es el diagnóstico, la patología o el ‘cuadro de base’? ¿Es el tiempo de internación? ¿Es la presencia o ausencia de recursos materiales, simbólicos, culturales, afectivos? ¿Es el vínculo o no vínculo con la ley penal?

Distinguimos tres dimensiones en el problema de las clasificaciones; por supuesto, cada una atraviesa a la otra:

1. La dimensión de las nosografías existentes en psiquiatría, a partir de las cuáles se fundan los diagnósticos. Comprende el debate en torno al estatuto del padecimiento mental como objeto médico, y blanco de los procesos de normalización<sup>5</sup>.

2. La dimensión de las técnicas y criterios de clasificación dentro del espacio institucional, que no siempre se vincula al diagnóstico psicopatológico, y es la que organiza el trabajo cotidiano de los equipos intervinientes. En el caso de la institución que estudiamos, es la que distingue entre los ‘pacientes’ agudos, los de larga institucionalización, los ‘pacientes’ en conflicto con la ley penal, y los ‘pacientes sociales’.

3. La dimensión de las clasificaciones que emergen como resultado de la interacción y los procesos de reconocimiento/desconocimiento entre los mismos ‘pacientes’ internados. Se trata de atender a las construcciones que los mismos usuarios del Hospital hacen de sus compañeros y compañeras, que tienen una función y un efecto clasificador.

Por cuestiones de espacio, desarrollaremos aquí sólo la primera dimensión, que operacionalizamos a través de dos indicadores:

1. La recurrencia de varios diagnósticos

superpuestos en las historias clínicas de los ‘pacientes’ internados; y

2. El uso de la categoría ‘sin conciencia de enfermedad’ en las evaluaciones de los equipos tratantes.

## Material y métodos

Este trabajo se inscribe en la corriente de investigación cualitativa en salud<sup>6</sup>, que se orienta al análisis de los actores y las instituciones de salud al respecto de:

(a) valores culturales y representaciones sobre su historia y temas específicos; (b) relaciones entre individuos, instituciones y movimientos sociales; (c) procesos históricos, sociales y de implementación de políticas públicas y sociales<sup>7(16)</sup>.

Se trata de un estudio de caso<sup>1</sup> que adopta la perspectiva etnográfica<sup>9</sup> para la recolección/construcción de datos, priorizando la utilización de tres técnicas: las entrevistas en profundidad a profesionales y ‘pacientes’ de la institución, la observación participante y su sistematización en notas de campo, y el trabajo documental de revisión de historias clínicas.

Para preservar la identidad de los ‘pacientes’, se utilizan nombres de fantasía y para el caso de profesionales, se indica su profesión entre paréntesis. En todos los casos de entrevistas ha sido utilizado el consentimiento informado, diferenciando su forma entre funcionarios públicos y cuadros técnicos del área de salud mental, trabajadores y usuarios. Ya que no se trata de una investigación con aspectos clínicos, el uso de consentimiento es un requisito fundamentalmente ético<sup>10</sup>, anclado en la perspectiva de defensa de los derechos de las personas con padecimiento mental.

Por último, utilizamos la palabra ‘pacientes’ entre comillas simples en todos los casos porque es la denominación que se utiliza en la institución para referirse a

las personas allí internadas, pero no acordamos con dicha categoría.

## Resultados y discusión

Sobre la recurrencia de varios diagnósticos superpuestos por 'paciente'. Llevamos adelante la revisión de un total de 54 historias clínicas de personas ingresadas en el área de Internación del Hospital. En 17 casos – 31,4% – personas han sido diagnosticadas con dos cuadros psicopatológicos. En 7 – 13% – con más de dos. Se trata entonces de casi la mitad de los casos considerados (44,4%). En esta institución se utiliza como referencia la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el capítulo 5 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), 'Trastornos mentales y del comportamiento'. El diagnóstico de mayor recurrencia es el de esquizofrenia, seguido por las psicosis en diferentes variantes.

La medicalización como proceso estructurante del gobierno de las poblaciones ha sido objeto de profundo interés para las ciencias sociales. La psiquiatrización es la forma que asume la medicalización en el caso de la locura. La Psiquiatría como rama de la medicina es tributaria de este proceso, le debe la vida, es su razón de ser.

Respecto de la(s) teoría(s) en que se sustenta la Psiquiatría hay fuertes debates al interior de la disciplina. Hay dos puntos a partir de los cuáles es posible pensar la multiplicidad de corrientes que existen a su interior, oportunamente señaladas por Stagnaro<sup>11</sup>: la primera, en torno a las nociones de enfermedad y síntoma, de la cual derivan modelos psicopatológicos distintos. La corriente que se funda alrededor de la noción de síntoma, inaugurada por la tradición francesa de Esquirol, discípulo de Pinel, es una corriente a-teórica: no desarrolla teoría, sino que describe síntomas, y pone en entredicho la posibilidad de hablar de 'enfermedad mental' en tanto entidad mórbida

de origen orgánico. La corriente alemana que encabeza Emil Kraepelin, por otro lado, parte de la noción de enfermedad, y sostiene que es posible hallar entidades de origen natural, similar a otras enfermedades del cuerpo, con etiología propia. Aunque postula eso como ideal, no es capaz de señalar las causas y el origen de las enfermedades de la mente y del comportamiento, por lo que se dedica más bien al estudio de su evolución y de sus principales características.

La segunda es que en toda práctica psi hay subyacente una noción del funcionamiento mental, del funcionamiento del ser humano y de sus cualidades<sup>11</sup>. Por lo que las diversas ideas sobre el inconsciente, la conducta, la relación cuerpo-mente, entre otras, también derivan hacia nociones diversas del padecimiento, que se diferencian epistemológica, teórica y prácticamente. De ahí las diferencias en diagnosticar y en definir tratamientos o abordajes.

Estos dos puntos – dos modelos psicopatológicos distintos, uno en base a la noción de síntoma y otro a la de enfermedad; una teoría subyacente sobre el funcionamiento mental en cada caso-, dan por resultado la imposibilidad de acuerdos y consensos hacia el interior de la psiquiatría respecto de su objeto. Paradójicamente, la cantidad infinita de enfermedades o síndromes mentales clasificados desde el siglo XVIII a la actualidad no son muestra de su fortaleza sino más bien de su debilidad<sup>12</sup>.

En las revisiones de las historias clínicas que se han llevado adelante, llama la atención la recurrencia de la superposición de diagnósticos –en algunos casos, entre 4 y 6 – por 'paciente'. ¿Cuántas clasificaciones posibles existen para un conjunto de síntomas o de manifestaciones del sufrimiento que presenta una persona? ¿Cómo diferenciar, pero, sobre todo, para qué, una psicosis esquizofrénica de una esquizofrenia psicótica sin que se trate simplemente de una alteración en el orden de los factores?

El desarrollo de la nosología (nosos:

enfermedad; logos: ciencia, tratado) y la nosografía (nosos: enfermedad; graphein: descripción) en Psiquiatría responden a una necesidad y a una limitación: se necesita del estatuto de ciencia, a la vez que hay una imposibilidad de construir teoría. Como afirma Galende<sup>13</sup>, la psiquiatría hace de la nosografía su única teoría. A la manera en que la anatomía patológica disecciona el cuerpo en busca de sus parámetros normales y sus malformaciones mórbidas, la Psiquiatría intenta en espejo diseccionar las partes que ‘faltan’ a la personalidad. El resultado es infinito, pero siempre carece de valor científico, al menos al modo en que la ciencia positiva establece los parámetros para ser tal: no hay correlato anátomo-clínico sobre el que sustentar los síndromes construidos. La entidad mórbida en psiquiatría es, a todas luces, un constructo artificial.

Respecto de los cambios y la superposición de diagnóstico en los casos mencionados, varias explicaciones son posibles: la posibilidad de modificaciones del síndrome de acuerdo a su evolución, la reacción al tratamiento, u otros datos propios del sujeto que padece – su edad, los ‘avatares de la vida’ –, o una combinación de todo eso; la perspectiva de los diferentes profesionales que tratan a una persona puede ser distinta; un psiquiatra puede corregir el diagnóstico de otro que haya cometido un error; la forma de clasificar un padecimiento puede cambiar en función de nuevos descubrimientos a lo largo de la vida de un paciente; pueden asignarse diagnósticos lo suficientemente generales como para hacer posible que el paciente sea beneficiario de alguna asignación social (pensión, certificado de discapacidad u otro); también es posible que el paso del tiempo otorgue mayor claridad a quien diagnóstica para poder ‘ver’ manifestaciones de un cuadro psicopatológico.

El asunto no es poner en tela de juicio la veracidad o no de esas causas; efectivamente puede ser así. Lo que es útil señalar es que, si habláramos de la fractura de un hueso o una hepatitis, no habría debate. Y si hubiese

error, habría mala praxis. Si el paso del tiempo permitiese un mejor diagnóstico, la demora podría significar un agravamiento del cuadro, la imposibilidad de una terapia, o de la cura. En salud mental, las implicancias del diagnóstico sobre la vida de la persona son difícilmente medibles en ese mismo plano, lo cual aún implica que las responsabilidades sobre los avatares diagnósticos no pueden ser las mismas.

En los casos relevados, cada aparición de una nueva clasificación en general no hace referencia a la anterior, ni queda asentado el porqué del cambio en las historias clínicas. Pudimos registrarlos porque aparecen en alguna documentación particular que forma parte de la historia clínica – la evaluación del Comité de Admisión, alguna intervención de las Juntas Especiales que tienen por función intervenir en casos que involucran la salud mental de personas en conflicto con la ley penal, un informe del Servicio de Emergencia o notificaciones a los Juzgados a cargo de las causas de estos ‘pacientes’, entre otras –, pero no en la evolución diaria que el equipo tratante deja registrado. Tampoco como un cambio deliberado, discutido o fundado en alguna razón o acontecimiento en particular. Ello nos permite ver y problematizar el lugar del diagnóstico psicopatológico en la estructuración de los abordajes.

## Sobre el concepto y la experiencia de la enfermedad

Para estudiar esta dimensión del problema, nos abocamos al estudio de dos casos que componen la muestra. Fernando de 35 años, y Florencia de 29, ambos pacientes del Hospital en que ingresaron en el año 2009, y que en este momento (marzo 2018) están en proceso de externación. Eso quiere decir que ya no están más internados en la institución, pero concurren con frecuencia semanal a

entrevistarse con sus equipos y retirar la medicación. Como resultado del análisis de sus casos, podemos constatar que la categoría ‘sin conciencia de enfermedad’ – muy recurrente en el registro de sus historias clínicas – oculta el debate irresuelto en torno al concepto de enfermedad como entidad mórbida objetivable en salud mental.

La noción de ‘enfermedad’ para referirse al padecimiento subjetivo despierta polémica. En medicina, el concepto de enfermedad se usa para describir una alteración o desviación respecto de un estado normal, que contiene síntomas y signos característicos; se trata de una entidad mórbida que es posible estudiar y conocer en su evolución. En psicopatología, es francamente discutible que aquellas enfermedades que se clasifican, describen, diagnostican sean entidades a las que se pueda otorgar el mismo estatuto que otros cuadros elaborados desde otras ramas de la medicina. En general, cuando se halla un origen biológico de alguna ‘enfermedad’ clasificada como ‘mental’ – por ejemplo, la epilepsia –, ésta deja de serlo y pasa a formar parte de otra clasificación – en este caso, de la neurología –. Por eso, las clasificaciones vigentes para el campo de salud mental han optado por el concepto de ‘trastorno’. El trastorno es equivalente a ‘malestar’; tiene carácter variable, pero, sobre todo, precario en términos científicos. Según Dalal y Sivakumar, citado en Braunstein,

Trastorno [...] es un término a medio camino entre una enfermedad o entidad mórbida y un síndrome en lo que respecta a su consistencia, correlatos y significación<sup>12(71)</sup>.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación de Psiquiatría de EEUU y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS son los dos instrumentos a partir de los cuales se clasifican los ‘trastornos mentales’. El DSM, tal como su nombre lo indica, comenzó como un

proyecto con objetivo estadístico, no clínico. Entre su primera versión, publicada en 1952 y la que se encuentra en vigencia en nuestros días (DSM-5 2013), se han multiplicado las características que diferencian un trastorno de otro de manera espectacular: creció de 106 a 297 categorías psicopatológicas. Las categorías son ayudas para el juicio clínico, y se basan en la suposición – imposible de comprobar, aunque no lo aclare –, que cada diagnóstico específico responde a una también específica raíz patológica.

Este Manual despierta sin dudas muchas polémicas en torno a su utilidad y a sus efectos. Por un lado, hay una mirada que fija un horizonte de esperanza en la molecularización de la psiquiatría propia de nuestros tiempos: una imagen cada vez más certera de la complejidad cerebral, que conlleva una idea cada vez más exacta de las afecciones neurológicas, y a la que es posible corresponder una intervención terapéutica precisa, la de la psicofarmacología<sup>14</sup>. Por el otro, las miradas críticas señalan que esa visión optimista sin embargo no ha hecho aún aportes sólidos para el diagnóstico, pronóstico o tratamiento de las patologías mentales: el conocimiento profundo que tenemos sobre el funcionamiento cerebral sigue sin ser suficiente para darle por fin credenciales científicas a la Psiquiatría. Se sabe asimismo que los momentos previos al lanzamiento de la última versión del Manual estuvieron atravesados por un escándalo al conocerse la injerencia que los laboratorios estaban teniendo para la inclusión de nuevos diagnósticos y la baja de los umbrales en diversas categorías patológicas que requieren, por supuesto, la receta de fármacos.

El Capítulo 5 del CIE-10 taxonomiza los Trastornos mentales y del comportamiento. Incluye 78 categorías, que llegan a 280 con sus desgloses respectivos. Para evitar que quede algo por fuera, recurre a eufemismos tales como ‘otros trastornos sin especificar’, a la manera de un ‘etcétera’. Además del riesgo creciente de patologización de la vida

cotidiana que promueven, estas clasificaciones viven presas de una paradoja: miles de trastornos clasificados, cuando lo que prima en la definición es la carencia.

Con todo, ya se sabe su debilidad inherente: al no haber manifestación biológica y por ello objetivable de un padecimiento, el diagnóstico en salud mental es a partir de la experiencia siempre individual, única y subjetiva de la persona que sufre. Algo que Canguilhem<sup>15</sup> señaló hace poco más de 50 años para discutir el concepto positivista de las enfermedades en general, pero que la empresa clasificadora, en particular en salud mental, debe olvidar para seguir existiendo. Por lo tanto, más allá o más acá del concepto enfermedad o la noción de trastorno, hay que recuperar la experiencia del sufrimiento y revisarla epistemológicamente.

Fernando y Florencia son dos pacientes de la institución que llegaron en 2009: Florencia por un intento de suicidio, Fernando provenía del Pabellón Psiquiátrico de un penal provincial, donde estaba por haber cometido un homicidio por el que fue declarado inimputable. Desde su primer ingreso y hasta hoy, Florencia contabiliza más de 16 internaciones; su historia clínica es un relato sostenido sobre el riesgo permanente de dañarse o dañar a otros en el medio en el que vive. Fernando en cambio cumple una condena en los hechos: los años que suma entre cárcel y hospital ya igualan los que hubiese tenido que cumplir si no hubiese sido declarado inimputable. Los registros en la historia clínica muestran el deseo de recuperar por fin su libertad. Un punto en común entre ambos es que, en varios registros de la evolución de sus historias clínicas, aparece la leyenda ‘sin conciencia de enfermedad’. La conciencia como atributo de una persona de tener capacidad de sí mismo y de su entorno aparece deteriorada o asechada por una serie de síntomas que, en definitiva, expresan falta de adhesión al tratamiento que propone el equipo e imposibilidad de establecer un curso terapéutico factible para el abordaje de su sufrimiento.

En las entrevistas con estos pacientes,

podríamos interpretar la carencia del atributo de conciencia en algunas frases. Por ejemplo, Fernando dice que la combinación de droga e iglesia le causaron un trastorno mental, y que por eso ‘cayó en el Hospital’. En realidad, el motivo es que asesinó a un familiar con un cuchillo de cocina, hecho por el que fue declarado inimputable. Él dice que “*la jueza me largó porque no podía hacer más nada conmigo*”; y que sólo con el tiempo se dio cuenta de que “*necesitaba la pastilla*”.

*Quiero ser independiente, quiero hacer mi vida. Pero me di cuenta que la pastilla la tengo que tomar, porque después si no la tomo por 2 o 3 días me siento mal, me vengo abajo.*

Florencia en cambio dice que ella sabe que puede ser peligrosa o despertar el temor de los otros: un día, después de varias advertencias, apuñaló a su acompañante terapéutico, también con un cuchillo de cocina, porque la “*estaba volviendo loca*”. No lo mató. Entre risas cuenta que salió en el diario. Pero sus reingresos sucesivos al hospital se explican porque cada vez se retiraba sin el alta, bajo su propia responsabilidad o la de su madre, y ninguna de las dos reconocía la situación de riesgo en que se encontraba. “*Yo no estaba loca, no tenía ningún problema, sino que tenía problemas de familia*”. Pero hay otro dato llamativo: volvía, en general voluntariamente y pidiendo ayuda, a veces a gritos, otras explicando entre risas que “*se había tomado unas vacaciones*”. Pedía insistentemente permanecer en el área de Tránsito, que está separada ediliciamente de los Pabellones de Internación, porque ahí “*se siente menos loca y menos desprotegida*”. Sabe también que necesita la medicación para sostenerse.

*Me empezaron a dar otra pastilla para los temblores, y más pastillas, y cada vez más cosas. Bueno, y ahora estoy con el halopidol y sigo no más con las pastillas; nada más que ahora pareciera que me hacen falta.*

Asumir la toma de medicación aparece, en parte, como ‘dar crédito’ al menos a una parte de lo que dicen sus equipos tratantes. Lo que sucede con ambos no es que niegan estar enfermos, tienen una propia mirada de lo que les pasa, y por sobre todas las cosas, no quieren estar internados. En el caso de Florencia, la imposibilidad de asumir la necesidad de la internación por riesgo de pasaje al acto requirió de la intervención de un Juzgado de Familia que aprobara la internación involuntaria. En un segundo momento, tuvo que intervenir un equipo interdisciplinario de las Juntas Especiales en salud mental de la provincia, que la derivó a la Colonia provincial. Eso no evitó que siguiera escapándose en varias oportunidades de ambas instituciones. En el caso de Fernando, las fugas fueron durante 7 años su modo de estar en el Hospital.

En este momento, ambos están en proceso de externación, dejan claro que no quieren tener ya más nada que ver con el Hospital.

*Fernando: Y bueno, hoy en día estoy tratando de... quiero conseguir un trabajo, hacerme una casa, ya no depender más del hospital.*

*- ¿a qué vienes al hospital? ¿A atenderte? ¿Te dan la comida también?*

*Fernando: sí. Pero eso ya no quiero. No estoy de acuerdo con eso, de estar ligado al hospital. No estoy de acuerdo.*

*- Ahora que estás en proceso de externación, ¿qué tipo de conexión tienes con el hospital?*

*Florencia: no tengo ningún tipo de conexión. Tampoco quiero tenerla. Es más, no duermo más acá. Ya no duermo más acá, no puedo dormir más acá.*

En medicina la noción de enfermedad describe una alteración del estado normal, que reúne un conjunto de síntomas, posibles de ser estudiados en su estado y evolución. Desde la tradición vitalista, Canguilhem dedicó una serie de estudios al

discernimiento de las diferencias entre lo normal y lo patológico, que ponen en entredicho esa aseveración. Allí está la piedra de toque que recuperó Foucault<sup>16</sup>, entre otros, para pensar los procesos de normalización. Dos cosas son importantes de ser señaladas de ese aporte: lo primero es respecto de la normatividad que funda lo normal. Lo que ocurre es que el estado normal que altera la enfermedad no es objetivo, de modo que tampoco puede serlo el patológico. No hay posibilidad de que la enfermedad pueda ser definida en términos fisiológicos y que eso represente algo objetivo. Si se reconoce el carácter normativo – es decir, de establecer normas, parámetros, medidas, valores – de lo normal, la enfermedad ya no es observable como un hecho, sino que se manifiesta respecto de un parámetro previamente fundado, lo cual también la vuelve un valor. Lo segundo entonces es que dicho valor funda una normalidad distinta. La experiencia de lo patológico no es anormal, sino otro tipo de lo normal. Entre salud y enfermedad no existe entonces una diferencia de grado, cuantitativa, sino cualitativa. Estamos hablando de experiencias vitales distintas, no de normales unas y anormales otras.

La consecuencia de poner en entredicho una posible manifestación objetiva de la enfermedad mental es reconocer que ésta se define también en el ámbito de la experiencia individual de quien padece y, que, por eso, lo hace todas las veces de modo particular. De modo que negar la conciencia de enfermedad podría operar como negación de las formas siempre particulares, conflictivas, que colisionan con la de los profesionales, con la de la institución, que cada paciente tiene en la experiencia de su dolencia.

La forma en que un sujeto acepta o niega su enfermedad, la forma en que la interpreta y presta significación a sus aspectos más absurdos, todo esto constituye una de las dimensiones esenciales de la enfermedad<sup>17(66)</sup>.



## Conclusión o consideraciones finales

A través del estudio documental de historias clínicas hemos demostrado la alta prevalencia de casos de superposición de categorías diagnósticas en las personas internadas en hospitales monovalentes. A su vez, haciendo hincapié sobre dos casos, hemos puesto en entredicho la noción ‘sin conciencia de enfermedad’, problematizando la categoría ‘enfermedad’ para las manifestaciones del sufrimiento psíquico.

Más allá de las limitaciones y complejidades que hemos desarrollado en torno al asunto de las clasificaciones en psiquiatría y salud mental, a la hora de organizar el trabajo institucional, las distribuciones en el espacio y los abordajes, estas clasificaciones y modos de etiquetar las dolencias muestran su sentido práctico. Dicha afirmación es el puntapié a partir del cual abordar otras dimensiones de la clasificación que

mencionamos en la introducción – los criterios intra-institucionales que distinguen entre ‘pacientes’ agudos, cronicados, en conflicto con la ley penal, o con problemáticas sociales y no estrictamente de salud; y las clasificaciones que cada paciente hace de sí mismo y del resto. Son dos puntos que abordaremos en trabajos futuros.

## Colaboradores

Barukel A contribuyó sustancialmente para la concepción y planeamiento y para el análisis y la interpretación de los datos; contribuyó significativamente en la elaboración de la revisión crítica de su contenido; participó de la aprobación de la versión final del manuscrito. Stolkiner A contribuyó significativamente en la elaboración de la revisión crítica de su contenido; participó de la aprobación de la versión final del manuscrito. ■



## Referencias

1. Argentina. Ministerio de Salud. Camas disponibles destinadas a la atención de salud mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina. Buenos Aires: DNSMyA; 2010.
2. Gerlero S, Augsburg AC. La salud mental en Argentina: avances, tensiones y desafíos. Rosario: La Borde; 2013.
3. Alberdi J, Mutazzi E, Coll L, et al. La problemática de la institucionalización crónica y el fenómeno de revolving door en pacientes usuarios del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila. Rosario: Cátedra Paralela; 2005.
4. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1981.
5. Foucault M. La política de salud en el siglo XVIII. En: Foucault M. Saber y verdad. Madrid: La piqueta; 1985.
6. Minayo MCS. Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. Rev Salud Colect. 2017; 13(4):561-575.
7. Minayo MCS. El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar; 1997.
8. Neiman G, Quaranta G. Los estudios de caso en la investigación sociológica. In: Gialdino IV. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2009. p. 213-238.
9. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía: Métodos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994.
10. Garbus P, Solitario R, Stolkiner A. Aspectos éticos en investigaciones en clínicas en el campo de la salud: Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces. Anu Investig. 2009; 16:329-338.
11. Stagnaro JC. Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas. Rev Psiquiatría Argent. 2017. 28(133):188-235.
12. Braunstein N. Clasificar en psiquiatría. México: Siglo XXI; 2013.
13. Galende E. Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1992.
14. Rose N. Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata: Unipe; 2012.
15. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI; 2009.
16. Foucault M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires: FCE; 2007.
17. Foucault M. Enfermedad mental y personalidad. Buenos Aires: Paidós; 1984.

---

Recibido en 12/04/2018

Aprobado en 08/08/2018

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: Facultad de Psicología UBA/UBACyT

20020170100293BA 'Discursos, prácticas, actores y subjetividad en la articulación de APS y Salud Mental: estudio de caso en investigación social participativa'.

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Conicet - Argentina

# Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho

*Matrix Support in mental health: the perspective of the experts on the work process*

Alice Hirdes<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811809

**RESUMO** O artigo aborda a descentralização em saúde mental por meio do Apoio Matricial na Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa teve como objetivo geral investigar o Apoio Matricial em saúde mental na APS na perspectiva dos especialistas, levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada mediante entrevistas semiestruturadas e grupo focal com apoiadores matriciais em saúde mental. Os resultados evidenciam o aspecto processual da construção conjunta de intervenções sustentadas pela corresponsabilização e pela cogestão; os arranjos organizacionais e operacionais fundamentados em ações de supervisão, discussão de casos clínicos e atendimento conjunto. As relações personalizadas com as equipes de referência, o viés de saúde pública dos especialistas e o investimento em sensibilizar os profissionais generalistas e especialistas foram identificados na pesquisa. Conclui-se que o Apoio Matricial se sustenta por meio de tecnologias relacionais, na sistematicidade dos encontros e na longitudinalidade, devendo ser tais questões consideradas no cuidado interprofissional.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Assistência integral à saúde. Estratégias locais. Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *The article discusses decentralization in mental health through the Matrix Support in Primary Health Care (PHC). The research had as general objective to investigate the Matrix Support in mental health in PHC from the perspective of the experts, taking into account the guidelines of the Unified Health System (SUS) and the Psychiatric Reform. This is a qualitative research, conducted through semi-structured interviews and a focus group with matrix supporters in mental health. The results show the procedural aspect of joint construction of interventions sustained by co-responsibility and co-management; the organizational and operational arrangements based on supervisory actions, discussion of clinical cases and joint care. Personalized relationships with referral teams, the public health bias of the specialists and the investment in sensitizing general practitioners and experts were identified in the research. It is concluded that the Matrix Support is supported by relational technologies, in the systematicity of meetings and longitudinality, and such issues should be considered in inter-professional care.*

**KEYWORDS** *Mental health. Primary Health Care. Comprehensive health care. Local strategies. Health management.*

<sup>1</sup>Universidade Luterana do Brasil (Ulbra) - Canoas (RS), Brasil.  
Orcid : <https://orcid.org/0000-0003-3318-0514>  
[alicehirdes@gmail.com](mailto:alicehirdes@gmail.com)



## Introdução

Organismos e agências internacionais, profissionais e pesquisadores defendem a inclusão da saúde mental nos serviços de saúde em geral. Entre as razões para a referida integração, destacam-se o peso dos transtornos mentais nas populações; a ocorrência simultânea de transtornos físicos e mentais; a disparidade entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas que recebem tratamento; a melhoria no acesso ao tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS); a proteção dos direitos humanos; a redução dos custos na APS<sup>1,2</sup>. Além das razões elencadas anteriormente, pesquisadores e autoridades da área<sup>3-7</sup> situam o contexto histórico atual, traduzido na crise econômica global, na pobreza e nos conflitos em diferentes lugares do mundo, como uma razão adicional para a inclusão dos cuidados em saúde mental na APS.

No Brasil, o descompasso entre a magnitude da demanda e a oferta de serviços de saúde mental, além da baixa incorporação de especialistas para lidar com pacientes graves, constituem-se em uma ameaça à sustentabilidade do modelo<sup>8</sup>. Os autores defendem que a articulação da saúde mental com a APS ampliaria a universalização desses serviços. Assinalam os obstáculos a essa articulação, que implica desafios políticos – as limitações do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange ao financiamento, à capacidade de governo e de pessoal especializado. Onocko Campos et al.<sup>9</sup> defendem o investimento nos processos de transformação das práticas em saúde e nos profissionais, para que os avanços conseguidos não sejam revertidos. Lobosque<sup>10</sup> aponta como desafios fundamentais da Reforma Psiquiátrica a garantia do atendimento à crise, a inclusão da Atenção Básica mediante o estabelecimento de parcerias com a Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio do matriciamento em saúde mental, e a retaguarda dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) para cuidados intensivos.

Ou seja, a compreensão de que os serviços substitutivos, sobretudo os Caps, não darão conta da magnitude da demanda de atendimento constitui-se em outra razão para a defesa da referida articulação. Nesse caso, a sustentabilidade da Reforma Psiquiátrica depende da integração à rede de APS. Assim, os recursos humanos são uma questão central para o cuidado em saúde mental na APS, tanto no que tange aos profissionais especialistas, que podem prover supervisão e suporte mediante o apoio matricial, como para os generalistas que integram as equipes de saúde da família. Estes últimos lidam no cotidiano com problemas de saúde mental da população, muitas vezes sem subsídios teórico-práticos para situações mais complexas. Nesse sentido, o ‘trabalho vivo’ em saúde, operacionalizado mediante ‘tecnologias leves’<sup>11</sup>, a clínica ampliada<sup>12</sup> e os *inputs* (recursos) invisíveis<sup>13</sup> desempenham um papel central na operacionalização do cuidado em saúde mental na atenção primária.

As tecnologias leves<sup>11</sup>, relacionais, são fundamentais para o trabalho interprofissional. O mesmo ocorre com a noção de clínica ampliada, que permite uma “redefinição ampliada do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos”<sup>12(157)</sup>. Essa noção pressupõe a superação do modelo centrado na doença, a partir de intervenções que podem se situar no plano biológico, no subjetivo ou no social. A intervenção sobre um irá produzir impacto nos demais. Os *inputs* invisíveis<sup>13</sup>, como as relações de trabalho, usualmente esquecidos, ignorados ou subvalorizados, podem inibir ou potencializar os recursos (*inputs*) visíveis. Os *inputs* invisíveis podem qualificar as relações de trabalho entre profissionais e o atendimento conjunto, bem como as relações entre profissionais e usuários, materializadas no cuidado ao usuário.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico às equipes da APS, mediante a responsabilização compartilhada de casos.

Isso pode se dar por meio de discussões de casos, atendimentos conjuntos ou intervenções conjuntas à família e à comunidade<sup>14</sup>. Entretanto, cabe ressaltar que a saúde mental na APS envolve um processo complexo, permeado por diferentes forças que se contrapõem – profissional, política, ideológica, epistemológica e de gestão. Em última análise, esses fatores remetem aos recursos humanos dos serviços, que podem se constituir como fonte de potência e cuidado.

Tendo em vista essas considerações, esta pesquisa teve como objetivo geral investigar o apoio matricial em saúde mental na APS na perspectiva dos especialistas, levando em conta as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. A discussão da configuração desse processo de trabalho poderá fornecer contribuições para o avanço do conhecimento na área, no que tange às questões estruturais, operacionais e aos arranjos técnicos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e na ESF, e, sobretudo, no que diz respeito aos recursos invisíveis e às tecnologias leves utilizadas pelos apoiadores.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa. Os participantes do estudo foram seis profissionais especialistas em saúde mental (dois psicólogos e quatro psiquiatras) que atuam como apoiadores matriciais na APS. Foram elencados como critérios de inclusão dos participantes (apoiadores matriciais): atuar no apoio matricial em saúde mental há pelo menos dois anos, independentemente da modalidade de intervenção (discussão de casos, supervisão ou atendimento conjunto; atendimento ou intervenções específicas do apoiador, com posterior cuidado pela equipe de referência).

O campo de estudo foi o Município de Gravataí (RS), Brasil. A opção por esse local decorre do trabalho pioneiro com descentralização em saúde mental e Apoio Matricial

no estado do Rio Grande do Sul. Ele possui o sexto maior Produto Interno Bruto e a sexta maior população do estado, com cerca de 255.660 mil habitantes, além de uma estimativa de vida que ultrapassa os 70 anos. É constituído por área urbana e rural, apresentando características e problemas típicos dessas duas realidades. A partir de 2004, foi implantado o processo da Distritalização/Regionalização da Saúde, por meio da ESF. A rede primária de atenção à saúde é composta por 18 Unidades de Saúde da Família (USF), além de 10 UBS tradicionais.

As técnicas de pesquisa utilizadas foram entrevistas semiestruturadas e Grupos Focais (GF). A coleta dos dados ocorreu em 2013. A entrevista semiestruturada obedece a um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador, assegurando que as questões relativas ao problema de pesquisa estarão cobertas na conversa<sup>15</sup>. Grupos focais proporcionam *insights* dos processos, de atitudes e dos mecanismos envolvidos, bem como da interrogação e da modificação de visões. Também são úteis para conhecer o que os participantes pensam, mas, sobretudo, por que os participantes pensam como pensam<sup>16</sup>. Nesse sentido, os grupos focais poderão trazer diferentes perspectivas, preocupações e pressupostos dos profissionais envolvidos no apoio matricial e, desse modo, denotar processos criativos, singularidades, inconsistências e contradições do processo. Na pesquisa, os bancos de dados foram primeiramente analisados individualmente, mediante a leitura minuciosa dos textos, conforme a proposta analítica. Após esse primeiro movimento, realizou-se a triangulação dos dados das duas técnicas.

Para a análise dos dados das entrevistas semiestruturadas e dos grupos focais, foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática<sup>15</sup>, que compreende: a ordenação, a classificação e a análise final dos dados. A etapa da ordenação dos dados consiste na transcrição das entrevistas; releitura do material; organização dos relatos em

determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. A etapa seguinte, de classificação dos dados, foi operacionalizada pela leitura horizontal e repetida dos textos. Por meio desse “exercício inicial, denominado por alguns autores como leitura flutuante, apreendeu-se as ‘estruturas de relevância’ dos atores sociais”<sup>15(357)</sup>. Nelas, estão contidas as ideias centrais dos entrevistados sobre o tema, do qual emergiram as categorias empíricas. A triangulação das duas técnicas (entrevistas e GF) forneceu *insights* adicionais e dados analíticos, que foram utilizados como um recurso para produzir bases de dados paralelas na pesquisa<sup>16</sup>. No segundo momento, ocorreu a leitura transversal dos dados de cada subconjunto (entrevistas semiestruturadas e grupo focal) e do conjunto em sua totalidade, que deu origem às áreas temáticas.

Cabe destacar, ainda, que foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução nº 466/2012<sup>17</sup>. A pesquisa foi submetida e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa credenciado, sob o nº 304 227, no ano de 2013. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com vistas a assegurar o anonimato, eles serão identificados por letras e números (AM1, AM2, AM3...).

## Resultados e discussão

### Processo de trabalho em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde

Nesta área temática, serão discutidas as condições que desencadearam o processo de descentralização em saúde mental e a sua posterior configuração no que é denominado atualmente de apoio matricial em saúde mental, assim como as questões estruturais, operacionais e os diferentes arranjos técnicos. A descentralização em saúde mental

no município investigado decorre, em um primeiro momento, de questões estruturais e operacionais, como uma resposta à resolução da demanda de atendimento a um grande contingente de pessoas, bem como à pressão da mídia.

O primeiro movimento ocorreu na descentralização do atendimento em saúde mental nas USF, posteriormente estendido às UBS tradicionais.

*Então, se começou esse apoio matricial, num primeiro momento, com o trabalho de grupo, na descentralização do espaço físico, mas já percebendo como uma semente de que nós estaríamos indo um pouco mais para próximo da comunidade, saindo do espaço designado então só para saúde mental. (AM1).*

Evidenciam-se duas situações distintas: o atendimento em grupo nas unidades de saúde e o trabalho concomitante de descentralizar os usuários do Caps, mediante a instituição de um dia para a discussão das pessoas que seriam contrarreferenciadas pela unidade. Esse processo, inicialmente, recebeu a denominação de ‘descentralização’ em saúde mental. Posteriormente, foi adotada a expressão ‘apoio matricial’ em saúde mental, nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

Situação semelhante ocorreu na experiência de Campinas (SP), que desencadeou a descentralização de dois serviços de saúde mental que passaram a funcionar na lógica matricial. Em Gravataí, esses arranjos organizacionais possibilitaram a constituição de duas diferentes formas de trabalho em saúde mental – os grupos terapêuticos na comunidade e, posteriormente, o Apoio Matricial (AM) propriamente dito. Apesar de esse processo de descentralização em saúde mental estar em curso há 16 anos no município e de o AM ter sido implantando em 2007, não existem pesquisas publicadas sobre a experiência em curso. As duas experiências pioneiras brasileiras documentadas – Campinas e

Sobral; além do Projeto Qualis, em São Paulo, anterior à construção teórica de AM – mostraram ser o território um espaço potente para a construção de projetos e intervenções em saúde mental.

Nas diretrizes do Ministério da Saúde<sup>14</sup>, as equipes matriciais devem, além da supervisão e do atendimento conjunto, de atendimento específico e capacitação, priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ocorrer nas unidades de saúde, bem como na comunidade. Assim como, entre outras ações, mobilizar recursos comunitários e desenvolver redes de apoio e integração. Essas são denominadas ‘responsabilidades compartilhadas’. No estudo, pode-se depreender que o movimento inicial ocorre no sentido inverso. As ações de descentralização por meio de grupos sustentaram os campos de interação que propiciaram a instituição do AM.

*Essa foi a primeira vertente do apoio matricial, o pensamento e a ação do trabalho de grupo, o Grupo Violeta como o primeiro que descentralizou. E, ao mesmo tempo, pensamos que aqueles pacientes que estavam há muito tempo já na unidade e que são crônicos, ou que poderiam ser atendidos nas unidades, nós teríamos um dia específico que, na época, era quintas de manhã, então nós levaríamos as referências e contrarreferências para as suas unidades. (AM1).*

A forma instituída de personalizar a relação da descentralização, mediante o ir junto para explicar e discutir com os profissionais das unidades de saúde, em substituição ao sistema anterior via ‘malote’ de referência e contrarreferência, na sequência à descentralização de alguns profissionais volantes (psicólogos, neurologistas, psiquiatras), é embrionária no processo de AM.

*Então, alguns colegas, eu também, nós começamos todas as quintas de manhã: primeiro, o pessoal da enfermagem, da assistência social e*

*da psicologia levando esses prontuários e falando com os enfermeiros de lá, com os médicos de lá, dando uma explicação de como é que se dava o acompanhamento desses usuários no Caps e como poderia ser feito na unidade. (AM1).*

A fala evidencia que, desde o início da descentralização, ocorre a personalização das relações, a corresponsabilização e a cogestão do processo. Assim, um aspecto central do trabalho decorre das redes interprofissionais que foram sendo constituídas mediante o trabalho realizado nos espaços comunitários.

A implantação do AM em alguns municípios brasileiros pioneiros difere no processo entre si<sup>18</sup>. Enquanto em Campinas, considerado o berço do conceito, ele é realizado por psicólogos sediados em unidades de saúde, em Sobral, assim como em Gravataí, ele é realizado por equipes volantes que trabalham em serviços especializados, o que permite uma visão ampla do sistema. No caso de Gravataí, o AM é realizado por psicólogos e psiquiatras que estão sediados no Caps, e um dos psiquiatras na emergência. Os apoiadores relataram que essa inserção em diferentes serviços possibilita um olhar ampliado da rede de atenção à saúde. Esse arranjo permite aos apoiadores investir em processos de trabalhos articulados, porém, sem fazer parte do ‘quadro permanente’ daquela UBS. Essa configuração propicia um olhar de outra posição e lugar, desejável e necessário.

Os participantes identificaram diferenças no AM com relação às UBS e naquelas unidades onde está implantada a ESF. Enquanto nas primeiras prevalece a lógica do atendimento da demanda, para resolver problemas específicos, nas unidades da ESF, pelas próprias características da proposta do programa, há um olhar para o contexto mais amplo, para a família. Nesse sentido, tanto a ESF quanto a Reforma Psiquiátrica brasileira advogam em defesa de um cuidado integral no território. Há o reconhecimento de que na ESF modifica-se, também, a forma de realização do AM, mediante a



supervisão dos casos, ao passo que nas UBS ocorre usualmente o atendimento conjunto. A supervisão (discussão de casos clínicos), visualizada também como uma capacitação em serviço, é dirigida não somente para um profissional, mas estendida à equipe da ESF. Dessa forma, situações similares podem ser resolvidas pela própria equipe de referência, aumentando, assim, a capacidade resolutiva dos profissionais.

*Nas unidades que têm a característica de ser de medicina de família (ESF), existe o envolvimento de toda a unidade com o grupo familiar a que pertence aquela área ou aquele setor. É um pouco diferente... Na verdade, nós olhamos a integridade daquela família [...] fica um caráter de supervisão, de conduta e de procedimentos que possam se dar quase como um treinamento em serviço e no sentido de que futuras pessoas com características da doença daquele paciente possam ser atendidas pelo grupo sem a necessidade do especialista, porém, com o suporte. (AM6).*

O apoiador reconhece que o suporte continuará sendo necessário. Nesse sentido, as experiências bem-sucedidas de descentralização em saúde mental, nos âmbitos nacional e internacional, têm como elemento em comum a sistematicidade dos encontros e a longitudinalidade<sup>19-23</sup>.

A noção de equipe e profissionais de referência produzida aponta para aqueles que têm a responsabilidade pela coordenação de um caso, quer seja ele individual, familiar ou comunitário<sup>24</sup>. No estudo, quando são UBS tradicionais, o profissional de referência está centralizado na figura do médico clínico, que terá a responsabilidade pela coordenação e condução do caso. Conforme os entrevistados, em razão da configuração dessas unidades, o AM, nessa caracterização, consiste em resolver uma questão específica: o atendimento da demanda de pessoas com transtornos mentais. A construção teórica prevê que a equipe de referência tem sempre uma composição interdisciplinar, com vistas à

integração dialógica entre distintas especialidades e profissões<sup>25,24</sup>.

No caso dos profissionais das UBS, na realidade estudada, existe um único profissional em cada UBS que é a referência para o AM. Na condição de ausência desse profissional (por desligamento, férias, licença saúde), ocorre uma mobilização dos apoiadores para a identificação de outro profissional que aceite atender os casos de saúde mental.

*Na ESF, nós podemos trabalhar com toda a equipe, enquanto que nas UBS hoje é um profissional que é a referência para o matriciamento. Amanhã ou depois, ele não está mais, aí já é outro [...] aí, nós temos que mobilizar um outro profissional que queira aceitar esses usuários e atendê-los como referência, enquanto que lá na ESF, não, todos eles são referência, e na UBS não. (AM1).*

A disponibilidade dos profissionais das equipes da ESF facilita o processo de trabalho interprofissional, enquanto nas UBS o processo é mais complexo. Neste caso, a complexidade não decorre em razão das intervenções, mas em razão da necessidade de um arranjo anterior: o encontro dos apoiadores e dos generalistas. A complexidade, neste caso, é estrutural, organizacional, e remete à lógica de funcionamento dessas unidades.

Os resultados de um estudo baseado em modelos de equipes colaborativas evidenciam que os médicos clínicos com larga experiência são os que menos preferem as discussões em profundidade sobre os pacientes. A pesquisa alerta que as abordagens individualizadas da equipe de apoio com os médicos clínicos podem gerar desvios no tratamento, decorrentes de múltiplas vias de comunicação<sup>26</sup>. Outros autores<sup>25</sup> identificaram que os profissionais estão habituados com a autonomia profissional, deliberando sobre os casos de modo isolado. Entre as razões para essa conduta encontram-se o apego à identidade de seu núcleo de especialidade e a segurança que advém de práticas conhecidas. Além dessas, há, ainda, uma



cultura dominante, que estabelece que o saber profissional nuclear constitui-se em 'propriedade privada'. Assim, o enrijecimento das fronteiras de conhecimento pode se dar em razão de uma reserva de mercado profissional, como, por exemplo, a Lei do Ato Médico<sup>24</sup>.

O trabalho solitário nas UBS relatado nas falas encontra ressonância em outro estudo<sup>9</sup>. A sensação de solidão, a impotência e o despreparo para lidar com as situações de saúde mental decorrem da falta de perfil profissional do AM, das dificuldades de entendimento da proposta e de organização dos encontros por parte da gestão. Na pesquisa em tela, a solidão referida pelo entrevistado remete ao atendimento conjunto exclusivamente com o médico clínico, sem a presença de outras pessoas da equipe, e não do perfil do AM.

*[...] nas UBS, o trabalho é bem mais solitário. É curioso... o médico atende o paciente, daí ele faz uma referência, um documento de referência para ele mesmo, porque ele faz a referência para o dia em que a gente vai lá. Ele vai ler aquela referência, e vamos atender o paciente junto com ele ou vamos discutir aquele caso [...]. (AM5).*

Entre as barreiras para integrar a saúde mental na APS estão os processos de trabalho fragmentados, ainda centrados na figura de um só profissional (o médico), assim como os fatores relacionados ao preconceito com o campo e o estigma relacionado às pessoas com transtornos mentais. Entretanto, o AM tem potência para a construção de novos modelos de assistência à saúde, articulados ao SUS. As tecnologias de relações, pautadas no acolhimento, no vínculo, na corresponsabilização e na resolubilidade do cuidado devem permear a organização dos processos de trabalho<sup>27</sup>. Outros autores defendem que, para a superação das barreiras, a mobilização, a sensibilização e a capacitação da atenção básica precisam ser incrementadas constantemente<sup>22</sup>. Essa necessidade de investimento sistemático também foi reportada pelos apoiadores como essencial à manutenção da proposta.

## Recursos imateriais e processo de trabalho sistemático e longitudinal

Há o reconhecimento sobre o aspecto processual do AM, construído na prática cotidiana pelas pessoas envolvidas no trabalho. Esse processo é eminentemente sustentado por meio de recursos imateriais, simbólicos, que atravessam as práticas, mediado pelas relações estabelecidas entre os apoiadores e os profissionais das equipes de referência.

*O matriciamento não é uma coisa dada por antecipação, quer dizer, são características que tu vês na prática, no desenvolvimento do trabalho; são características onde tu precisas lidar com um grupo, com várias pessoas, interagir com vários profissionais, várias equipes. Tu tens que se disponibilizar a trabalhar com várias pessoas, pessoas diferentes, com visões diferentes, com visões semelhantes às tuas, com visões conflitantes às tuas, com várias equipes, então isso te remete a um esforço de interagir, de escutar, de conseguir propor, de ter essa flexibilidade. (AM2).*

A complexidade do processo decorre, em um primeiro momento, das relações e interações que vão sendo construídas no cotidiano. Essas são permeadas por valores, princípios, significados e representações dos sujeitos envolvidos. Dessa forma, a compreensão do AM como um processo relacional, sistemático e longitudinal é fundamental à descentralização e irá determinar a sustentabilidade da proposta.

Na fala anterior, evidenciam-se algumas características para o trabalho, como a possibilidade de compor com pessoas com perspectivas diferentes, com equipes diferentes, com diferentes profissionais, mediante um exercício de disponibilidade para a escuta e de flexibilidade. Essas características remetem à possibilidade do autogoverno dos trabalhadores para imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações<sup>11</sup>.

*[...] depende das pessoas... talvez essa é a maior dificuldade, mas também é o que dá esperança também, porque daí a gente consegue tocar as pessoas, a gente consegue conversar e sensibilizar, e uma equipe não é uma pessoa só, então em cada equipe a coisa pode funcionar diferente, e a gente aproveitar o que cada equipe tem para oferecer para o trabalho com a saúde mental. (AM5).*

As tecnologias leves<sup>11</sup> constituem-se por excelência no trabalho interprofissional desenvolvido no apoio matricial em saúde mental. Essas tecnologias podem ser produzidas entre profissionais e usuários, assim como entre profissionais (generalistas e especialistas). Os recursos invisíveis<sup>13</sup>, mediante o exercício da disponibilidade, da abertura, do acolhimento, do vínculo, de novos modos de operar, das possibilidades de criação de novos cenários, poderão imprimir mudanças na vida dos usuários e dos profissionais, generalistas e especialistas.

*[...] o apoio está mais próximo porque a equipe está unida, não está distante, não está se comunicando só por papel [...] a repetição dessas experiências vai fazer com que os próximos casos que surjam já estejam mais familiarizados pela equipe e a equipe já saiba exatamente como proceder. (AM3).*

Como desdobramento, o AM propicia a educação permanente das equipes.

Os apoiadores relatam duas situações distintas, sendo a primeira um entrave: nas UBS ocorre um atendimento da demanda, sob a forma de interconsulta (médico e especialista), sem um espaço para a discussão dos casos, enquanto nas unidades com equipes da ESF ocorre a discussão com a equipe, com disponibilidade para a planificação de uma proposta terapêutica, com acompanhamento longitudinal. Uma característica do AM nas UBS é que, nestas, através de negociação com os profissionais, foi identificado um profissional que tivesse disponibilidade, desejo e motivação para o atendimento em saúde mental. Dessa forma, esse profissional

passou a ser referência para todos os casos de saúde mental. Essa situação é apontada como um arranjo possível na atual configuração das UBS tradicionais sem equipes da ESF.

Na UBS, geralmente é mais interconsulta, quer dizer, os pacientes estão juntos, são atendidos e, depois, em conjunto com o clínico, a gente discute os casos. (AM2).

Nas UBS, a lógica de atendimento, que provém de um sistema implantado anteriormente ao SUS, funciona de uma forma diferente da ESF e com outra racionalidade. Nesse sentido, o AM nas UBS caracteriza-se em algumas unidades de acordo com o fazer do profissional em uma perspectiva de atendimento e resolução da demanda. Cabe ressaltar que existem diferenças na forma de condução do AM entre os especialistas, que puderam ser constatadas nas falas e também no GF. Os especialistas referiram que conseguiam discutir os casos com as equipes da ESF; enquanto nas UBS a centralidade decorria do atendimento conjunto permeado por alguma discussão, mormente para resolver a demanda da UBS.

*Nas unidades que não têm a proximidade com o paciente, com o grupo, é uma coisa puramente assistencial, com qualidade, porém, assistencial em atendimento. (AM6).*

Outra configuração do processo de trabalho refere-se à realização conjunta de visitas domiciliares. Além do paradigma psicossocial, identifica-se outro, o da promoção da vida. Pessoas com risco de suicídio, além do acompanhamento sistemático em consultas, também são inseridas em uma rede, que provê a sustentação e a ligação à vida. Esse resultado encontra ressonância na pesquisa de Lima e Dimenstein<sup>28</sup>, que destacam que o AM é uma ferramenta importante de prevenção e intervenção de crises no território.

*[...] colocar um profissional matriciando vai ampliar a capacidade da Atenção Básica de estar*

*atenta a questões que antes passariam reto para um especialista, e se estaria desconectado do que está acontecendo na casa, na família, na comunidade, no dia a dia da pessoal [...] (AM5).*

Outra pesquisa<sup>22</sup> traz que o AM produz uma resposta direta no atendimento à demanda em saúde mental na Atenção Básica, ao favorecer a autonomia e as tomadas de decisão dos profissionais. A pesquisa reporta que os profissionais adquirem *expertise* nas práticas de saúde mental, com diminuição da demanda para os serviços especializados.

*Então, o que sustenta o trabalho nas unidades, acho que o principal que sustenta é a nossa vontade de fazer o AM. Ninguém nos pediu. Quando eu entrei na prefeitura, quem veio falar foi o (Profissional X), não foi a gestora, não foi a coordenadora, não foi a coordenadora de Saúde Mental. (AM 5 GF).*

O AM decorreu do protagonismo de um grupo de profissionais especialistas em descentralizar a atenção em saúde mental. Nesse sentido, cabe o reconhecimento de que, a despeito das diferentes forças em jogo e das trocas de gestão, o AM foi mantido em razão do desejo e do protagonismo dos apoiadores. Tal resultado encontra ressonância em Elery<sup>29(214)</sup>, que argumenta:

Consideramos ser possível a interprofissionalidade, desde que sejam disponibilizadas condições organizacionais e coletivas, mobilizadoras de aspectos subjetivos dos profissionais. A oferta das condições de possibilidade, no plano organizacional, é indispensável, mas não suficiente para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. Sem a mobilização dos afetos, dos desejos e dos micropoderes de cada sujeito, não há interprofissionalidade possível.

O apoio matricial pressupõe a expectativa de um trabalho interprofissional

construído por diferentes atores. Os profissionais deverão ser capazes de ultrapassar os limites impostos pela doença, pelo estigma, pelas condições de vida adversas, para produzir outros modos de operar, mediante as situações específicas que se apresentam. Um dos pressupostos do apoio matricial diz respeito à responsabilização compartilhada de casos, que demanda uma abordagem interprofissional e interdisciplinar, a qual é construída por meio do diagnóstico, da formulação de projetos terapêuticos e da abordagem conjunta, mediados pela comunicação e por relações estabelecidas entre os profissionais. Diferentes perspectivas podem ser levantadas, com o enriquecimento das intervenções terapêuticas.

*[...] discutir casos, fazer algumas ações junto com eles, fazer visita domiciliar, fazer atendimento em conjunto... trabalhando de forma a ampliar o trabalho da Atenção Básica, não fazendo por eles, fazendo com eles para qualificar a atenção deles. (AM5).*

A fala traz uma questão essencial: 'não fazendo por eles, fazendo com eles'. O 'fazer com' pressupõe a lógica da cogestão e coresponsabilização, diretrizes do AM. Sem essa lógica, ficam estabelecidas a referência e a contrarreferência como o principal meio de comunicação entre os profissionais.

Nas UBS, os pacientes são atendidos pelo generalista e pelo especialista. Nas equipes da ESF, esse atendimento em conjunto é destinado às situações mais graves, quando foram esgotadas as propostas terapêuticas discutidas anteriormente. Entretanto, cabe ressaltar que esses arranjos organizacionais não são estanques, rígidos. Dependem, sobretudo, do estilo de trabalho de cada apoiador.

*Nos postos onde funciona a Estratégia Saúde da Família é mais a discussão de casos clínicos mesmo. Os médicos trazem para a gente discutir em equipe e, também, eventualmente, tem com a presença dos pacientes. Em alguns casos mais*

*complicados, a gente faz interconsulta, discute vendo o paciente, conversando com o paciente. (AM2).*

Nesse sentido, existem consensos estabelecidos nos arranjos entre os apoiadores e no trabalho desenvolvido entre estes e os profissionais das unidades de saúde, quer sejam UBS ou USF.

Pesquisa realizada sobre o AM indica que nessa estratégia não há gestores, apoiadores ou trabalhadores prontos. Mesmo quando parecem ter as ferramentas para lidar com a diversidade na produção do encontro, é necessário abrir espaço para a construção de um coletivo em produção. Esses espaços devem comportar o aparecimento da diferença, pois esta é necessária à produção de um coletivo. Nesse sentido, o apoio é um processo autoanalítico, mediante uma perspectiva de reinvenção na gestão e na produção do cuidado em saúde. Desse processo são produzidos novos modos de interpretar e relacionar-se, por meio dos fluxos de comunicação entre usuários, profissionais e gestores<sup>30</sup>.

*O matriciamento tem muito a ver com isso, com a dinâmica da equipe, como a equipe consegue trabalhar alguns casos e alguns casos são analíticos para a equipe, casos que demonstram alguma coisa que está emperrada na equipe. As dificuldades da equipe aparecem, às vezes, em atender casos. (AM5).*

O apoiador traz a necessidade do olhar contextualizado e autorreferencial ao trabalho desenvolvido no grupo, em um processo de avaliação interna.

## Considerações finais

Na pesquisa, observamos que o cuidado é o elemento central das intervenções, que possibilita coagenciamentos, suporte, acompanhamento de situações-limite na comunidade. O trabalho é sustentado

primordialmente pelas relações personalizadas entre apoiadores, profissionais das equipes de referência e usuários, mediante processos de trabalho complexos de base territorial. Pode-se observar que a descentralização em saúde mental ocorre não somente no universo dos usuários, mas também dos especialistas (apoiadores). Estes podem romper com o instituído, o atendimento ambulatorial, e se tornar protagonistas de processos criativos e inovadores. Os arranjos organizacionais e operacionais do processo de trabalho fundamentam-se em ações de supervisão, atendimento conjunto e discussão de casos clínicos. Esses arranjos estruturam-se de acordo com as particularidades das UBS, com ou sem equipes da ESF e dos profissionais envolvidos.

A análise dos dados permite inferir que os processos de trabalho estão ancorados em tecnologias leves, sustentadas por relações personalizadas entre apoiadores e equipes/profissionais de referência. Pode-se depreender que a sistematicidade dos encontros, as relações longitudinais, o viés de saúde pública dos especialistas, o perfil para o trabalho na comunidade sustentam a proposta. Estes, juntamente com as características do grupo, como o respeito às ideias e posições do outro, o respeito às diferentes formas de realizar o AM, o respeito às diferentes linhas teóricas de cada profissional, o sentimento de crescimento pessoal derivado das relações interprofissionais, mediadas por relações de afeto, dão sustentação à proposta. Outros atributos dos apoiadores que atravessam as práticas são a flexibilidade, o envolvimento, a disponibilidade, a corresponsabilização, a comunicação e o cuidado. Essas podem ser consideradas competências desejáveis e necessárias para o apoiador, que subsidiam o processo de trabalho. Assim como o reconhecimento da noção de processo implicada no trabalho e a complexidade decorrente dos campos de interação. As estratégias de cuidado ampliado também foram evidenciadas no trabalho conjunto, mediante a

não centralização no modelo da doença, no modelo biomédico. Existe, por parte dos apoiadores, a lógica de trabalhar as questões a partir da compreensão do contexto de vida das pessoas, o que envolve também o adoecimento, mas não se limita a isso. Cabe ressaltar que a formação dos apoiadores propicia tal abordagem, como, por exemplo, psicólogos e psiquiatras com formação em saúde mental comunitária.

As questões de ordem organizacional, estrutural, epistemológica e política são indispensáveis à operacionalização do AM. Entretanto, para além delas, os recursos invisíveis, como as relações personalizadas entre apoiadores e equipes/profissionais de referência, emergem como uma questão central à manutenção da proposta. O processo é

sustentado no trabalho relacional em ato, no cotidiano dos serviços, nos espaços do território e na rede simbólica construída, o que demanda práticas criativas, que permitam a coemergência de novos cenários, internos e externos, na vida das pessoas. Assim, por meio do AM, os princípios de descentralização, integralidade e equidade do SUS, para além de princípios idealizados, abstratos, são construídos e reinventados nas práticas interprofissionais.

Uma das limitações da pesquisa foi a impossibilidade de realizar um segundo GF conjunto com os apoiadores, os profissionais das UBS e das USF, estes dois últimos segmentos objeto de outra análise. Isso ocorreu em razão da impossibilidade de compatibilizar a agenda de todos os profissionais. ■

---

## Referências

1. Federación Mundial para la Salud Mental. Atención primaria y salud mental, salud mental em la atención primária: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. [internet]. 2009 [acesso em 2013 jun 20]. Disponível em: <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/SPANISH%20WMHD09.pdf>.
2. Patel V, Belkin, GS, Chockalingam A, et al. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. PLoS Medicine [internet]. 2013; [acesso em 2013 jan 10]; 10(5): e1001448. Disponível em: doi:10.1371/journal.pmed.1001448.
3. Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al. Grand challenges in global mental health. Nature [internet]. 2011; [acesso em 2013 set 20]; 475:27-30. Disponível em: doi:10.1111/j.1365-3016.2007.00869.x.
4. Patel V. Global Mental Health: from science to action. Harvard Rev Psychiatry [internet]. 2012; [acesso em 2013 nov 12]; 20(1):6-12. Disponível em: doi:10.3109/10673229.2012.649108.
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet [internet].

- 2013; [acesso em 2013 set 28]; 382(9904):1575-1586. Disponível em: doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
6. Becker AE, Kleinman A. Mental Health and the Global Agenda. *The New England Journal of Medicine* [internet]. 2013; [acesso em 2013 set 10]; 369:66-73. Disponível em: doi:10.1056/NEJMr1110827.
  7. Evans-Lacko S, Knapp M, McCrone P, et al. The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. *PLoS ONE* 2013; [acesso em 2013 dez 28]; 8(7):e69792. Disponível em: doi:10.1371/journal.pone.0069792.
  8. Ribeiro JM, Inglez-Dias A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(12):4623-4633.
  9. Onocko Campos R, Gama CA, Ferrer AL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: um estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(2):4643-4652.
  10. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(12):4590-4592.
  11. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2005.
  12. Campos GWS. Saúde Paidéia. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
  13. Thornicroft G, Tansella M. The mental health matrix. A manual to improve services. New York: Cambridge University Press; 1999.
  14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. [acesso em 2018 ago 25]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>.
  15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
  16. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
  17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS; 2012.
  18. Tófoli LF, Fortes S. Apoio Matricial de Saúde Mental na atenção primária no Município de Sobral-CE: o relato de uma experiência. *SANARE*. 2007; 6(2):34-42.
  19. Patel V, MajM, Flisher AJ, et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry* [internet]. 2010; [acesso em 2012 fev 10]; 9(3):169-76. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20975864>
  20. Eaton J, McCay L, Semrau M, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet* [internet]. 2011; [acesso em 2013 dez 14]; 378(9802):1592-603. Disponível em: doi: 10.1016/S0140-6736(11)60891-X.
  21. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental em atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad de Saúde Coletiva* [internet]. 2012; [acesso em 2013 dez 18]; 20(4):440-447. Disponível em: doi:10.1590/S1414-462X2012000400006.
  22. Moraes APP, Tanaka OY. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde e Sociedade* 2012; 21(1):161-170.
  23. Prates MML, Garcia VG, Moreno DMFC. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. *Saúde e Sociedade* 2013; 22(2):642-652.

24. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade* 2011; 20(4):961-970.
25. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad de Saúde Pública* 2007; 23(2):399-407.
26. Dobscha SK, Leibowitz RQ, Flores JA, et al. Primary care provider preferences for working with a collaborative support team. *Implementation Science* [internet]. 2007; [acesso em 2012 dez 5]; 2:1-6. Disponível em: doi:10.1186/1748-5908-2-16.
27. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Pinto AGA, et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 2012; 4(8):166-175.
28. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(58):625-35.
29. Elery AEL. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. *Interface (Botucatu)* 2014; 8(48):213-5.
30. Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal de saúde [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. 234 p.

---

Recebido em 07/06/2018

Aprovado em 31/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)



# Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual

*Center day: an option on attendance elder person with intellectual disability*

Lisiane Capanema Silva Bonatelli<sup>1</sup>, Jordelina Schier<sup>2</sup>, Juliana Balbinot Reis Girondi<sup>3</sup>, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt<sup>4</sup>, Francisco Reis Tristão<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae) – Florianópolis (SC), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9389-1679>  
[licapanema@gmail.com](mailto:licapanema@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Núcleo de Estudos da Terceira Idade (Neti) – Florianópolis (SC), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5117-7234>  
[jordelina.schier@ufsc.br](mailto:jordelina.schier@ufsc.br)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas – Florianópolis (SC), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3763-4176>  
[juliana.balbinot@ufsc.br](mailto:juliana.balbinot@ufsc.br)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas – Florianópolis (SC), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7140-3427>  
[karina.h@ufsc.br](mailto:karina.h@ufsc.br)

<sup>5</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas – Florianópolis (SC), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1451-4566>  
[franciscoreistrisao@hotmail.com](mailto:franciscoreistrisao@hotmail.com)

DOI: 10.1590/0103-1104201811810

**RESUMO** O estudo objetivou mapear serviços, fluxos de atendimento e organização do serviço do Centro-Dia das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais da grande Florianópolis para o atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual. Trata-se de pesquisa exploratória descritiva, com análise temática e referencial teórico de Feuerstein, realizada em 17 associações da grande Florianópolis, Santa Catarina. Evidenciou-se carência de implementação dos dispositivos legais referentes à pessoa com deficiência e idoso apontando necessidade de discussão e fortalecimento das políticas públicas na área da deficiência e envelhecimento, com vistas à qualificação do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Pessoas com deficiência. Envelhecimento. Centros comunitários para idosos. Enfermagem geriátrica.

**ABSTRACT** *The study aimed to map out services, care services and organization of the Center-Day Service of Parents 'and Friends' Associations of the Greater Florianópolis to attend the person involved with intellectual disability. It is a descriptive exploratory research, with thematic analysis and theoretical reference of Feuerstein, performed in 17 associations of the great Florianópolis, Santa Catarina. There was a lack of implementation of legal provisions regarding the disabled and elderly person, pointing out the need to discuss and strengthen public policies in the area of disability and aging, with a view to qualifying care.*

**KEYWORDS** *Disabled persons. Aging. Senior centers. Geriatric nursing.*



## Introdução

Embora o Estatuto do Idoso<sup>1</sup> saliente que a pessoa idosa compreende, cronologicamente, aquela com idade igual ou maior de 60 anos, estudiosos descrevem que as pessoas com deficiência intelectual apresentam o processo de envelhecimento acelerado, utilizando-se a idade de 35 anos, como marco do envelhecer, uma vez que reflete em diversas modificações funcionais e alto índice de demências, implicando na necessidade de cuidados específicos<sup>2</sup>.

Assim, proteger os direitos da pessoa com deficiência é uma preocupação mundial, sendo esta, disposta na Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências<sup>3</sup>, a qual solicita a adoção de medidas em planos nacionais e internacionais para o apoio e proteção desses direitos. Os dispositivos legais buscam garantir os direitos destas pessoas, sua proteção, saúde e qualidade de vida<sup>3</sup>.

A literatura sugere, que a maioria dos idosos deseja morar em sua própria casa, e a partir do momento que não mais conseguem se gerir, necessitam que algum membro da família assuma o cuidado<sup>4</sup>.

De acordo com a Política Nacional do Idoso<sup>5</sup> e a Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>6</sup> no caso da pessoa com deficiência, esse cuidado já acontece desde muito cedo, ainda na infância e intensifica-se na medida em que o processo de envelhecimento avança.

A Política Nacional do Idoso<sup>5</sup> aponta que ‘centro-dia’ é local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou multiprofissional.

O ‘centro-dia’ é destinado àqueles com dependência parcial nas atividades de vida diária (auxílio na alimentação, vestuário, higiene pessoal, mobilidade) e que necessitam de assistência multiprofissional (fisioterapia, musicoterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição, dentre outras)<sup>7</sup>. Este serviço proporciona a melhora da

autoestima, da saúde física e mental, estimula a independência e autonomia, retarda o aparecimento de doenças limitantes e evita depressão e isolamento social<sup>7</sup>.

Apesar da Política Nacional do Idoso<sup>5</sup> prever a implementação de ‘centros-dia’, em grande parte do Brasil não existem instituições públicas para idosos, e as existentes são de caráter particular.

No que se refere ao atendimento da pessoa com deficiência intelectual no processo de envelhecimento, a situação é ainda mais complexa, pois a inexistência de serviços públicos especializados leva à situação de vulnerabilidade e sobrecarga as famílias cuidadoras. Observa-se que estes serviços são escassos e comumente organizados pela sociedade civil, como os disponibilizados pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae).

Grande parte das Apaes além de prestar atendimentos reabilitatórios também é responsável pela permanência dessa pessoa nos Centros de Convivência ou outros serviços adequados ao seu atendimento.

Os ‘centros de convivência’ da Apae se assemelham ao ‘centros-dia’ na sua funcionalidade, dando suporte não somente ao aluno, mas também prestando orientação e apoio à família cuidadora, tendo como proposta oferecer atendimento sócio ocupacional a pessoa com deficiência intelectual acima de 35 anos, em processo de envelhecimento precoce ou idosa, oportunizando atividades que possibilitem condições para aquisição e/ou manutenção das habilidades funcionais e sociais básicas de independência.

Sendo assim, diante de tal realidade, emergiu o seguinte questionamento: Qual a conformação de um serviço de ‘centro-dia’ para a pessoa envelhecendo com deficiência intelectual? Consoante, objetivou-se mapear os serviços, fluxos de atendimento e organização do serviço do ‘centro-dia’ das Apaes da Grande Florianópolis para o atendimento de pessoa envelhecendo com deficiência intelectual.

Justifica-se a relevância do presente estudo, uma vez que o mapeamento dos serviços e seus componentes, permitirá aos profissionais de saúde maior compreensão quando a conjuntura do serviço de 'centro-dia' no que concerne ao indivíduo idoso com deficiência intelectual, culminando em novas perspectivas para a melhoria da qualidade de vida e inclusão social destes atores.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva realizada nas Apaes da região da Grande Florianópolis, de março a abril de 2015. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>8</sup> (IBGE) a região da Grande Florianópolis é composta por 22 municípios, sendo que, de acordo com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais<sup>9</sup> apenas 17 possuem Apaes.

Para tanto, realizou-se pesquisa documental nos sites oficiais das Apaes para investigação do Projetos Políticos Institucionais (PPI). No caso da instituição que não ofereceu tal ferramenta virtual foi realizado contato telefônico e digital com o coordenador pedagógico e/ou diretor da instituição, solicitando fornecimento dos dados para responder ao roteiro semiestruturado elaborado pelas autoras.

Os resultados foram agrupados por semelhança de ideias centrais, conforme o método de Análise Temática de Minayo<sup>10</sup>. No que diz respeito à discussão, esta foi embasada, à luz da Teoria da Modificabilidade Estrutural de Reuven Feuerstein conforme descrito por Da Ros<sup>11</sup> e literatura pertinente.

Quanto aos aspectos éticos foi respeitada a Resolução nº466/2012 que dispõe sobre os procedimentos éticos em pesquisa com seres humanos. Cabe pontuar, que o presente estudo é parte integrante do macroprojeto 'A rede de atenção à saúde e de suporte social à pessoa idosa com deficiência na grande Florianópolis e as tecnologias de cuidado',

sob parecer 24410513.5.0000.0121 do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

## Resultados e discussão

O processo de envelhecimento das pessoas com deficiência intelectual acontece de modo atípico e precoce, com comprometimentos em suas habilidades cognitivas, sensoriais, adaptativas, afetivas e sociais, podendo alterar sua autonomia e independência.

O IBGE<sup>8</sup> informa que 45 milhões de pessoas disseram ter alguma deficiência (24%), dos quais 2.611.536 com deficiência intelectual. Santa Catarina apresenta uma população total de 6.727.148 habitantes e o número de pessoas com deficiência intelectual chega a 71.956 (1%). Na região da Grande Florianópolis, de 1.111.082 habitantes, 11.597 (1%), são classificados como pessoas com deficiência intelectual. No levantamento realizado nos 17 municípios da Região da Grande Florianópolis que possuem Apaes, há 1802 alunos institucionalizados, dos quais 465 (25,8%) são pessoas envelhecidas com deficiência intelectual acima de 35 anos.

Apesar de fazerem parte da Federação Nacional das Apaes, cada instituição possui sua organização interna, assim como sua diferenciada proposta de atendimento às pessoas com deficiência intelectual, seguindo as diretrizes que fundamentam cada modalidade de atendimento na sua especificidade. Os serviços que podem ser oferecidos nas Apaes organizam-se da seguinte forma: a) Estimulação Essencial (EE): para crianças de zero a 3 anos e 11 meses que previne e atua sobre o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor visando desenvolver seu potencial; b) Serviço Atendimento Educacional Especializado (Saede): visa atender os educandos com Diagnóstico de Deficiência Mental e/ou Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), frequentando etapas e modalidades da Educação

Básica; c) Serviço Pedagógico Específico Ocupacional (SPE): educandos na faixa etária acima de 17 anos com diagnóstico de deficiência mental com severos comprometimentos cognitivos, associado ou não a outras deficiências e/ou transtorno global do desenvolvimento com baixa funcionalidade; d) Educação Profissional (EP) (faixa etária a partir dos 14 anos): capacita o educando para o exercício de atividades profissionais que possibilitem acesso ao mundo do trabalho, promovendo independência e autonomia nos aspectos individuais e sociais; e) Oficina Protegida Terapêutica (OPT): oferecida aos adolescentes e adultos que devido ao grau de deficiência, transitória ou permanente, não possam desempenhar atividade laboral no mercado competitivo de trabalho; f) Centro de Convivência (CC): tem como proposta oferecer atendimento sócio-ocupacional a pessoa com deficiência intelectual acima de 35 anos, em processo de envelhecimento precoce ou idosa<sup>12</sup>.

Nessa perspectiva, das 17 Apaes apenas duas possuem o atendimento de 'centro de convivência' e o Serviço Pedagógico Específico (SPE). Oito utilizam apenas o SPE, quatro oferecem o serviço de Educação Profissional (EP) e duas utilizam Oficinas Protegidas Terapêuticas (OPT).

Após análise dos fluxos de atendimentos e organização dos serviços destas instituições, mediante a análise de conteúdo temática<sup>10</sup>, emergiram duas categorias temáticas, quais sejam:

## Centro-dia: definindo conceitos

Para Da Ros<sup>11</sup> todo ser humano é modificável, desde que submetido a uma interação humana, planejada e sistematizada para esse objetivo: as Experiências de Aprendizagem Mediada. Sob esta ótica, destaca-se que os fatores cognitivos, afetivos e socioculturais determinam diferencialmente o

desenvolvimento da pessoa, numa ação dinâmica e dialética<sup>13</sup>.

Atualmente há uma importante mudança drástica no perfil das pessoas com deficiência intelectual que envelhecem em todo o mundo, o que reforça a necessidade de conscientização dos serviços voltados a essa população<sup>14</sup>.

Ainda, são pressupostos do 'centro-dia' exercitar o processo de autogestão e autodefensoria. Para a Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais<sup>9</sup>, trata-se de uma área que valoriza e capacita a pessoa com deficiência intelectual e sua família, dando-lhes vez e voz, incentivando sua participação ativa no movimento com o intuito de orientá-los e capacitá-los para se tornarem protagonistas de seus direitos e deveres; promovendo atividades ocupacionais, lúdicas e de lazer que possam beneficiar a saúde física e mental; possibilitar Atividades da Vida Diária (AVD), desenvolvendo os sentidos remanescentes, mediante atividades funcionais contextualizadas.

Ainda que seja possível encontrar respaldo científico sobre o envelhecimento da pessoa com deficiência intelectual são poucas as contribuições sobre a execução de serviços direcionados a esse público específico, o que evidencia a necessidade de construção de um campo profissional que promova a interlocução entre a teoria e a prática desenvolvida<sup>15</sup>. O atendimento adequado deve levar em consideração os aspectos da senilidade, fatores implícitos ao cuidado gerontológico.

## Estruturação e organização pedagógica

Para se configurar um 'centro-dia' há alguns critérios de elegibilidade relacionados à pessoa que o frequentará, a estrutura, organização e equipe de atendimento.

Os critérios de elegibilidade da pessoa que o frequentará comporta: adultos com

diagnóstico de deficiência intelectual com idade cronológica igual ou superior a 35 anos com sinais de envelhecimento precoce; apresentar semi-independência nas atividades da vida diária (higiene, vestuário e alimentação); não apresentar perspectivas de inserção no mundo do trabalho e não apresentar transtornos de comportamento que interfiram na proposta de atendimento.

Em relação à estrutura, há de se considerar que a literatura sugere, que esta deva ter adaptações nos banheiros, mobílias, portas, rampas, corrimão, piso antiderrapante, entre outros, tais como espaços destinados à proposta dos atendimentos, cozinha funcional para as atividades de vida diária, salas ambientes para confecção de artesanatos, espaço de jogos, leitura e atividades pedagógicas, assim como um pátio para atividades externas<sup>16</sup>.

Já a equipe multiprofissional deve ser composta pelos profissionais das áreas de serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, coordenação pedagógica, professor, psicologia, terapia ocupacional, informática, artes, educação física, dança, médico psiquiatra e neurologista.

No entanto, a Portaria nº 835 de 25 de abril de 2012<sup>17</sup>, prevê para um Centro Especializado de Reabilitação (CER), cuja equipe deve ser minimamente composta por médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeiro.

Em relação ao planejamento pedagógico, este é guiado por um caderno pedagógico, através de propostas anuais divididas em planejamentos mensais, seguindo a orientação da coordenação pedagógica.

O processo de avaliação pedagógica acontece de forma processual e contínua, através de observações e registros que possibilitem traçar novas metas e objetivos de maneira a qualificar o atendimento através de ações planejadas. Toda intervenção pedagógica deve ser organizada pelo planejamento pedagógico, sendo que este deve conter atividades intencionadas, significativas e transcendentais. Toda proposta de trabalho deve ser repassada às famílias cuidadoras, na

intenção de que estas deem continuidade aos cuidados e estímulos em suas casas.

Para acessar o serviço de 'centro-dia', a família cuidadora (ou seu representante legal) deverá buscar o atendimento especializado pessoalmente para agendar o processo de triagem. Na triagem, havendo a necessidade, encaminha-se para a avaliação que apresentará o parecer diagnóstico e indicará sua elegibilidade ou não para o atendimento. Uma vez elegível, a pessoa frequente durante meio turno o 'centro-dia'. No contra turno, preconiza-se a possibilidade de buscar alternativas de inclusão na sociedade.

Considerando tais resultados, propõe-se que o 'centro-dia' seja pautado na legislação vigente, quais sejam: a Política Nacional do Idoso<sup>6</sup>, o Estatuto do Idoso<sup>1</sup>, o Sistema Único de Assistência Social e a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências<sup>3</sup>.

## Conclusões

Este estudo possibilitou conhecer o quantitativo de pessoas envelhecidas, com deficiência intelectual num município da região sul do País, bem como a estruturação e funcionamento de 'centros-dia', um dispositivo imprescindível para o atendimento destas pessoas.

As leis já existentes com a intenção de atender gratuitamente estas pessoas precisam ser cumpridas e monitoradas, não deixando somente a carga das instituições especializadas como as Apaes fazerem sozinhas esse papel, que é do poder público. Acima de tudo, pensar no atendimento à pessoa envelhecida com deficiência intelectual é promover seu empoderamento e a oportunidade de inclusão social, oferecendo-lhe uma vida digna e cidadã.

## Colaboradores

Bonattelli LCS, contribuiu substancialmente para a concepção, coleta, análise e

interpretação dos dados do trabalho. Schier J, contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Girondi JBR, contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Hammerschmidt KSA, contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou

revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Tristão FR, contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

## Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (Fapescc) pelo financiamento da pesquisa. ■

---

## Referências

1. Pimenta RA, Rodrigues LA, Greguol M. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. *R Bras Ci Saúde* [internet]. 2010 [acesso em 2018 jul 21]; 14(3):69-76. Disponível em: [http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/12/artigo\\_rbcsc.pdf](http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/12/artigo_rbcsc.pdf).
2. Brasil. Lei nº 10741, de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1 Out 2003.
3. Paraná. Ministério Público do Paraná. Resolução ONU nº 2542/75. Declaração do Direito das Pessoas Portadoras de Deficiência. *Diário Oficial da União*. 1975.
4. Bousfield RMF. Centro dia para idosos como uma possibilidade à permanência no convívio familiar: uma contribuição do serviço social [monografia]. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2010. 103 p.
5. Brasil. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Aprova a Política Nacional do Idoso. *Diário Oficial da União*. 3 Jul 1996.
6. Brasil. Portaria nº184/2010 1 de julho de 2010. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*. 1 Jul 2010.
7. Neris MSM. Atendimento em centro-dia para idosos em situação de dependência: alternativa de serviço da política nacional de assistência social? [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 146 p.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Municípios de Florianópolis [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em 2018 jul 22]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=42&search=santa-catarina>.
9. Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais. Autogestão e auto defensoria: conquistando autonomia e participação [inter-

- net]. Brasília, DF: Fenapaes; 2009 [acesso em 2018 jul 24]. Disponível em: [https://apaebrazil.org.br/fl/normal/5144-livro\\_autodefensoria\\_final.pdf](https://apaebrazil.org.br/fl/normal/5144-livro_autodefensoria_final.pdf).
10. Minayo MCM. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
  11. Ros SZ. Pedagogia e mediação em Reuven Feuerstein: o processo de mudança em adultos com história de deficiência. São Paulo: Plexus; 2002.
  12. São Paulo. Apae [internet]. São Paulo: Apae; 2018 [acesso em 2018 jul 22]. Disponível em: <http://www.apaesp.org.br/pt-br/Paginas/default.aspx>.
  13. Ron RRD. Aprendizagem Mediada. Rev Eletr Educ Tecnol SENAI-SP [internet]. 2011 jun [acesso em 2018 jul 21]; 5(10)1:25. Disponível em: <https://carlaechabe.files.wordpress.com/2013/11/aprendizagem-mediada.pdf>.
  14. Maccarron M, Reilly E. Supporting persons with intellectual disability and dementia: quality dementia care standards: A guide to practice. Dublin: Daughters of Charity Service; 2010.
  15. Fonseca LM, Gonçalves AS, Carvalho CL et al. Implicações sobre deficiência intelectual e longevidade: projeto piloto de intervenção em casos de senilidade. Fenapaes [internet]. 2013 maio-ago [acesso em 2018 jul 21]; 1(2)3:21. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/280556842>.
  16. Guerreiro EMBR. A acessibilidade e a educação: um direito constitucional como base para um direito social da pessoa com deficiência. Rev Educ Espec [internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 24]; 25(43)217:232. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/educacaoespecial/article/viewFile/4415/3816>.
  17. Brasil. Portaria nº 835, de 25 de Abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 25 Abr 2012. [acesso em 2018 set 18]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html).

---

Recebido em 27/12/2017

Aprovado em 31/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (Fapesc)



# Imigração haitiana em Cascavel, Paraná: ponto de convergência entre história(s), trabalho e saúde

*Haitian immigration in Cascavel, Paraná: convergence point among history(ies), work and health*

Leonardo Dresch Eberhardt<sup>1</sup>, Gabriel Eduardo Schütz<sup>2</sup>, Renato José Bonfatti<sup>3</sup>, Ary Carvalho de Miranda<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811811

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8284-1668>  
[leonardodeberhardt@gmail.com](mailto:leonardodeberhardt@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1980-8558>  
[gabriel@iesc.ufrj.br](mailto:gabriel@iesc.ufrj.br)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4220-1025>  
[renato.bonfatti@gmail.com](mailto:renato.bonfatti@gmail.com)

<sup>4</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0752-7636>  
[ary@fiocruz.br](mailto:ary@fiocruz.br)

**RESUMO** O objetivo do estudo é analisar a relação entre trabalho e saúde dos imigrantes haitianos em Cascavel (PR), com foco na indústria frigorífica avícola. Para tanto, foi realizada pesquisa qualitativa, com três fontes de dados: entrevistas semiestruturadas (11), acordos coletivos de trabalho e notícias on-line. Os haitianos começaram a chegar a Cascavel em 2010 e se inseriram nas agroindústrias avícolas. Nas entrevistas, foram descritas diversas situações envolvidas na saúde do trabalhador, desde sintomas inespecíficos até acidentes de trabalho, além do racismo. Diante desse cenário, a comunidade haitiana tem procurado formas de resistência, por meio da Associação Haitiana de Cascavel e da participação nas igrejas locais.

**PALAVRAS-CHAVE** Trabalhadores. Saúde do trabalhador. Emigração e imigração. Saúde pública.

**ABSTRACT** *The objective of the study is to analyze the relationship between work and health of Haitian immigrants in Cascavel (PR), focusing on poultry slaughtering industry. For this purpose, a qualitative research was carried out, with three data sources: semi-structured interviews (11), collective work agreements and online news. Haitians began arriving in Cascavel in 2010 and were inserted in the poultry agro-industries. In the interviews, various situations involved in the worker's health were described, from nonspecific symptoms to work accidents, in addition to racism. Within this setting, Haitian community have been looking for forms of resistance, through the Haitian Association of Cascavel and participation in local churches.*

**KEYWORDS** *Workers. Occupational health. Emigration and immigration. Public health.*

## Introdução

A migração é um fenômeno, ao mesmo tempo, velho e novo. Está presente em praticamente toda a história da humanidade, mas se reveste de outros contornos e se renova em cada modo de produção e em cada fase de desenvolvimento no seu interior. A atual fase do capitalismo, caracterizada pela chamada 'reestruturação produtiva', está relacionada à reconfiguração da migração internacional ou transnacional, com um incremento substantivo dos fluxos migratórios<sup>1</sup>. O neoliberalismo e a financeirização da economia global vêm empurrando trabalhadores desempregados, em especial, os mais jovens, para ocupações desprotegidas e precárias, constituindo uma força de trabalho sub-remunerada e insegura em países periféricos<sup>2</sup>.

A Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que havia 244 milhões de migrantes internacionais no ano de 2015. No Brasil, a cifra chega a 713 mil, representando menos de 1% da população do País<sup>3</sup>. O Brasil viveu um verdadeiro *boom* migratório no início deste século, com quatro principais grupos de imigrantes, de acordo com os países de origem: (1) países centrais (Estados Unidos da América – EUA, Alemanha, Japão etc.), com força de trabalho qualificada; (2) países centrais largamente afetados pelas recentes crises do capitalismo e com laços migratórios com o Brasil (Portugal, Espanha e Itália); (3) países periféricos Sul-americanos (Argentina, Chile, Colômbia, Bolívia etc.); e (4) o Haiti, cuja imigração para o Brasil aumentou significativamente desde 2010<sup>4</sup>. Poderíamos, ainda, falar de um grupo considerável de imigrantes provenientes de países da África, do Oriente Médio e do Sul da Ásia. A população de imigrantes haitianos possui a particularidade de ser constituída, predominantemente, por pessoas negras e pobres que disputam seu lugar no mundo do trabalho com singular desvantagem competitiva, em virtude do racismo.

Em Cascavel, Paraná (PR), a presença de

imigrantes haitianos passou a ser notória em finais de 2010, despertando o interesse de movimentos sociais e instituições acadêmicas locais. Esse fenômeno está estreitamente relacionado à indústria frigorífica: grande parte dos imigrantes que vieram a se estabelecer na cidade foi empregada por esse setor econômico<sup>5</sup>. Cabe ressaltar que o Oeste/Sudoeste do Paraná e o Oeste de Santa Catarina são as maiores regiões produtoras/processadoras de carne de frango do País. O Brasil é, por sua vez, o maior exportador e o segundo maior produtor de carne de frango, em escala mundial<sup>6</sup>.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo é analisar a relação entre trabalho e saúde no caso dos imigrantes haitianos em Cascavel, com foco na indústria frigorífica de carne de frango. O município de Cascavel está localizado na região Oeste do estado do Paraná, conta com 316 mil habitantes e uma economia baseada na produção agropecuária e agroindustrial, além da prestação de serviços de saúde, educação e comércio.

Como a determinação social da saúde exige a compreensão histórica de seus fenômenos, sobretudo na relação entre produção e saúde<sup>7</sup>, é preciso olhar brevemente para o processo histórico do Haiti, desde antes de sua independência (em 1803/04) até os fatos que marcaram a recente diáspora do povo haitiano pelo mundo.

## Aspectos históricos do Haiti e a imigração para o Brasil

“A história é um paradoxo andante. A contradição move-lhe as pernas”<sup>8(12)</sup>. Qual exemplo melhor para os paradoxos e contradições invocados por Galeano do que a própria história haitiana?

O Haiti localiza-se na Ilha de São Domingos (também conhecida como *Hispaniola*), território dividido com a República Dominicana, no coração do mar do Caribe. Atualmente, possui, aproximadamente, 10

milhões de habitantes. A Europa abriu seus olhos para a ilha em 1492, quando ali chegou Cristóvão Colombo. Cedida para a França no final do Século XVII e batizada de ‘Saint Dominic’, permaneceu uma próspera colônia até a década de 1790, quando explodiram as revoltas de escravos. O sistema produtivo implantado na ilha disseminou-se e ficou conhecido como *plantation*, que combinava a monocultura latifundiária de produtos tropicais para exportação e a utilização de força de trabalho escrava<sup>9,10</sup>.

As revoltas dos escravos atingiram tal grau de intensidade e organização que culminaram com a independência do Haiti frente ao governo francês, em 1804. Ganhava vida a primeira nação livre do continente americano: apesar de ser o segundo país a conquistar independência, foi o primeiro a abolir a escravidão. A revolução fora feita pelos negros outrora escravizados. Após a guerra pela independência, que dizimou mais de 160 mil pessoas, o Haiti sofreu com um bloqueio econômico capitaneado pelos EUA, que durou mais de 60 anos, e a recusa em reconhecer a independência do País, fato que só se concretizou com o pagamento de uma indenização à França, o que inviabilizou seu desenvolvimento econômico e social<sup>10</sup>.

Em 1815, Simon Bolívar busca ajuda no Haiti para libertar os países da América continental. O governo haitiano lhe entregou navios, armamentos e soldados, sob uma única condição: libertar os escravos. No entanto, após a obtenção das vitórias, em 1826, o libertador convoca o Congresso do Panamá, buscando a integração da América Latina. Nem cogita a participação do Haiti. O espaço no Congresso fora reservado para convidados ‘mais ilustres’: EUA e Inglaterra<sup>10</sup>.

No século XX, a história haitiana foi marcada por frequentes intervenções estrangeiras, além de crises político-econômicas, revoltas sociais e desastres socioambientais. A marinha estadunidense permaneceu no País entre 1915 e 1934. O controle sobre a ilha permitia o acesso a grande parte da rota marítima caribenha. Em finais da década de 1950, o pretexto do governo

estadunidense para a intervenção na ilha se tornou claro: possuir uma base de operações próxima a Cuba, que fez sua revolução socialista em 1959, e impedir sua difusão pela América Central e Caribe<sup>9</sup>.

Em 2004, a ONU instaura no País a Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti (Minustah), liderada pelo Brasil, tornando o País o oásis da “indústria da ajuda internacional”<sup>10(22)</sup>. Em 2010, a capital do Haiti, Porto Príncipe, foi surpreendida por um violento terremoto, que deixou mais de 200 mil mortos e 1,5 milhões de desabrigados. A magnitude do desastre foi potencializada pelas precárias condições de vida no País, considerado um dos mais pobres das Américas. Paradoxalmente, as péssimas condições sanitárias dos alojamentos da Minustah foram responsáveis pela introdução do vibrião do cólera, com epidemias importantes desde 2010<sup>10</sup>.

Essa sucessão de desastres socioambientais e crises político-econômicas ajuda a compreender a diáspora haitiana. O Brasil passou a ser destino importante da imigração haitiana a partir de 2010. Em 2013, o Estado brasileiro começou a conceder visto humanitário aos haitianos, eliminando limites legais para a entrada no País.

A rota migratória inclui, comumente, viagem de avião para Equador, Peru ou Bolívia e entrada no Brasil via Brasiléia (Acre) e Tabatinga (Amazonas). Durante essas viagens, muitas vezes intermediadas por ‘coiotes’, os imigrantes, além de sofrerem muitas dificuldades, podem chegar a contrair dívidas de até US\$ 4.000,00. Há relatos de roubo, estupro, extorsão, agressão e abandono durante o trajeto. Mais recentemente, com a ampliação do acesso aos vistos concedidos pelo Estado brasileiro, muitos têm desembarcado em São Paulo<sup>11</sup>.

Em cidades como Rio Branco, Porto Velho e Manaus, estabeleceu-se uma espécie de ‘mercado’ de força de trabalho haitiana, no qual empresários de todo o País ‘escolham’ seus futuros empregados<sup>12</sup>. Entre esses empresários, estavam alguns provenientes da região Oeste do Paraná. É assim que a história haitiana e sua diáspora atingem Cascavel.

## Metodologia

As relações entre a imigração de haitianos em Cascavel e as condições de trabalho nos frigoríficos avícolas foram estudadas numa perspectiva qualitativa, sob o ângulo das ciências sociais e humanas em saúde. O campo da saúde do trabalhador e o conceito de determinação social da saúde foram orientadores do percurso metodológico deste estudo<sup>7</sup>.

Foram utilizadas três fontes de dados: (1) entrevistas semiabertas realizadas com nove haitianos (oito homens e uma mulher, entre 20 e 43 anos de idade) e dois brasileiros (ambos do sexo masculino, com idade entre 49 e 50 anos); (2) notícias veiculadas pelo jornal local Central Gazeta de Notícias (CGN), entre 2014 e 2016; e (3) Acordos Coletivos de Trabalho (ACT) firmados entre sindicato e empresa frigorífica. A coleta de dados ocorreu entre junho e outubro de 2016.

A identificação e a seleção dos indivíduos a serem entrevistados foram pautadas com representantes da Igreja Anglicana local e da Associação Haitiana de Cascavel (AHC). O contato e a seleção dos sujeitos entrevistados foram inspirados no método da amostragem por bola-de-neve (*snowball sampling*)<sup>13</sup>. As entrevistas foram realizadas em locais escolhidos pelos entrevistados, considerando a oportunidade para sua realização, por exemplo: no domicílio, nas dependências da AHC, na igreja, em locais públicos, na universidade etc. O roteiro das entrevistas incluiu quatro partes, cada uma com uma série de perguntas: (1) a vida no Haiti e a vinda para o Brasil; (2) o trabalho no frigorífico de aves; (3) o processo saúde-doença relacionado ao trabalho; e (4) movimentos sociais e atuação da AHC. A execução de entrevistas com dois brasileiros se justificava pela natureza exploratória do estudo: ambos acompanharam a inserção dos haitianos em Cascavel desde o início e, por isso, detinham informações sobre esse período. Enquanto os primeiros grupos de imigrantes já não residiam na cidade, os novos grupos

não possuíam informações sobre o período inicial. O processo de análise das entrevistas incorporou contribuições da ‘história oral’<sup>14</sup>.

As notícias analisadas foram buscadas no portal on-line da CGN com a palavra-chave ‘haiti’, que recuperou 160 resultados, publicados entre 2014 e 2016. Após leitura integral das notícias, foram incluídas 53 notícias que versavam sobre fatos envolvendo a comunidade haitiana de Cascavel. O material coletado foi tratado e analisado de forma crítica, levando em conta sua integração aos contextos social, cultural, político e ideológico<sup>15</sup>. Os ACT consultados estão disponíveis publicamente no site do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE – Sistema Mediador) e foram firmados pela empresa frigorífica analisada e pelo sindicato correspondente entre 2008 e 2017.

A pesquisa foi apreciada e aprovada por Comitê de Ética em pesquisa (Parecer nº 1.500.148, de 14 de abril de 2016) e respeitou os preceitos éticos recomendados na pesquisa com seres humanos<sup>16</sup>. Perante o compromisso de manter o anonimato dos entrevistados, optamos pela utilização de pseudônimos. Os dois brasileiros receberam nomes comuns: João e José. Os haitianos, por outro lado, foram (re)nomeados a partir das personagens do romance ‘L’Étranger’ (‘O Estrangeiro’), do escritor francês Albert Camus, publicado inicialmente em 1942 e que aborda questões envolvendo as relações sociais estabelecidas por um ‘estrangeiro’ (no sentido moral e ético) na comunidade argelina<sup>17</sup>.

## Resultados e discussão

### A imigração haitiana atinge Cascavel, Paraná

‘Cascavel, cidade hospitaleira. Tu és fonte rica de labor. [...] És a sombra que acolhe o forasteiro’. Os versos do hino municipal de Cascavel revelam parte de sua história. Emancipada de Foz do Iguaçu, em 1962, a

cidade recebeu distintos fluxos migratórios no século XX: gaúchos, catarinenses, paulistas, alemães, italianos etc. Acabou se tornando o centro político e econômico da região Oeste do Paraná.

Os haitianos começaram a chegar ali em 2010, atraídos por empresários locais, com a promessa de empregos em abundância e de qualidade – motivo apontado pelos entrevistados para o deslocamento de mais de 4 mil quilômetros.

Inicialmente, os haitianos foram inseridos na construção civil, em obras de ampliação de hospital e universidade locais. Findadas tais obras, permaneceram na região. A maior parte deles se integrou no trabalho em supermercados e em frigoríficos avícolas e, quando possível, trouxeram família e amigos. A comunidade foi crescendo: em 2014, estimava-se a presença de mais de 4 mil haitianos no local, com perspectiva de aumento nos próximos anos<sup>5</sup>. Dados da Polícia Federal apontam que Cascavel está entre os 10 municípios brasileiros com mais haitianos regularmente registrados. O Paraná é o segundo estado brasileiro com maior população de haitianos (14,9%), atrás apenas de São Paulo<sup>11</sup>.

Em Cascavel, como em várias outras cidades do Brasil, os haitianos não foram recepcionados por organismos do Estado, mas por igrejas locais<sup>18</sup>. No caso em questão, foi a Igreja Anglicana que os recepcionou e concedeu apoio nas questões de moradia, trabalho, alimentação, além das espirituais. Eles acabam se concentrando em pequenas comunidades, em condomínios de quitinete – muito comuns em virtude da vida universitária da cidade – situados em bairros periféricos, suburbanos, dividindo as despesas e o espaço residencial com amigos ou familiares. Geralmente, estão longe da empresa em que trabalham e, por isso, usam com frequência o transporte público.

A questão da linguagem foi crucial. Muitos deles falam mais de uma língua: além do *Kreyòl* (conhecido no Brasil como ‘crioulo’), língua nativa, dominam o francês e, em alguns casos, também o inglês e o espanhol. Muitos ainda

não falavam o português com fluência, o que lhes causava muitas dificuldades. No período de coleta de dados, alunos do curso de letras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) se empenharam, voluntariamente, em ensinar português para os haitianos. Não houve qualquer apoio do poder público. As dificuldades eram imensas, não apenas pelos desafios da comunicação: os haitianos trabalham muito, não há tempo de sobra; mesmo os que estão desempregados – e não são poucos – passam o dia todo na árdua e incessante tarefa da busca de emprego.

É preciso ressaltar que, apesar de nos referirmos aos ‘haitianos’ de maneira geral, não se trata de um grupo absolutamente homogêneo. Esse aspecto já havia sido apontado por pesquisadores e missionários durante trabalho de extensão com os haitianos em Brasília, no Acre<sup>19</sup>. Assim, existem diferenças no interior da comunidade, das quais apenas nos aproximamos de forma exploratória neste estudo. Algumas delas se referem, por exemplo, à qualificação profissional (alguns têm ensino superior completo, outros não concluíram o ensino básico) e à inserção laboral (alguns trabalham em linhas de produção, outros em cargos de gerência e outros estão subempregados ou desempregados). Essas diferenças nas condições de vida e trabalho impactam o processo saúde-doença. Mas, sobretudo, impactam a forma como esses indivíduos se percebem no interior da comunidade haitiana e como percebem a própria comunidade haitiana no interior da sociedade brasileira. Isso quer dizer que as entrevistas podem apresentar conteúdos por vezes contraditórios e conflituosos entre si.

### Relações entre trabalho e saúde a partir da experiência em um frigorífico de aves

[...] cada entrevista possui um enredo próprio, tecido a partir de suas trajetórias no mundo do trabalho e da forma com que lidam com as experiências vividas<sup>20(314)</sup>.

Foi essa premissa metodológica que guiou a realização das entrevistas, isto é, atentar para as peculiaridades de cada relato e, ao mesmo tempo, procurar compreender a experiência da comunidade haitiana como um todo.

Optamos por estudar o trabalho dos haitianos nos frigoríficos de aves por várias razões: (1) presença massiva de imigrantes nas indústrias frigoríficas da cidade; (2) importância do setor de abate e processamento de carnes para as economias local, regional e nacional; (3) necessidade metodológica de se debruçar sobre um setor específico da produção, em virtude do tempo curto disponível e da profundidade almejada.

Pesquisas realizadas em frigoríficos de aves descortinaram as várias etapas que o frango percorre enquanto é ‘desmontado’. Cada uma dessas etapas possui alguns processos de trabalho específicos e, em decorrência disso, ‘cargas de trabalho’ específicas. Desde a chegada dos frangos à indústria, a linha principal de ‘desmontagem’ é a que segue: (1) descarregamento dos frangos dos caminhões e verificação do lote e das condições dos animais; (2) repouso dos frangos por cerca de duas horas antes da entrada na linha de produção; (3) choque de insensibilização em água corrente; (4) pendura, abate e sangria; (5) escaldagem em água fervente e depenagem com rolo giratório; (6) lavagem em chuveiros de aspersão; (7) evisceração; (8) espostejamento (desmonte da ave em seus diversos cortes); desossa; (9) embalagem, pesagem, etiquetagem, congelamento e armazenamento<sup>21-23</sup>.

A perspectiva de migrar para o Brasil trazia a promessa de empregos imediatos e de qualidade. A necessidade de pagar as dívidas contraídas na viagem e de enviar dinheiro para os familiares no Haiti, além da ameaça do desemprego, fizeram muitos haitianos aceitarem o trabalho pesado, intenso e desgastante dos frigoríficos. Masson (31 anos, desde 2013 no Brasil) explica por que se submete ao trabalho nesses locais: “Se você não trabalhar, como que você vai pagar

*aluguel, comida, onde você vai dormir? [...] Eu não quero dormir na rua, então eu trabalho”.*

Mersault, 29 anos e desde 2013 no Brasil, trabalhou por cinco meses no frigorífico de aves e optou por sair: “*Foi meu primeiro emprego aqui no Brasil, e eu não gostei. Não gostei de trabalhar no frigorífico*”. Ele laborava na etapa final da linha de produção, chamada de ‘embalagem final’. As tarefas envolviam a pesagem das ‘peças’ (como são chamados os pedaços cortados), sua embalagem, etiquetagem e armazenamento na câmara fria para congelamento e posterior destinação.

As cargas de trabalho envolviam o peso das caixas, a rapidez dos movimentos, o frio de temperaturas próximas a zero e a pressão da chefia:

*A rapidez com que você tinha que fazer o trabalho é que era ruim. Pra levantar uma caixa... Tudo bem, é legal, mas pra levantar com rapidez... Você tem que cuidar pra não cair. [...] o ‘encarregado’ é uma pessoa que é colocada ali pra ficar cuidando. Não é um supervisor. É um líder do grupo. É um trabalhador igual nós, mas fica como um chefe e incomoda mais que um supervisor. Ele não é haitiano, é brasileiro; às vezes, dava uma advertência pra pessoa por nada. (Mersault).*

A rapidez exigida, a pressão da chefia e o frio constante, de acordo com os relatos dos entrevistados, também estão presentes em outros postos de trabalho, como os setores de espostejamento, de evisceração e de desossa. Tais cargas de trabalho produzem efeitos desgastantes nos trabalhadores. Um desses efeitos são as Lesões por Esforço Repetitivo (LER), muito frequentes entre operários de frigoríficos de aves<sup>24</sup>.

Casos de doença e acidentes de trabalho foram lembrados por Mersault. Destacase o caso de uma haitiana que teve o braço amputado. Tentou-se contato com ela, sem sucesso. Além disso, acidentes de trabalho envolvendo haitianos foram noticiados pela CGN, todos ligados à construção civil.



*Doença foi bastante. As pessoas não estão acostumadas com o frio. Quando havia muito frio, alguns ficavam resfriados. [...] De acidente, tiveram dois casos. Teve uma haitiana que perdeu um braço. Teve outro que 'entrou' na máquina que faz salsicha. A máquina pegou ele e ele ficou pendurado. Sorte que teve outro cara que viu e desligou a máquina, outro haitiano. Quebrou o braço e depois arrumou. Foi sorte dele. (Mersault).*

Pérez (43 anos, desde 2014 no Brasil) relata a percepção que tem a respeito do serviço de medicina do trabalho da fábrica:

*[...] um haitiano trabalhava numa máquina, a máquina pegou ele, agarrou e levou ele. Foi no médico e ele disse que era pra voltar trabalhar. [...] o monitor e o chefe não têm respeito pela saúde de ninguém. Se eu tô lá e me sinto mal, ele me diz pra esperar voltar pra casa. Tem gente que caiu na Coopavel ou ficou doente e não conseguiu mais trabalhar. Eles nos forçam pra trabalhar. A gente cai no chão, e não levam pro hospital. (Pérez).*

Em pesquisa realizada em frigoríficos da região Oeste do Paraná, Bosí apontou que os serviços de medicina do trabalho e saúde ocupacional “tendem a compor um forte e articulado aparato político que auxilia a empresa a extrair todas as energias dos trabalhadores”<sup>20(318)</sup>.

Os entrevistados relataram uma série de ‘queixas’, como dores nas mãos, braços e coluna; perda de sensibilidade tátil; fadiga; estresse; resfriados etc. Tais sintomas ainda não configuram doenças ocupacionais, mas já são indicativos da forma que assume a relação trabalho-saúde nos frigoríficos. Trata-se de sintomas inespecíficos, que poderiam ser enquadrados naquilo que Valla denominou “sofrimento difuso”<sup>25(41)</sup>. Nas situações em que precisaram utilizar o serviço público de saúde de Cascavel, os haitianos disseram se sentir bem atendidos pelos profissionais de saúde. Com exceção da barreira linguística, os problemas por eles enfrentados ao

precisarem de auxílio médico na rede pública parecem similares aos da população geral<sup>26</sup>.

Além das condições de trabalho, as jornadas de trabalho extensas ajudam a entender a ocorrência de acidentes, doenças e sintomas inespecíficos. Quase não há tempo para repouso; devido aos deslocamentos entre a residência e o trabalho e às horas extras, a jornada de trabalho pode chegar a 12 horas. Há, ainda, o tempo de deslocamento da entrada da empresa até o posto de trabalho, a troca de vestimentas e o preparo do instrumental. Segundo os entrevistados, isso poderia ocupar até 30 minutos. Entretanto, empresa e sindicato acordaram que apenas 10 minutos seriam computados como jornada de trabalho (cinco no início e cinco ao final). Dessa forma, o tempo de ‘descanso’ pode não ser suficiente para a reposição das energias físicas e psíquicas, provocando um desgaste permanente.

O salário, de cerca de R\$ 1.200,00 mensais (sem deduções) não respondia às necessidades de sobrevivência dos haitianos. Tornava-se impossível enviar remessas de dinheiro para os familiares que permaneceram no Haiti, o que gerava sofrimento, estresse e insatisfação.

A pressão dos supervisores e encarregados sobre os trabalhadores levou Pérez a afirmar que “a gente é tratado como escravo”. Masson, após algum tempo de entrevista, falou abertamente em racismo: “Tem muito chefe racista”. Mais um paradoxo da história: a teoria pseudocientífica do eugenismo (racismo ‘científico’) ganhou força nos EUA e na Europa do Século XIX, justamente para legitimar a colonização da África e o uso de força de trabalho africana escravizada nas *plantations* do Caribe. Um eco do passado que ressoa no presente: o racismo acaba por dividir os trabalhadores, quebrar sua solidariedade e dificultar sua ação coletiva<sup>27</sup>.

Emmanuel (38 anos) chegou a Cascavel em janeiro de 2016 e, até a realização da entrevista, ainda não tinha conseguido emprego. Procurava trabalho diariamente,



sem sucesso. Pensava em voltar ao Haiti ou migrar para outro país, mas não tinha dinheiro para tal. Muitos haitianos que viveram em Cascavel foram para o Chile, outros conseguiram voltar para o país de origem. Durante a entrevista de Masson, seu colega de quarto preparava as malas para o retorno. Também era trabalhador de frigorífico local. Ele embarcaria em Foz do Iguaçu naquela mesma noite para dar fim ao sonho brasileiro.

Essa questão não é peculiar aos haitianos: os trabalhadores da região Oeste do Paraná têm recusado o trabalho nos frigoríficos. Essa recusa aparece

justificada pelos trabalhadores pelos baixos salários e [...] difíceis e intoleráveis condições de trabalho, principalmente o ritmo das tarefas e as temperaturas frias em que os frangos são esquartejados<sup>20(315)</sup>.

A recusa dos trabalhadores diante dos empregos na indústria frigorífica pode ajudar a explicar a vinda de imigrantes haitianos para o trabalho nesses locais.

## Formas de resistência e apoio social

Além da recusa ao trabalho nos frigoríficos, os haitianos têm buscado outras formas de resistência. Mesmo que sutis e difusas, essas resistências têm tido importância fundamental.

Em primeiro lugar, a relação dos haitianos que trabalham na empresa estudada com o sindicato que os representa legalmente é frágil e controversa. Masson afirmou que “*O sindicato não faz nada, nada, nada pra nós [haitianos]*”. E Celeste (20 anos, em Cascavel desde 2016): “*Até pago a taxa [mas] nunca fui ao sindicato*”. Procurado durante o trabalho de campo, um dirigente sindical afirmou não ter nenhum cuidado especial com a comunidade haitiana sob sua representação. Para ele, trata-se de trabalhadores como quaisquer outros.

Em segundo lugar, uma forma importante de resistência desse grupo social se dá por

meio da espiritualidade. A comunidade haitiana de Cascavel tem grande apreço pelas igrejas locais, de diversas religiões. Entre elas, tem destaque a Igreja Anglicana, que auxiliou os imigrantes desde a chegada à cidade. Mersault baliza a relevância desse ponto: “*as igrejas são as que mais ajudam*”. Elas concedem o chamado apoio social, que consiste em ajuda material, lazer, conforto, cultura e esperança. Em muitos casos, a igreja é um dos únicos locais onde grupos de haitianos e de brasileiros estabelecem relações de solidariedade e confiança<sup>25</sup>.

Por fim, a AHC também pode ser entendida no quadro conceitual do ‘apoio social’. Fundada, inicialmente, em 2014 e retomada em 2016, a AHC pretende defender os interesses da comunidade haitiana frente à sociedade cascavelense e o poder público municipal. Entre suas ações, destacam-se a confecção de uma cartilha de orientações para os haitianos recém-chegados (em conjunto com vereador local), um levantamento sociodemográfico da população haitiana local (em conjunto com a igreja anglicana e pesquisadores), a organização de eventos comemorativos em datas importantes no Haiti e a criação de um programa de rádio transmitido via internet, que pode ser acessado do país caribenho.

A atuação da AHC em espaços políticos é ainda muito limitada. Isso não desmerece sua importância para a comunidade. É preciso lembrar, pois, que

[...] as formas difusas de ação constituem o terreno onde se formam as referências capazes de sustentar a agregação em torno de ideias e projetos coletivos. Nessa perspectiva, a ação organizada, na sua forma mais institucionalizada, é parte de um processo mais longo de produção das experiências coletivas que a antecedem, alimentam e atravessam, fornecendo seus conteúdos, suas formas e suas motivações<sup>28(24)</sup>.

Celeste, por exemplo, afirmou que seus

únicos momentos de lazer e diversão são oportunizados pela igreja que frequenta e pela AHC. Ao destacarem as ‘festas’ e os ‘amigos’ proporcionados por essas instituições, os entrevistados trazem à tona uma dimensão importante da organização coletiva, isto é, a possibilidade de construir laços de amizade e de solidariedade, de viver a vida, apesar das adversidades que enfrentam cotidianamente. O apoio social, portanto, pode servir, também, para o alívio do desgaste acumulado pelo trabalho.

Existem outras experiências de organização coletiva de haitianos pelo Brasil. Uma delas é da *Kore Ayisyen* (Ajudar Haitianos), de Contagem, em Minas Gerais<sup>29</sup>. Além disso, os haitianos estão organizados em âmbito nacional pela Organização dos Haitianos que Vivem no Brasil (OHVB).

Um importante entrave para as associações de haitianos é a legislação brasileira. O Estatuto do Estrangeiro<sup>30</sup>, criado na época da ditadura militar, considera os imigrantes como cidadãos de segunda classe, perigosos e vulneráveis, e proíbe sua organização política<sup>29</sup>.

## Considerações finais

“Os cientistas dizem que os humanos são feitos de átomos. Mas a mim um passarinho contou que somos feitos de histórias”<sup>31(1)</sup>. Durante a pesquisa, acompanhamos um pouco da história dos haitianos que vivem em Cascavel (PR). Fazem parte dela a história do próprio Haiti, a história da imigração para o Brasil, a história de Cascavel e, por fim, a história que a comunidade haitiana vem construindo desde 2010.

A imigração haitiana em Cascavel constitui um ponto de convergência entre a(s)

história(s), o trabalho e a saúde. Feitos de histórias, os haitianos são classe trabalhadora. Mas também são feitos de átomos: a implicação dessa condição histórica nos seus corpos se manifesta nos ‘sintomas difusos’ que relatam, revelando um acúmulo de desgaste. O apoio social proporcionado pela AHC e pelas igrejas locais é importante, não apenas na medida em que alivia o desgaste, mas, também, por proporcionar um espaço de solidariedade, ponto crucial para a ação coletiva.

Entre os pontos levantados pelo estudo que carecem de aprofundamento, destaca-se, por exemplo, a questão da mulher haitiana. Como apontam entidades sindicais, as mulheres negras trabalhadoras são triplamente discriminadas – por etnia, gênero e classe social – e “ocupam a posição mais vulnerável no mercado de trabalho e na sociedade”<sup>32(12)</sup>. Durante a coleta de dados, conseguimos ter acesso à entrevista com apenas uma mulher haitiana, Celeste, de modo que não foi possível adentrar as questões de gênero com maior profundidade. Essa questão pode ser objeto de estudos futuros que pesquise as comunidades haitianas, não só em Cascavel, mas em todo Brasil.

Por fim, a saúde do trabalhador e a saúde pública precisam estar atentas à imigração para consolidá-la como um objeto de estudo no interior de seus campos de conhecimento e ação. Isso significa compreender o processo saúde-doença como situado historicamente.

Essa história, contudo, não acaba aqui. Ela continuará a se desenvolver, assim como os paradoxos e contradições no seu interior. Não de forma autônoma ou automática, mas a partir das relações sociais estabelecidas pelos sujeitos, grupos e classes sociais. ■

## Referências

1. Baeninger R. Migração transnacional: elementos teóricos para o debate. In: Baeninger R, Peres R, Fernandes D, et al., organizadores. Imigração haitiana no Brasil. Jundiaí: Paco Editorial; 2016. p. 13-43.
2. Braga R. A rebeldia do precariado: trabalho e neoliberalismo no Sul global. São Paulo: Boitempo; 2017.
3. United Nations. Department of Economical and Social Affairs. International migration report 2015. New York: UN; 2016.
4. Uebel RRG. Aspectos gerais da dinâmica migratória no Brasil no Século XXI. In: Anais do 1º Seminário Migrações Internacionais, Refúgio e Políticas. São Paulo: Unicamp; 2016.
5. Martins JRV. A diáspora haitiana: da utopia à realidade. Foz do Iguaçu: Unila; 2014.
6. Associação Brasileira de Proteína Animal. Relatório Anual 2016 [internet]. São Paulo: ABPA; 2016 [acesso em 2016 nov 21]. Disponível em: <http://abpa-br.com.br/>.
7. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
8. Galeano E. La paradoja andante [internet]. Argentina: Página 12; 2007 [acesso em 2017 jan 10]. Disponível em: <https://www.pagina12.com.ar/diario/so-ciedad/3-96843-2007-12-30.html>.
9. Pechanski JA. Haiti. In: Sader E, Jinkings I, organizadores. Latinoamericana: Enciclopédia contemporânea da América Latina e do Caribe. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: UERJ; 2006.
10. Seitenfus R. Haiti: dilemas e fracassos internacionais. Ijuí: Unijuí; 2014.
11. Fernandes D, Faria AV. A diáspora haitiana no Brasil: processo de entrada, características e perfil. In: Baeninger R, Peres R, Fernandes D, et al., organiza-dores. Imigração haitiana no Brasil. Jundiaí: Paco Editorial; 2016.
12. Paula EA. Entre desastres e transgressões. A chegada dos imigrantes haitianos no Reino deste mundo Amazônico. Novos Cadernos NAEA [internet]. 2013 dez [acesso em 2018 fev 15]; 16(2):187-206. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/1124>.
13. Atkinson R, Flint J. Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. Social research update [internet]. 2001 [acesso em 2016 mar 5]; 33:1-4. Disponível em: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.html>.
14. Joutard R. Desafios à história oral do século XXI. In: Ferreira MM, Fernandes TM, Alberti V, organizadores. História oral: desafios para o século XXI. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
15. Schwartz R. Mídia e história: registros, documentos e fontes. Jornal Alcar [internet]. 2012 [acesso em 2018 fev 15]; 2:1-5. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/alcar/jornal-alcar-no-2-maio-de-2012/Midia%20e%20Historia.pdf/view>.
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União. 24 maio 2016.
17. Camus A. O estrangeiro. Record: São Paulo; 1979.
18. Oliveira ACV, Moreira PG. Os imigrantes ilegais da Colômbia, Bolívia e Haiti no Brasil: considerações do ponto de vista da Segurança Internacional. Mural Internacional [internet]. 2013 jul-dez [acesso em 2018 fev 15]; 4(2):63-71. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/muralinter-nacional/article/view/8370/0>.
19. Cotinguiba GC, Pimentel M, Travessini OM, et al. Relatório Haitianos Brasiléia – Acre [internet]. Porto Velho: UNIR; 2013 [acesso em 2018 fev 15]. Disponível em: <http://haitiaqui.provisorio.ws/wordpress/>

- wp-content/uploads/2016/10/PIMENTEL-M.L.-COTINGUIBA-G.-C.-2013-Relat%C3%B3rio-Haitianos-em-Brasil%C3%A9ia.pdf.
20. Bosi AP. A recusa do trabalho em frigoríficos no oeste paranaense (1990-2010): a cultura da classe. *Diálogos* [internet]. 2013 jan-abr [acesso em 2016 abr 25]; 17(1):309-335. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/Dialogos/article/download/36045/18656>.
  21. Sarcinelli MF, Venturini KS, Silva LC. Abate de aves: Boletim Técnico. Vitória: UFES; 2007.
  22. Murofuse NT, Cêa GSS, Carvalho M, et al. Cartilha sobre saúde do trabalhador: fique de olho para não entrar numa fria! Cartilha para trabalhadores de frigoríficos. Cascavel: Unioeste, 2008.
  23. Neli MA, Navarro VL. Reestruturação produtiva e saúde dos trabalhadores na agroindústria avícola no Brasil: o caso dos trabalhadores de uma unidade produtiva de abate e processamento de aves. In: Antunes R, organizador. *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II*. São Paulo: Boitempo; 2013.
  24. Heck FM. Uma geografia da degradação do trabalho: o adoecimento dos trabalhadores em frigoríficos. *Percurso* [internet]. 2013 [acesso em 2018 fev 15]; 5(1):3-31. Disponível em: <http://ojs.uem.br/laboratorio/ojs/index.php/Percurso/article/viewFile/19066/11309>.
  25. Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec; 2001.
  26. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade de básica de referência. *Saúde Soc* [internet]. 2015 [acesso em 2018 fev 15]; 24(1):100-112. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000100100&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100100&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
  27. Callinicos A. *Capitalismo e racismo*. São Paulo: Zahar; 2000.
  28. Algebaile E, Valla VV. Classes populares no Brasil: uma pauta de questões no tempo. In: Valla VV, Algebaile E, Guimarães MB, organizadores. *Classes populares no Brasil: exercícios de compreensão*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
  29. Barros CR, Rosa DD, George P. Processos de participação e organização política de haitianos no Brasil: experiências e desafios da Kore Ayisyen (Associação dos Haitianos de Contagem/MG). In: *Anais do 1º Seminário Migrações Internacionais, Refúgio e Políticas*. São Paulo: Unicamp; 2016.
  30. Brasil. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 21 ago 1980.
  31. Galeano E. Entrevista: Galeano fala sobre O Filho dos Dias, um livro em que cada dia nasce uma história. Porto Alegre: L&PM; 2013 [acesso em 2016 jan 10]. Disponível em: <http://www.lpm.com.br/>.
  32. Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas e Região. *Mulher negra: tripla discriminação*. *Rev. Resistência*. 2013; 12-13.

---

Recebido em 19/02/2018  
Aprovado em 08/07/2018  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Bolsa de estudos (Mestrado em Saúde Pública) concedida pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj)

# Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino

*Health assistance path of women between diagnosis and treatment initiation for cervix cancer*

Priscila Guedes de Carvalho<sup>1</sup>, Gisele O'Dwer<sup>2</sup>, Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811812

**RESUMO** O estudo se propôs a analisar as trajetórias na assistência das mulheres residentes no Município do Rio de Janeiro diagnosticadas com câncer de colo uterino que foram encaminhadas para tratamento em unidade de referência na atenção oncológica. Na primeira etapa do estudo, avaliou-se o prazo entre a confirmação do diagnóstico e o início do tratamento das mulheres matriculadas no ano de 2014, tomando como referência o prazo de até 60 dias fixado pela Lei Federal nº 12.372/2012 para início de tratamento do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Na segunda etapa, analisaram-se as narrativas de cinco mulheres sobre os caminhos percorridos na assistência desde a descoberta do diagnóstico até a primeira intervenção terapêutica, a partir de aspectos do cuidado integral em saúde. Observou-se que 88% dos tratamentos se iniciaram após o prazo de 60 dias e que 65,5% das mulheres foram diagnosticadas com doença avançada. A média para início de tratamento foi de 115,4 dias. Os principais problemas apreendidos na análise das trajetórias foram os relacionados à disponibilidade dos serviços e à integração das ações nos diversos níveis de atenção, bem como a falta de informação sobre a doença e o objetivo da realização do exame preventivo.

**PALAVRAS-CHAVE** Neoplasias do colo do útero. Detecção precoce de câncer. Serviços de saúde da mulher. Acesso aos serviços de saúde.

**ABSTRACT** *This study aims to analyze the health assistance pathway of women living in Rio de Janeiro city diagnosed with cervix cancer who were referred for treatment in a referral oncology unit. In the first stage of the study, we evaluated time elapsed between the cancer diagnosis and the treatment initiation of women enrolled in 2014, taking as reference the time limit of 60 days established by the Brazilian Federal Law 12,372/2012 for treatment initiation at the Unified Health System (SUS). In the second stage, we analyzed the narratives of five women regarding their paths towards health services since the diagnosis up to the first therapeutic intervention, taking into account the aspects of comprehensive health care. It was observed that 88% of the treatments started after the 60-day legal period and that 65.5% of the women received a diagnosis in an advanced stage of the disease. The treatment initiation mean was 115.4 days. Main problems seized in path analysis concern the availability of services and the integration of actions throughout the different levels of health care, as well as the lack of information on the disease and the purpose of PAP smears.*

**KEYWORDS** Uterine cervical neoplasms. Early detection of cancer. Women's health services. Health services accessibility.

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8360-3146>  
[pguedes79@gmail.com](mailto:pguedes79@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0222-1205>  
[odwyer@ensp.fiocruz.br](mailto:odwyer@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2613-5283>  
[nadiacristinapr@gmail.com](mailto:nadiacristinapr@gmail.com)



## Introdução

O câncer de colo uterino é uma das mais graves ameaças à vida das mulheres. Estima-se que mais de um milhão de mulheres sofram da doença no mundo, e a maior parte delas encontra-se em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Ao longo das últimas três décadas, as taxas da doença têm caído na maioria dos países desenvolvidos, em grande parte como resultado dos programas de rastreamento e tratamento das lesões precursoras. Em contraste, as taxas da maioria dos países em desenvolvimento têm permanecido inalteradas ou mesmo aumentaram<sup>1</sup>. A doença afeta principalmente as mulheres de nível socioeconômico mais baixo e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. É um reflexo de iniquidade em saúde, uma vez que configura representação de morbimortalidade evitável e injusta<sup>2,3</sup>.

A infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a principal causa do desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical (lesões precursoras) e do câncer do colo uterino. Estima-se que haja 200 genótipos do HPV, dezoito dos quais intimamente relacionados com o desenvolvimento do câncer, com destaque para os genótipos 16 e 18, responsáveis por 90% dos casos<sup>4</sup>. Sendo assim, trata-se de doença sensível às ações de Atenção Básica (AB), visto que as tecnologias para o controle – diagnóstico e tratamento de lesões precursoras – já estão estabelecidas e permitem a cura em aproximadamente 100% dos casos detectados nas fases iniciais<sup>4,5</sup>.

No Brasil, o câncer de colo uterino é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, após apenas do câncer de mama e do colorretal. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), a estimativa de novos casos no Brasil é de 16.370 para cada ano do biênio 2018-2019, com risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres.

Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo uterino é o primeiro mais incidente na região Norte. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, ocupa a segunda posição e nas regiões Sudeste e Sul, a quarta posição<sup>5</sup>.

Os elevados índices de incidência e mortalidade no Brasil justificam a implantação de ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle. Dessa forma, é de fundamental importância a elaboração, aprimoramento e implantação de políticas públicas na AB, com ênfase na atenção integral à saúde da mulher<sup>6</sup>. A Estratégia Saúde da Família (ESF) assume papel fundamental nesse contexto, uma vez que a prática de articulação entre prevenção e promoção da saúde gera um cenário favorável ao rastreamento. A atuação dos agentes comunitários de saúde torna-se essencial, contribuindo para a identificação da população-alvo e a captação das mulheres que deixam de realizar o exame preventivo<sup>7,8</sup>.

A estratégia definida pelo Ministério da Saúde (MS) para rastreamento do câncer de colo uterino e suas lesões precursoras é o exame citopatológico, ou teste de Papanicolaou, direcionado às mulheres a partir de 25 anos que já iniciaram atividade sexual, prosseguindo até os 64 anos e interrompidos após essa idade, se houver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos<sup>5,9</sup>. No entanto, observa-se que no Brasil a maior parte das mulheres que realizam o exame está abaixo de 35 anos, apesar de o risco para a doença ser maior a partir dessa faixa etária. Esse padrão de rastreamento é considerado oportunístico, ou seja, o exame é realizado apenas quando a mulher procura o serviço de saúde por outras demandas.

A consequência dessa lógica é a realização de exames em mulheres fora da faixa etária alvo, equivalendo a 20% a 25% dos exames realizados<sup>9</sup>. Além disso, aproximadamente metade deles é realizada com intervalo de um ano ou menos, quando a



recomendação do MS é o intervalo de três anos para os casos de dois exames anuais sem alterações. Esse perfil de rastreamento revela um contingente de mulheres que realizam controle além do recomendado pelas diretrizes nacionais e outro, que não realiza controle algum<sup>9</sup>.

O prognóstico no câncer de colo uterino depende da extensão da doença no momento do diagnóstico, estando sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico em fases avançadas. Embora o acesso ao exame preventivo tenha aumentado no Brasil, não foi suficiente para diminuir a tendência de mortalidade. O diagnóstico tardio revela, sobretudo, carência na quantidade e qualidade de serviços oncológicos. Essa realidade é atribuída a dificuldades no acesso aos serviços e programas de saúde; pouca capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em absorver a demanda; e dificuldades dos gestores municipais e estaduais quanto à definição de fluxos na assistência que possibilitem encaminhamento adequado das mulheres com exame alterado<sup>10,11</sup>.

Outro aspecto a ser considerado é o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento efetivo. A disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde influenciam diretamente a sobrevivência dos pacientes, que é aumentada ou diminuída conforme o acesso aos serviços de saúde, a existência de programas de rastreamento, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de meios diagnósticos e de tratamento<sup>12</sup>. Em 2011, o Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou relatório técnico baseado nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), indicando que os tratamentos oncológicos providos pelo SUS não ocorriam no tempo adequado<sup>13</sup>. Visando a estabelecer prazos que garantam o tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer em momento oportuno, foi publicada a Lei Federal nº 12.732/2012 fixando prazo de até 60 dias contados a partir da data da confirmação

do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor para que o paciente com neoplasia maligna inicie o tratamento no SUS<sup>14</sup>.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo verificar se os tratamentos para o câncer de colo uterino em uma unidade de referência em atenção oncológica do SUS no município do Rio de Janeiro ocorreram em momento oportuno. O estudo se propôs ainda a caracterizar as trajetórias na assistência das mulheres que estavam em tratamento da doença, identificar os possíveis motivos interferentes na detecção precoce e os fatores que determinaram o tempo para o início do tratamento.

## Metodologia

Este estudo tem caráter qualitativo e quantitativo, sendo desenvolvido em duas fases. A primeira teve como propósito avaliar, por meio da revisão de prontuários, se a primeira intervenção terapêutica ocorreu em tempo oportuno a partir da data do diagnóstico. O parâmetro adotado foi o prazo de 60 dias fixado pela Lei nº 12.732/2012.

A partir dos dados gerenciais da instituição de referência em oncologia, realizou-se o levantamento de todas as mulheres matriculadas no Serviço de Ginecologia no ano de 2014 portadoras de patologia associada ao Código Internacional de Doenças (CID 10) C53, ou seja, neoplasia maligna do colo do útero, bem como a identificação dos municípios de residência das usuárias com tal perfil. Para o cálculo do tempo entre diagnóstico e início de tratamento, selecionaram-se todos os prontuários das mulheres que informaram residência no Município do Rio de Janeiro. Extraíram-se dos prontuários informações referentes à idade, data da matrícula na instituição, data de diagnóstico, data da revisão do laudo pela Anatomia Patológica da unidade de referência, estadiamento clínico da doença, data de início do tratamento efetivo e tipo de tratamento



prescrito – cirúrgico, radioterapia e quimioterapia conjugados, radioterapia exclusiva ou quimioterapia paliativa.

Para a descrição dos dados, calcularam-se as frequências absolutas e médias. Tabelas e mapas ilustraram as análises e utilizaram-se os *softwares* ArcGIS (10.4) e Excel (2013) para construção dos mapas e banco de dados respectivamente.

A segunda fase caracterizou e analisou o percurso das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino na assistência. Realizaram-se entrevistas com a aplicação de questionário semiestruturado, que abordou a regularidade no uso de serviços de saúde e tipo de serviço utilizado; experiência com exame preventivo e consulta ginecológica; experiência na descoberta do câncer; tempo de espera para confirmação diagnóstica; qualidade do atendimento nos diversos serviços; acesso aos diversos serviços; participação e autonomia na decisão sobre tratamento; e expectativa de melhoria nos serviços.

O uso das metodologias qualitativas tem o propósito de analisar os significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações, informações, vivências e práticas relacionadas ao programa ou serviço que se avalia e que nele interagem. Esse propósito é evidentemente compreensivo, ou seja, de reconstrução dos sentidos atribuídos pelos sujeitos com o apoio de suas experiências e representações, que são delimitadas por um conjunto de interações, numa dada situação social e cultural, e que configuram um contexto único e não generalizável. Além disso, tais experiências estão associadas a um projeto político de garantir voz e empoderar os diversos segmentos que participam da avaliação<sup>15</sup>. A construção dos itinerários terapêuticos como prática avaliativa propõe entrevistas em profundidade, uma vez que se constitui de um conjunto de ações que configuram as opções dos usuários, suas experiências, frustrações e sucesso na resolução das suas demandas<sup>16</sup>.

Tendo em vista a complexidade dessa abordagem, que é transversal às áreas da antropologia, da psicologia, da sociologia e da saúde, optou-se por redimensionar a metodologia e realizar apenas a descrição das trajetórias das mulheres com o uso da teoria dos itinerários terapêuticos como apoio. Dessa forma, apesar de seus limites, a descrição das trajetórias na assistência torna-se oportuna, uma vez que as informações oferecidas são úteis e contribuem para o debate acerca desses percursos quando os usuários procuram e são submetidos aos cuidados dentro dos serviços<sup>16</sup>.

De acordo com as condutas definidas pelo MS, a linha de cuidado do câncer de colo de útero é composta por quatro diretrizes: prevenção e detecção precoce; Programa Nacional de Qualidade da Citologia; acesso à confirmação diagnóstica; e tratamento adequado e em tempo oportuno. A referida linha de cuidado tem o objetivo de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção, o acesso ao rastreamento das lesões precursoras, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e em tempo oportuno<sup>6</sup>. A condução da análise das trajetórias assistenciais das mulheres entrevistadas foi realizada a partir de duas dessas diretrizes da linha de cuidado: prevenção e detecção precoce e tratamento adequado e em tempo oportuno.

Os critérios de elegibilidade para a entrevista incluíram mulheres com idade a partir de 18 anos, diagnóstico de neoplasia maligna de colo de útero a partir de 1 de janeiro de 2014, residência no Município do Rio de Janeiro e estar em boas condições clínicas.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas e aprovado sob o CAAE nº40510215.0.0000.5240. As mulheres que cumpriam os critérios de elegibilidade foram convidadas para a entrevista e as que aceitaram, informadas quanto aos objetivos

e finalidades do estudo, bem como a seus riscos e benefícios.

## Resultados e discussão

### Análise do tempo entre data de confirmação do diagnóstico e início de tratamento

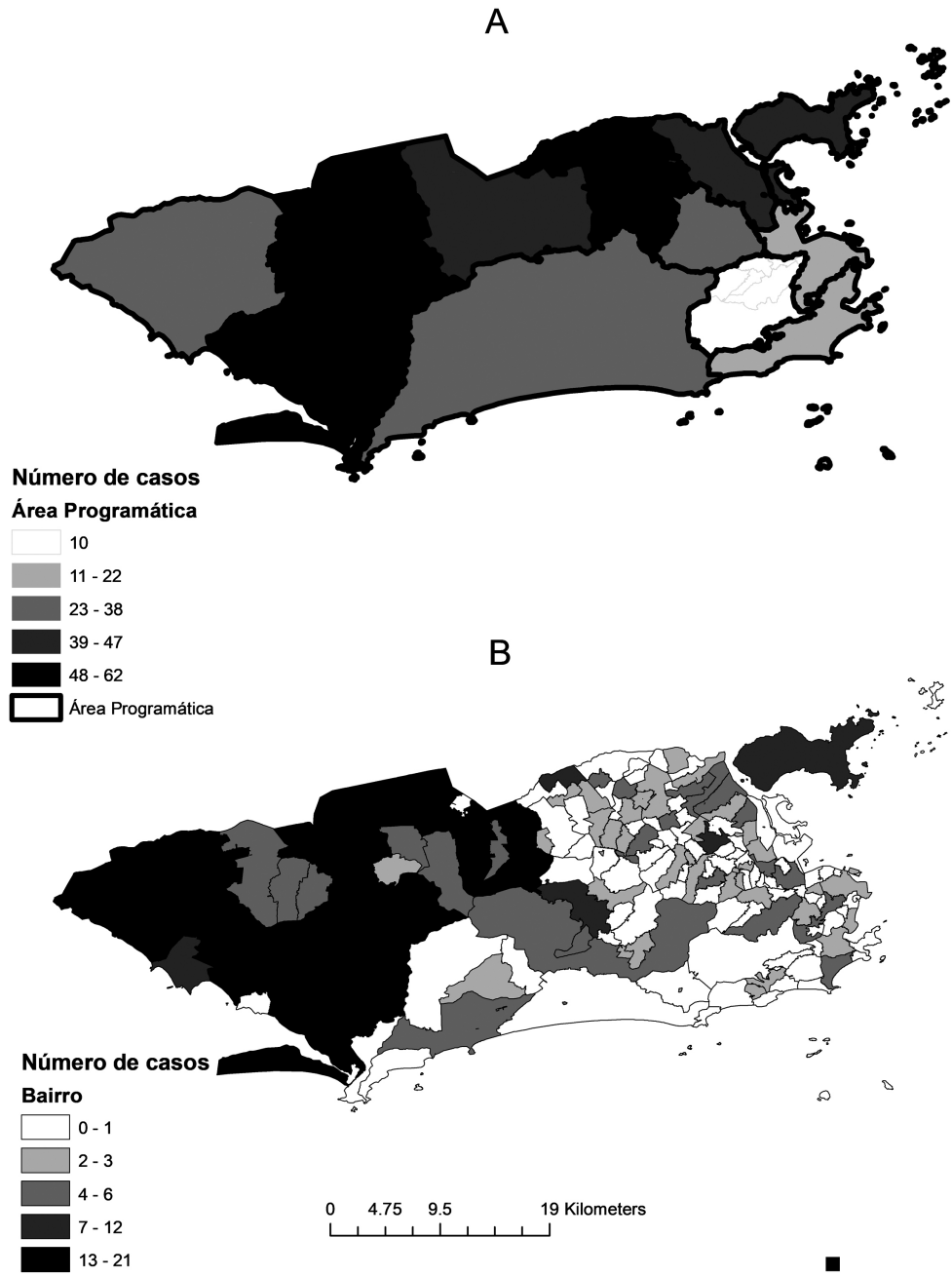
Em 2014, foram matriculadas 1587 usuárias no serviço de Ginecologia da unidade de referência em atenção oncológica. Desse total, 839 mulheres tiveram diagnóstico enquadrado no código CID 10 (Código Internacional de Doenças-10) C53 – Neoplasia maligna do colo do útero. Após identificação dos locais de residência informados pelas 839 mulheres, constatou-se que a instituição de referência deste estudo atendeu, em 2014, 838 usuárias de 57 municípios do Estado do Rio de Janeiro. A capital encaminhou 360 usuárias, equivalentes a 43% do total de mulheres encaminhadas à unidade de referência com o CID C53.

O fato de a instituição de referência localizada na capital ter atendido usuárias de 57 dos 92 municípios do Estado do Rio

de Janeiro (ou 62%) também sugere uma sobrecarga nas unidades do SUS ou *deficit* no número de unidades especializadas que realizam o tratamento desse tipo de câncer no interior do Estado, dentre outras causas. Tendo em vista que o tempo é primordial para o início de tratamento, o encaminhamento das usuárias por meio do sistema de regulação para a capital, por ser a região com maior número de unidades habilitadas para o tratamento, é necessário para garantir que esse início ocorra no menor tempo possível.

As 360 mulheres que informaram como local de residência o Município do Rio de Janeiro habitam em 91 bairros diferentes (*figura 1 – B*). Dessa forma, foi possível determinar o número de usuárias encaminhadas por Área Programática (AP) (*figura 1 – A*). A Área Programática 3.3, que compreende os bairros da região de Madureira e adjacências<sup>17</sup>, encaminhou o maior número de mulheres em 2014. Porém, os cinco bairros que concentraram o maior número de mulheres encaminhadas encontram-se na Zona Oeste do Rio de Janeiro e são Campo Grande com 21 usuárias, Bangu, Realengo, Santa Cruz com 17 usuárias em cada bairro e Guaratiba com 14 usuárias.

Figura 1. Distribuição do número de casos de mulheres encaminhadas para tratamento do câncer de colo do útero na unidade de referência em 2014 segundo o local de residência. (A) Número casos segundo área programática de residência; (B) Número casos segundo bairro de residência

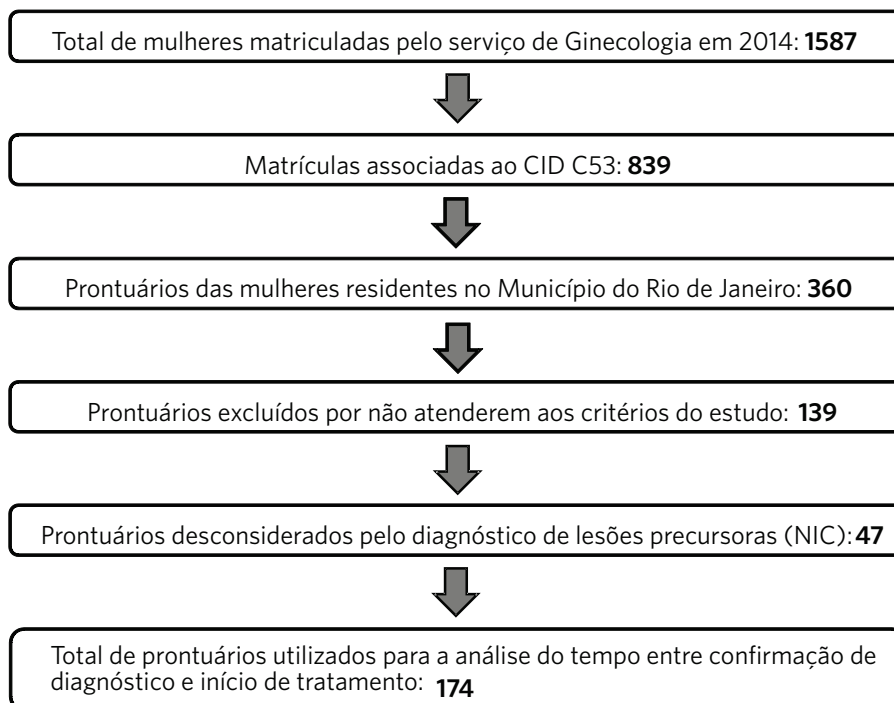


Para o cálculo do tempo entre a confirmação do diagnóstico e o início do tratamento, verificaram-se os registros eletrônicos da instituição de referência e os prontuários físicos das 360 usuárias que informaram residência no Município do Rio de Janeiro. Excluíram-se da análise 139 prontuários por não conterem as informações necessárias ao cálculo de tempo entre a confirmação do diagnóstico e início do tratamento. Sendo assim, selecionaram-se inicialmente 221 prontuários, equivalentes a 61,4% dos prontuários identificados inicialmente.

Os 221 prontuários foram divididos em dois grupos, segundo o resultado do diagnóstico. O primeiro inclui as 47 mulheres diagnosticadas com Neoplasia Intraepitelial

Cervical (NIC), como são denominadas as lesões precursoras do câncer<sup>4-6</sup>; e o segundo, as 174 mulheres com câncer do colo uterino invasor. Para a análise do tempo entre confirmação do diagnóstico e início de tratamento não se consideraram os prontuários das mulheres diagnosticadas com NIC, uma vez que as lesões pré-invasivas evoluem mais lentamente, além de as condutas para tratamento serem mais simples e demandarem menor complexidade da assistência, diferentemente do que acontece quando já existe um processo invasor em curso<sup>4-6</sup>. Dessa forma, restaram para análise os 174 prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer invasor, conforme *figura 2*.

Figura 2. Seleção dos prontuários para realização do cálculo de tempo entre confirmação de diagnóstico e início de tratamento



Das 174 mulheres diagnosticadas com câncer invasor, 114 (65,5%) apresentaram doença localmente avançada no momento da avaliação inicial para a definição da conduta de tratamento. O dado é preocupante, dada a redução da possibilidade de cura nesses casos. O diagnóstico tardio resulta em tratamentos mais agressivos e menos efetivos, aumenta o comprometimento físico e emocional da mulher e de sua rede de apoio, eleva os índices de mortalidade pela doença, além de aumentar os custos com internações e uso de medicamentos<sup>11</sup>. Tal realidade evidencia a pouca capacidade do sistema de saúde de promover o rastreamento e o controle da doença, uma vez que o tratamento

das lesões precursoras impede que progridam para câncer invasor.

A média de idade das mulheres portadoras de câncer invasor foi 49,9 anos, estando a mais nova com 23 e mais velha com 93 anos. A média de idade das mulheres diagnosticadas com Neoplasia Intraepitelial Cervical foi 38,9 anos, estando a mais nova com 22 anos e a mais velha com 76.

Para o cálculo do tempo entre a data do diagnóstico e início do tratamento, considerou-se a data da confirmação do diagnóstico e a data da primeira intervenção terapêutica. A *tabela 1* apresenta a média de dias para início de tratamento de acordo com cada tipo de intervenção.

Tabela 1. Tempo médio em número de dias para início de tratamento a partir da data de confirmação do diagnóstico das mulheres residentes no Município do Rio de Janeiro em 2014

Tipo de tratamento	Número de usuárias	Tempo médio para início de tratamento (dias)
Cirúrgico	48	104,8
Conjugado (radioterapia e quimioterapia)	86	116,8
Radioterapia exclusiva	17	142,6
Quimioterapia paliativa	03	71,3
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>115,4</b>

Fonte: CID C53 - mulheres residentes no Município do Rio de Janeiro matriculadas na unidade de referência, 2014.

A média de tempo para início de tratamento foi de 115,4 dias, aproximadamente 56 dias após o prazo de 60 dias fixado por lei. Esse achado revela que o sistema de saúde não atendeu à demanda da maioria das usuárias portadoras da doença no que diz respeito ao início de tratamento em tempo oportuno. Apesar de a Lei nº 12.732/2012 ter entrado em vigor em maio de 2013, verificou-se que apenas 21 tratamentos (12%) do total de 174 casos foram iniciados em até 60 dias da data da confirmação do diagnóstico.

O atraso foi observado em todos os tipos de intervenção para o tratamento do câncer do colo do útero. O menor tempo de espera foi verificado com a quimioterapia paliativa

(71,3 dias). A espera pelo tratamento cirúrgico e pelo tratamento conjugado – principais intervenções terapêuticas recomendadas<sup>18</sup> – ultrapassou 100 dias. Em relação ao atraso no tratamento das pacientes que necessitaram de radioterapia, o ano de 2014 foi marcado por inúmeros problemas relacionados à falta de disponibilidade do serviço tanto no estado como no Município do Rio de Janeiro.

Decisão judicial determinou que, a partir de 10 de julho de 2014, todos os pacientes em tratamento com radioterapia nos hospitais localizados no Município do Rio de Janeiro deveriam ser cadastrados em fila única no Sistema de Regulação (Sisreg)<sup>19</sup>. Ficou sob responsabilidade exclusiva do gestor

municipal tomar as providências quanto ao agendamento das avaliações iniciais junto aos prestadores de radioterapia. A iniciativa de organizar a fila de espera para reduzir o tempo para início de tratamento não foi suficiente para atender à demanda da maioria das mulheres encaminhadas para a unidade de referência.

### Trajetórias das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero na assistência

As entrevistas foram realizadas de setembro a dezembro de 2015 no setor de quimioterapia da unidade de referência, em seu consultório multidisciplinar. No período disponível para a realização das entrevistas, seis mulheres

aceitaram participar da pesquisa e duas se recusaram. Uma das mulheres que aceitou a participação, apesar de ter declarado residência no Município do Rio de Janeiro, informou que toda a trajetória na assistência até o encaminhamento para a unidade tinha sido realizada fora desse Município, para o qual mudou-se menos de três meses antes da entrevista, vivendo em casa de familiares, para estar mais próxima do local de tratamento. Por esse motivo, a entrevista não foi considerada para a análise. Assim, analisaram-se as trajetórias assistenciais de cinco mulheres, identificadas nesta pesquisa como M1, M2, M3, M4 e M5. Seguem os quadros 1 e 2 com o perfil das mulheres entrevistadas e a caracterização de cada percurso na assistência.

Quadro 1. Perfil das mulheres entrevistadas na unidade de referência em oncologia em 2014

Mulher	Idade	Naturalidade	Escolaridade	Estado civil	Filhos	Bairro	Ocupação atual	Último preventivo
M1	35	RJ	Segundo grau completo	Solteira	1	Realengo	Empresária	2011
M2	31	RJ	Segundo grau completo	Casada	2	Senador Camará	Técnico Administrativo	2012
M3	58	RJ	Segundo grau completo	Divorciada	4	Pilares	Do lar	Não soube informar, refere 'muito tempo' por estar há 11 anos sem relações sexuais.
M4	60	RN	Primeiro grau incompleto	Divorciada	4	Ramos	Pensionista e Beneficiária do Bolsa Família	2005
M5	42	CE	Analfabeta	Solteira	2	Vila Kennedy	Do lar	2013

Quadro 2. Percurso na assistência das mulheres atendidas na unidade de referência em oncologia em 2014

Mulher	Cobertura da saúde suplementar	Acompanhamento pela ESF	Sintoma ginecológico prévio	Estadiamento do tumor no diagnóstico	Tempo em dias entre confirmação de diagnóstico e matrícula na instituição de referência	Tempo em dias entre confirmação de diagnóstico e início de tratamento
M1	Não	Sim	Sim	IIB	130	259
M2	Sim	Não	Sim	IB2	7	34
M3	Sim	Não	Sim	IIB	2	44
M4	Não	Não	Sim	IIB	20	167
M5	Não	Sim	Sim	IIB	12	136

## Concepções das mulheres entrevistadas sobre a prevenção e detecção precoce

A dificuldade no acesso ao exame preventivo no SUS foi o primeiro aspecto relacionado à organização dos serviços de saúde da AB e tem impacto direto nas ações de prevenção e detecção precoce. Os relatos de M1 e M2 representam exemplo de barreira de acesso ao exame preventivo no SUS:

*[...] eles pediam para fazer o preventivo, tinha que ir para a palestra e não dava, não tinha como ir. Aí eu falava: ou eu vou trabalhar, ou eu vou para a palestra. (M1).*

*[...] o atendimento está a cada dia mais precário. Moro numa área considerada de risco, por qualquer motivo eles fecham o posto. E aí, como é muito difícil, você vai deixando pra lá. (M2).*

Outras barreiras relatadas pelas mulheres para a realização do exame preventivo foram a inserção no mercado de trabalho e a responsabilidade de criar os filhos e sustentar a família. Longas jornadas diárias de trabalho e a sobrecarga do cotidiano podem desestimular a realização do exame com regularidade<sup>2,20-22</sup>. De acordo com Mattos, quando se procura a organização dos serviços na perspectiva da integralidade, “busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades”<sup>23(62)</sup>. Sendo assim, a organização dos serviços de saúde deve contemplar as mulheres que não podem comparecer dentro do horário normal de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brito-Silva et al.<sup>10</sup> reforçam que a dificuldade de acesso à AB está relacionada à dinâmica de atendimento caracterizada pela baixa flexibilidade no agendamento de consultas e pela burocratização. Essas restrições contribuem para dificultar e desmotivar a procura do serviço pelas mulheres.

A experiência de realização do exame preventivo na saúde suplementar relatada por M2 também demonstrou baixa qualidade no atendimento: “...todas as vezes eu sangrava, por isso eu tinha um trauma, um pânico dessa experiência. Sempre me machucou...”. Além da dor física durante a realização do procedimento, a usuária também relata ter passado por situações de constrangimento, causando desmotivação pelo atendimento ginecológico de forma regular.

Os relatos de M2 corroboram achados de diversos estudos sobre fatores que interferiram negativamente na regularidade da realização do exame preventivo. Experiências de maus tratos ou humilhações sofridas durante a realização do exame associadas à falta de informação sobre o objetivo do preventivo e acesso restrito aos serviços de saúde são fatores que contribuem para a manifestação de sentimentos como vergonha, dor, medo e constrangimento. Os aspectos subjetivos são determinantes na adesão à rotina de prevenção e cuidado, uma vez que experiências ruins e dolorosas afastam e desestimulam a continuidade da rotina de cuidados<sup>2,20-22</sup>. Nesse sentido, todos os profissionais envolvidos no rastreamento da doença, seja no SUS ou na saúde suplementar, devem estar qualificados para reconhecer e tratar tais questões.

Uma característica comum a todas as mulheres entrevistadas foi a procura pelo atendimento com o ginecologista após o surgimento de sintomas indicativos de alterações ginecológicas. Esse comportamento é comum e expressa concepções de cuidado à saúde pautadas na doença. Alguns dos principais sintomas ginecológicos como dor, corrimento, prurido são abordados como indicação para o exame preventivo, reforçando a atribuição da conduta preventiva a uma queixa, principalmente relacionada às doenças infecciosas<sup>22</sup>. Em contrapartida, sintomas mais graves apresentados pelas mulheres entrevistadas como sangramento vaginal e corrimento de odor fétido podem estar relacionados ao estágio avançado da



doença, evidenciando um diagnóstico tardio, com possibilidades mais restritas de cura<sup>9,11</sup>.

A AB, em especial a ESF, deve prover atenção especial às mulheres com histórico de infecção pelo HPV, além de outros fatores de risco associados, como o tabagismo, multiparidade, imunossupressão e início precoce da vida sexual, conforme preconizado pelas diretrizes brasileiras de rastreamento da doença. As campanhas são importantes pelo horário diferenciado e agilidade no atendimento, porém não são suficientes, uma vez que estão direcionadas a responder somente às demandas das mulheres que procuram pelos serviços<sup>21,22</sup>.

Em relação às práticas preventivas, apesar de duas das cinco mulheres terem sido encaminhadas para tratamento pela ESF (M1 e M5), elas relataram que não receberam orientações dos profissionais de saúde sobre prevenção. A falta de informação das mulheres sobre a finalidade do exame e a periodicidade da rotina de cuidado também foi outro destaque:

*Porque eu tinha a ideia de que preventivo era só para ver inflamação e hoje em dia eu sei que não é desse jeito [...] principal objetivo é ver se existem células cancerígenas. (Entrevistada M2).*

*Eu demorava a buscar exatamente por não ter nenhum corrimento, [...] há onze anos que eu não tinha mais relação sexual. (Entrevistada M3).*

Esses relatos confirmam achados de estudos reveladores da falta de conhecimento das mulheres em relação ao objetivo do exame preventivo, que é erroneamente associado à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e outras doenças ginecológicas<sup>2,20-22,24</sup>. O desconhecimento acerca do exame pode comprometer a ida ao serviço de saúde, uma vez que o Papanicolaou não é associado a uma prática preventiva. Andrade et al.<sup>22</sup> destacam ainda que essa realidade é observada nas práticas em saúde quando

os profissionais priorizam suas orientações no ato da realização do preventivo, dando menor importância à informação sobre sua finalidade. Tal fato associa a realização da ação preventiva ao cumprimento de metas, tornando a atividade meramente obrigatória.

Outra questão envolvida na adesão à prática preventiva está relacionada aos valores morais inseridos nos significados e nas práticas relacionadas à doença. Torna-se mais difícil a visualização do câncer de colo uterino como risco potencial para mulheres com parceiro fixo, idade avançada e ausência de atividade sexual. Dessa forma, as estratégias informações acerca da doença e do objetivo do preventivo são recomendadas a esse grupo de mulheres em especial<sup>2</sup>.

Diante desse cenário, é necessário massificar a informação junto às mulheres da faixa etária alvo sobre a infecção pelo HPV, o rastreamento da doença por meio do preventivo e a periodicidade recomendada para a realização do exame. Campanhas midiáticas são importantes, mas não minimizam a responsabilidade do profissional de saúde de realizar um atendimento humanizado, com abordagem educativa e compreensiva durante as consultas, que atente para o processo saúde-doença do câncer, os sentimentos da mulher em relação ao exame e sua situação socioeconômica e cultural<sup>21</sup>.

### **Concepções das mulheres entrevistadas sobre tratamento adequado e em tempo oportuno**

A narrativa das trajetórias das mulheres na assistência demonstrou que a AB atuou ativamente nos encaminhamentos das usuárias M2 e M3. Nesses dois casos, houve participação direta da direção da UBS nos encaminhamentos. Neste estudo, os percursos na assistência de M2 e M3 foram exemplos de coordenação do cuidado efetiva, uma vez que as duas mulheres iniciaram o tratamento no prazo de 60 dias fixado por lei. Percebeu-se, pelo relato das usuárias, o empenho desses

profissionais em agilizar o encaminhamento delas junto ao sistema de regulação de vagas. No entanto, cabe ressaltar que, no caso de M3, o encaminhamento foi priorizado em consequência de o diagnóstico ter sido revelado após a realização de procedimento cirúrgico indicado por profissional não especialista, o que agravou sua condição clínica.

As principais questões relacionadas à organização dos serviços de saúde a partir da descoberta do diagnóstico do câncer envolvem o tempo de espera para a realização dos procedimentos de confirmação de diagnóstico pela biópsia e o agendamento para o início tratamento. O relato de M1 expressou as dificuldades encontradas:

*Consegui marcar a biópsia uns dois ou três meses depois [...] aí eu tive que ir para Irajá. Porque aí quando você descobre, você já fica na pressa de querer o tratamento. Eu acho que o tratamento tinha que começar mais rápido, porque demora muito. Uma trajetória muito longa, de meses. Eu cheguei aqui em fevereiro (2015) e comecei a tratar semana passada. (entrevista em 28/09/2015).*

Os resultados da primeira parte do estudo revelam que a maioria dos tratamentos do câncer de colo de útero das mulheres diagnosticadas com câncer invasor (88%) ocorreu após o prazo de 60 dias. Tal situação foi verificada nas trajetórias de três mulheres dentre as cinco entrevistadas. O início tardio do tratamento compromete a sobrevida das mulheres, uma vez que a progressão da doença limita as possibilidades de tratamento<sup>11</sup>.

Outra questão importante destacada pelas usuárias M3 e M5 foi a dificuldade de ter que realizar a radioterapia em unidade diferente daquela em que foi realizada a quimioterapia. No caso dessas duas mulheres, em virtude da fila de espera, foi necessário encaminhá-las para outras unidades da rede SUS e conveniada para agilizar o início do tratamento com sessões de radioterapia. O relato da trajetória de M3 mostrou o desgaste de

ter que percorrer grandes distâncias à procura do tratamento. Com frequência, ela saiu da clínica de radioterapia por volta de meia-noite, quando há menor oferta de transporte público, e chegou em sua residência em torno das duas horas da manhã. No entanto, M3 esclareceu que não havia escolha, mas a única opção para iniciar o tratamento mais rapidamente.

As narrativas das trajetórias confirmaram que as desigualdades de acesso expressam um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione segundo os princípios e as diretrizes estabelecidos<sup>25</sup>. Particularmente, as narrativas das mulheres M3 e M5 evidenciaram as principais dificuldades desse percurso. Além do diagnóstico de doença localmente avançada, da prescrição de tratamento que envolve sessões de radioterapia, quimioterapia e braquiterapia, lhes foi imposto também que cada parte do tratamento ocorresse em unidades de saúde diferentes, distantes entre si e de suas residências. A fragmentação do tratamento compromete a integralidade do cuidado e faz com que a trajetória dessas mulheres já fragilizadas pelo diagnóstico da doença seja ainda mais dolorosa.

## Conclusões

Os achados deste estudo corroboram uma contradição entre as estratégias de rastreamento e controle do câncer de colo uterino preconizadas pelo MS e a forma de organização dos serviços de saúde responsáveis por essas ações. As percepções das usuárias sobre o acesso ao exame preventivo e as dificuldades relatadas durante a trajetória na assistência reforçam o paradoxo. A análise realizada a partir da verificação do cumprimento do prazo de 60 dias para início do tratamento da doença se mostrou pertinente para afirmar que são necessárias melhorias na articulação dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade para garantir que todas as mulheres diagnosticadas tenham

acesso às formas de tratamento que necessitam em tempo oportuno.

A caracterização do percurso das mulheres na assistência suscitou reflexões acerca das dificuldades observadas na linha de cuidado do câncer de colo uterino no Município do Rio de Janeiro. Cumpriu a proposta de dar voz às mulheres afetadas pela doença, possibilitando a identificação das principais questões que influenciaram os caminhos percorridos pelas mulheres. O diagnóstico tardio das mulheres que participaram do estudo revelou alguns fatores que impediram a detecção precoce da doença. Esses fatores se relacionam, principalmente, com as dificuldades de acesso ao exame preventivo no SUS em virtude da burocratização dos serviços e da pouca flexibilidade na agenda de atendimento das UBS para as mulheres que têm rotinas de longas jornadas de trabalho. Há a percepção por parte das usuárias que os serviços no SUS possuem baixa resolutividade. Outros achados estão relacionados à falta de informação sobre a doença e a finalidade do exame, além dos fatores subjetivos como medo e constrangimento em relação ao exame.

Dessa forma, para melhorar as ações de prevenção e detecção precoce da doença, os esforços também devem se concentrar no fortalecimento da AB, principalmente na ESF, modelo assistencial que privilegia o cuidado integral e está mais próximo da

comunidade. A ESF precisa se responsabilizar pela busca ativa das mulheres assintomáticas e acompanhamento da periodicidade da realização do preventivo pela população alvo do território. Além da busca ativa, também é papel da AB colocar em prática as ações de educação em saúde para esclarecer a população feminina sobre os objetivos do exame de rastreamento.

A ESF no Município do Rio de Janeiro permanece em expansão, embora a cobertura atual esteja em torno de 50%<sup>26</sup>. A implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2012 pelo MS induziu à ampliação do acesso da população aos serviços e da melhoria na qualidade do atendimento por meio do repasse de recursos vinculado ao desempenho das equipes. A cobertura do exame citopatológico é um dos indicadores de qualidade da assistência contemplados pelo programa. Assim, a tendência é que a cobertura entre as mulheres da faixa etária alvo aumente de acordo com o avanço da cobertura da ESF no Município do Rio de Janeiro. A expansão da AB é desafiadora, visto que a rede de atenção deve estar organizada para absorver a demanda de um número maior de mulheres submetidas ao rastreamento e encaminhar os casos alterados para o tratamento adequado e em tempo oportuno, visando à diminuição da incidência de câncer de colo uterino. ■

## Referências

- World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: guide to essential practice. 2. ed. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 2015 dez 28]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>.
- Rico AM, Iriart JAB. Tem mulher, tem preventivo: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saude Pública*. 2013; 29(9):1763-1773.
- Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(3):174-182.
- McGraw SL, Ferrante JM. Update on prevention and screening of cervical cancer. *World J Clin Oncol*. 2014; 5(4):744-742.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(7):1312-1322.
- Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(2):383-390.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: Atualização 2016. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acesso em 2016 jan 22]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/diretrizes\\_para\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_utero\\_consulta\\_publica](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/diretrizes_para_rastreamento_cancer_colo_utero_consulta_publica).
- Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves FDL, et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(2):240-248.
- Panobianco MS, Pimentel AV, Almeida AM, et al. Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. *Rev Bras Cancerologia*. 2012; 58(3):517-523.
- Santos RS, Melo ECP. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2):410-416.
- Brasil. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo. Relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, DF: TCU; 2011.
- Brasil. Lei nº 12732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 23 nov 2012.
- Deslandes SF. Revisitando as Metodologias Qualitativas nas Pesquisas de Avaliação: vertentes, contribuições e desafios. In: Batista TWF, Azevedo CS, Machado CV. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 193-217.
- Nascimento-Silva VM, Silva Junior AG, Pinheiro R, et al. Trajetória assistencial em Pirai: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA, organizadores. Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro:

- CEPESC; UERJ; ABRASCO; 2011. p. 225-232.
17. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – PMS – 2014-2017. Rio de Janeiro: SMS; 2013 [acesso em 2015 set 1]. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf).
  18. Wiebe E, Denny L, Thomas G. Figo Cancer Report 2012: Cancer of cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet.* 2012; 119(supl2):S100-S109.
  19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Decisão judicial estabelece fila única para radioterapia no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Inca; 2014 [acesso em 2015 set 10]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/decisao\\_judicial\\_estabelece\\_fila\\_unica\\_para\\_radioterapia\\_no\\_municipio\\_do\\_rio](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/decisao_judicial_estabelece_fila_unica_para_radioterapia_no_municipio_do_rio).
  20. Rangel G, Lima LD, Vargas EP. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. *Saúde debate.* 2015; 39(107):1065-1078.
  21. Aguilár RP, Soares DA. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis.* 2015; 25(2):359-379.
  22. Andrade SSC, Silva FMC, Silva MSS, et al. Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolau. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(8):2301-2310.
  23. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Uerj; IMS; Abrasco, 2001. p. 39-64.
  24. Diógenes MAR, Jorge RJB, Sampaio LRL, et al. Barreiras a realização periódica do Papanicolaou: estudo com mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev APS.* 2011; 14(1):12-18.
  25. Almeida PA, Giovannella 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.
  26. Brasil Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. *Equipes de Saúde da Família.* Brasília, DF: SAGE; 2017 [acesso em 2016 nov 16]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>.
- 
- Recebido em 27/02/2018  
Aprovado em 24/07/2018  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

# Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos

*Doulas as a tension trigger between obstetric assistance models: the view of the professionals involved*

Thuany Bento Herculano<sup>1</sup>, Juliana Sampaio<sup>2</sup>, Marita de Almeida Assis Brilhante<sup>3</sup>, Murillo Bruno Braz Barbosa<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811813

**RESUMO** Este artigo analisa a percepção dos profissionais de saúde da maior maternidade do estado da Paraíba acerca da inserção das doulas no processo de cuidado. Trata-se de estudo qualitativo, com 24 profissionais de saúde, cujo instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada. O papel da doula na assistência à parturiente foi descrito como: oferta de suporte emocional, físico e de informação. Cada uma dessas dimensões disparou tensões com diferentes personagens envolvidas no parto, como psicólogas, fisioterapeutas e médicas. Nesse cenário, as profissionais tentam a delimitação de técnicas/conhecimentos privativos de cada categoria, a fim de ratificar sua autonomia frente ao surgimento de mais uma figura no cuidado à gestante, sobretudo quando essa personagem coloca em xeque práticas tradicionalmente executadas na obstetrícia. A gênese dessas tensões vai além da presença de um 'novo' sujeito na cena do parto, mas é um reflexo da conjuntura obstétrica brasileira, permeada por disputas entre modelos de assistência e por espaços de atuação. Também desperta a necessidade de construção de um cuidado compartilhado e centrado na parturiente.

**PALAVRAS-CHAVE** Doulas. Parto humanizado. Obstetrícia. Assistência perinatal.

**ABSTRACT** This article analyzes the perception of the healthcare professionals of the largest maternity of the state of Paraíba about the insertion of doulas in the care process. This is a qualitative study, with 24 health care professionals, whose instrument of data production was a semi-structured interview. The role of the doula in the assistance to parturient was described as: offer of emotional, physical and informational support. Each of these dimensions has triggered tensions with different characters involved in childbirth, such as psychologists, physiotherapists and physicians. In this scenario, professionals intend to delimit individual techniques/knowledge of each category, in order to ratify their autonomy in the face of the emergence of another figure in the care of the pregnant woman, especially when this character puts in check practices traditionally executed in obstetrics. The genesis of these tensions goes beyond the presence of a 'new' subject at the delivery scene, but it is a reflection of the Brazilian obstetric scenario, permeated by disputes between care models and performance space. It also raises the need to build a shared care and centered on the parturient.

**KEYWORDS** Doulas. Humanizing delivery. Obstetrics. Perinatal care.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9218-9415>  
[thuany\\_herc@hotmail.com](mailto:thuany_herc@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0439-5057>  
[julianasmp@hotmail.com](mailto:julianasmp@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0764-0057>  
[marita.med.ufpb@gmail.com](mailto:marita.med.ufpb@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4255-9817>  
[murillobraz14@gmail.com](mailto:murillobraz14@gmail.com)



## Introdução

Nas últimas décadas, surgiram, em contrapartida ao modelo biomédico tradicional, iniciativas para reorientar a assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico puerperal. Essas estratégias são conhecidas genericamente por humanização do parto e do nascimento. Entre elas, aparece o suporte contínuo durante o trabalho de parto, que pode ser realizado por profissionais do serviço, familiares ou acompanhantes leigas treinadas, conhecidas como doulas<sup>1,2</sup>.

A palavra 'doula' tem origem grega e significa 'mulher que serve'. Hoje, refere-se à pessoa com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno. Ela oferece suporte emocional à gestante; traz conforto físico e alívio da dor, com massagens e banhos mornos; disponibiliza informações à gestante e seus familiares; e estabelece um vínculo entre a equipe de saúde e a mulher<sup>1,2</sup>.

No Brasil, a inserção das doulas, remuneradas ou voluntárias, dentro das maternidades, deu-se sem a participação dos profissionais atuantes no cenário do parto e, muitas vezes, sem o entendimento do seu escopo de atuação. Tal contexto abre margem para resistências e possíveis conflitos dentro das equipes de saúde, sobretudo porque grande parte das orientações oferecidas pelas doulas vão de encontro à predominante biomedicina intervencionista, o que transforma o trabalho de parto num cenário de disputa entre modelos de assistência<sup>2,3</sup>.

Frente a tal cenário, o presente estudo pretende analisar a percepção dos profissionais de saúde atuantes em uma maternidade pública da Paraíba acerca da inserção das doulas na assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, identificando o conhecimento sobre a função das doulas e possíveis benefícios, dificuldades e conflitos na participação destas no contexto obstétrico atual.

## Abordagem metodológica

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, realizado no Instituto Cândida Vargas (ICV), maternidade localizada no município de João Pessoa, que compõe a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nela, existe, desde 2011, o Projeto de Doulas Voluntárias, criado pela Secretaria Extraordinária de Políticas Públicas para Mulheres (SEPPM). O projeto oferece um curso com duração de sete meses, sendo um mês de aulas teóricas, nas quais são abordados temas como: o trabalho da doula; voluntariado; ética profissional; dinâmica do parto; aleitamento materno; e práticas integrativas (exercícios preparativos para o trabalho de parto). Os outros seis meses são dedicados às atividades práticas no ICV, onde as doulas em formação trabalham diretamente com as mães e os profissionais da saúde<sup>4</sup>.

Os sujeitos do estudo foram 24 profissionais das diferentes categorias envolvidas na assistência ao parto no ICV: equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), médicos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, no período de agosto de 2016 a abril de 2017. Como instrumento de coleta, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que foi gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra, preservando a identidade de seus participantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CAAE - 56342016.5.0000.5188). As diretrizes que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, foram seguidas em todas as etapas deste estudo. Para garantir a confidencialidade, os trechos apresentados nos resultados foram identificados pela categoria profissional e numeração, de acordo com a ordem de realização da entrevista.

Todo o material produzido foi submetido à análise de conteúdo, através de três etapas:



pré-análise, com repetidas leituras do *corpus*; exploração do material, identificando unidades de significado no conjunto das falas; e tratamento dos resultados com interpretação à luz do referencial teórico da pesquisa<sup>5</sup>.

As informações concernentes ao perfil do grupo estudado estão apresentadas em números absolutos e relativos. A partir da análise dos dados empíricos, surgiram três categorias: 'O papel da doula na assistência à parturiente'; 'Relação entre doula e equipe de saúde'; e 'Da inserção à regulamentação: processo, dificuldades e avanços'.

## Resultados e discussão

### Perfil das profissionais de saúde entrevistadas

As idades do grupo entrevistado variaram entre 26 e 65 anos (média = 43,3 anos; dp = 13,8 anos). Todas as profissionais eram do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 58,4% (n=14) das entrevistadas eram casadas e 66,7% (n=16) tinham filhos, com paridade média de 1,2 filhos. Com relação ao tipo de parto, houve predomínio da cesariana (68,7%).

O tempo médio de formação dessas profissionais foi de 17,6 anos (dp = 14,2 anos), sendo que o de atuação na obstetrícia foi de 16,7 anos (dp = 15,2 anos); e, especificamente, no ICV, elas trabalhavam, em média, há 12,3 anos (dp = 11,2 anos). A categoria com maior tempo de formação foi a equipe médica, com 35,1 anos. De modo análogo, trabalhavam na maternidade há mais tempo (23,8 anos).

No que se refere ao tempo de formação e de atuação na maternidade, o fato de a equipe médica ser mais antiga pode ter interferência no fato de ser a categoria profissional que apresentou maior resistência à presença das doulas, evidenciando tensões entre diferentes modelos de assistência obstétrica, como afirma esta médica pediatra a respeito das dificuldades que sua categoria apresenta:

*[...] a maioria dos profissionais aqui é formada há muitos anos, quando não existiam essas coisas. O obstetra, que sempre foi o 'todo poderoso' da sala de parto, não está sabendo se posicionar frente a isso. (Médica Pediatra 9).*

Contudo, essa resistência à adoção de novas práticas precisa ser pensada para além dos anos de formação, pois, ainda hoje, a formação médica em obstetrícia é centrada no domínio da técnica e no controle de riscos, em detrimento do processo fisiológico da parturição. Também não se privilegia o trabalho em equipe e a possibilidade de atuação de outras categorias na assistência ao parto, encarado como ato médico a ser realizado em ambiente hospitalar<sup>6</sup>.

No cotidiano dos serviços de assistência obstétrica, é possível perceber a polarização entre dois modelos: o biomédico, com foco nas patologias, ainda hegemônico; e a humanização, com uma proposta mais integrativa do processo de parir<sup>7</sup>. Cabe situar que as doulas se consideram como representantes legítimas do movimento pela humanização do parto e do nascimento, e seu escopo de atuação se dá nessa seara de coexistência e polarização de modelos, por vezes, conflitantes<sup>8</sup>.

### O papel da doula na assistência à parturiente

Segundo as profissionais entrevistadas, podem ser identificadas três dimensões de cuidado na atuação das doulas na maternidade, sendo que cada uma dessas dimensões dispara tensões com diferentes personagens envolvidas no cenário do parto hospitalar. Interessante notar que, quando questionadas sobre o que é uma doula ou quais seriam suas funções, as profissionais reafirmam o que elas são e o que é de sua competência fazer, no sentido de delimitar o que a doula 'não é' e 'não faz'.

A 'primeira dimensão', e mais citada, diz respeito à 'esfera emocional', na qual a doula oferece apoio, encorajamento e suporte

emocional contínuos, o que acaba trazendo tranquilidade e segurança para a gestante.

*Doula é uma mulher que cuida, que fica junto [...]. Ela fica com as pacientes no sentido de tranquilizar [...] como se dissessem: 'estou aqui o tempo todo'. (Psicóloga 3).*

A partir de tal dimensão, observa-se uma tensão entre a função da doula e do acompanhante. A maioria das profissionais aponta que esse apoio é mais importante quando a mulher está sozinha, quando a doula funcionaria como uma acompanhante.

*E a função do próprio acompanhante da pessoa? Pra que doula se você podia fazer um pré-natal de qualidade, treinando as pessoas que vão acompanhar essa paciente [...]. (Médica Pediatra 9).*

Por outro lado, para uma minoria das entrevistadas (n=4), a doula também se faz necessária dando suporte ao acompanhante escolhido pela parturiente. O reconhecimento do apoio da doula também à/ao acompanhante tem respaldo em estudos que mostram que, por estar envolvida/o emocionalmente com a gestante, por ser alguém de seu convívio familiar, que também precisa ser apoiado, este se diferencia da doula, que conseguiria manter-se tranquila nesse processo<sup>9</sup>.

Essa dimensão do cuidado também desperta tensões com as psicólogas, que buscam demarcar a diferença de seu papel, apontando que a função da doula não pode ser entendida como apoio psicológico, inerente ao saber da psicologia. Para elas, cabe às doulas um cuidado afetuoso, sem uma metodologia específica e cuja intervenção não busca alcançar um objetivo clínico determinado.

*Apoio psicológico quem dá somos nós, psicólogos. Naquele momento, a doula está sendo humana [...] ela foi ali, fez uma escuta, e aquela mulher se acalmou. (Psicóloga 3).*

A 'segunda dimensão' do cuidado atribuída

às doulas diz respeito a intervenções na 'esfera física', a partir das quais as doulas utilizam métodos não farmacológicos para alívio da dor, como as massagens, e estimulam a deambulação, os exercícios e mudanças de posição. "As doulas fazem apoio para dor com massagem, exercícios e caminhada [...]" (Médica Pediatra 1).

Nessa dimensão do cuidado, a doula produz tensionamentos com a fisioterapia, na execução de exercícios, especialmente naqueles com uso da bola suíça e do balanço pélvico para parto (tipo 'cavalinho'), que, para as fisioterapeutas, seriam atribuições inerentes à sua categoria profissional.

*[...] No início, tinha-se o medo da autonomia das doulas com relação aos exercícios [...] até porque existem aquelas pacientes que podem fazer e aquelas que não podem, então, isso aí a fisioterapia faz! (Fisioterapeuta 4).*

Ao proporcionar conforto físico, seja através de compressas, massagens, uso da bola ou cavalinho, a doula permite que a mulher vivencie uma experiência de parto mais positiva. Tendo em vista custo e risco baixos, além da efetividade dessas medidas para o bem-estar materno, os métodos não farmacológicos são defendidos pela política de humanização para serem amplamente utilizados pela equipe que presta cuidado à gestante<sup>1,10</sup>.

Para as entrevistadas, a 'terceira dimensão' da assistência prestada pelas doulas é o 'suporte de informações para a parturiente', através do qual a doula deve orientar como ocorre o trabalho de parto normal, evidenciando a fisiologia dos eventos vividos. Esse suporte de informações é apontado pelas profissionais como um instrumento para facilitar a aceitação do parto normal pela gestante e desmistificar as ideias construídas socialmente a respeito do parto vaginal, facilitando a rotina na maternidade.

*A vivência do trabalho de parto normal é muito negativa para mulher pela falta de conhecimento. Então, a doula consegue passar o conhecimento*

*mínimo, e termina que a paciente aceita o trabalho de parto, e transcorre tudo mais fácil.* (Assistente Social 12).

Percebe-se, dessa forma, que, para as profissionais entrevistadas, a informação não deve ser passada no sentido de empoderar a parturiente para tomada de decisão, como aponta a literatura no tocante às funções da doula<sup>3,11</sup>, mas, sim, no sentido de docilizá-la frente às intervenções biomédicas. Para Foucault<sup>12(163)</sup>, “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”.

A assistência ao parto, ao tornar-se ato médico e ser institucionalizada, passa a ser regida pela lógica do biopoder, cujo cerne é a promoção da vida. Dessa forma, o hospital, enquanto instituição disciplinar do biopoder, e o médico, seu principal agente, passam a ter livre acesso aos corpos, através de sua docilização e controle<sup>12</sup>. Nesse sentido, Simas<sup>9,13</sup> observa que a gestante é tutelada pelo sistema médico hospitalar, em nome da manutenção da sua própria vida e do nascituro.

Na obstetria, isso se dá através do apelo à figura da mulher enquanto ‘boa mãe’, que para trazer seu filho ao mundo deve ser forte e aguentar a dor, de forma contida e parcimoniosa, o que é reforçado por profissionais que, conforme demonstram alguns estudos<sup>6,14</sup>, tratam pior as gestantes pouco colaborativas. Nesse contexto, em que o parto é permeado por expressões e sentimentos negativos, tais como dor e sofrimento, a doula teria, dentro desse cenário, uma ‘missão positivadora’ do trabalho de parto<sup>8</sup>.

As puérperas entrevistadas por Portela et al.<sup>15</sup> perceberam importantes inconsistências nas informações passadas entre os diferentes membros da equipe assistencial durante o parto, o que lhes proporcionou intensa insegurança. Para os autores, isso evidencia as falhas no processo de comunicação entre a equipe, assim como também reforça o quanto estamos distantes de um cuidado centrado na parturiente.

Destaca-se que nas três dimensões apontadas, todas as profissionais ressaltaram os limites de atuação das doulas e a necessidade de respeitar as atribuições de cada profissão na maternidade. Ressaltam que a presença de doulas se justificaria num contexto de carência ou despreparo dos profissionais, que fazem questão de ratificar não ser o caso da maternidade em questão.

Contudo, apenas entre as profissionais da categoria médica foi defendida a total dispensabilidade das doulas, já que, para elas, a doula não possui nenhuma função dentro da assistência ao parto, no contexto hospitalar e multiprofissional que se dispõe atualmente.

*As doulas são múmias engessadas que roubavam crianças no século passado. Na verdade, esse era um termo pejorativo: δουλᾶ (dula), que vem do grego e significa estar ao lado. Eram as criadas [...]. Para mim, doula não tem função [...].* (Médica Obstetra 17).

## Relação entre doula e equipe de saúde

Para quem atua constantemente no pré-parto, especialmente para a equipe de enfermagem, ‘há uma carência de profissionais para estarem junto às gestantes’, justificando a presença de doulas. A equipe de enfermagem reconheceu a importância do suporte dado por elas, inclusive, alguns salientaram que essa dimensão do cuidado também é uma função da enfermagem, mas que, por conta da sobrecarga de trabalho em atividades técnicas, elas não podem dedicar-se exclusivamente a uma gestante, como as doulas fazem.

*Quando elas não estão aqui, a gente sente muita falta, porque a gente não tem tempo de dar a assistência que as mulheres precisam no momento do trabalho de parto, a gente fica mais mecânica, na medicação e etc. [...].* (Técnica de Enfermagem 2).

A enfermagem é um importante instrumento para efetivação das práticas obstétricas pautadas na humanização, já que esse tema é um importante norteador da formação desses profissionais<sup>16</sup>. Entretanto, o modelo de assistência das maternidades brasileiras impõe desafios ao enfermeiro, como a carga de trabalho excessiva e a falta de autonomia para que desempenhem um cuidado integral.

Para a enfermagem, a presença das doulas confere uma certa tranquilidade à equipe, pois elas comunicam qualquer necessidade da gestante. Entretanto, mesmo com esse reconhecimento, a maioria das profissionais da enfermagem apontou como ponto de conflito a interferência das doulas em condutas inerentes à enfermagem:

*[...] estava prescrito ocitocina, e a minha função é fazer o que está prescrito, aí a doula disse: 'não coloca agora não a ocitocina, deixa eu trabalhar um pouquinho com ela'. (Técnica de Enfermagem 5).*

Percebe-se uma tentativa de barganha das doulas com as enfermeiras e técnicas na execução de procedimentos contraindicados pela humanização, como o uso rotineiro de ocitocina sintética no trabalho de parto<sup>17</sup>. Essa realidade evidencia que se, por um lado, a doula tem acesso à enfermagem para dialogar e lutar em prol daquilo que julga melhor para a mulher, por outro, mostra uma equipe em que se estabelecem relações hierarquizadas e não dialógicas. Não há discussão de um plano de cuidado entre a equipe, tampouco com a gestante, principal interessada nesse processo, contrariando as diretrizes da política de humanização do SUS<sup>17</sup>.

Esse cenário é condizente com o modelo de assistência obstétrica tradicional, predominante no Brasil, no qual o cuidado está centrado no médico e dele partem as prescrições e intervenções. Essa organização do cuidado é resultado de uma formação calcada em complicações e riscos, e não no

processo fisiológico de parturição<sup>9,18</sup>. Como alternativa a esse paradigma, o movimento de humanização propõe um modelo colaborativo de cuidado, com inserção de outros profissionais na assistência, tais como a enfermeira obstétrica, para condução dos partos de risco habitual, além das doulas, para oferecer apoio contínuo à gestante<sup>19</sup>.

Segundo Portela et al.<sup>15</sup>, ainda estamos distantes da efetivação de um modelo colaborativo na assistência obstétrica brasileira. Configuram-se como nós críticos a dificuldade de redistribuição de poder; a necessidade de construção de relações de confiança entre os membros da equipe e a desmistificação de que a intervenção profissional é sempre benéfica.

As profissionais entrevistadas ressaltaram que não é papel das doulas envolverem-se em questões técnicas, que devem ficar a cargo da equipe de saúde. Essa tensão explícita os desafios da produção das práticas interprofissionais, tendo em vista que

a complementaridade e interdependência entre os trabalhos especializados da equipe de saúde estão com frequência em tensão com a autonomia técnica que os profissionais buscam ampliar<sup>20(1427)</sup>.

Em oposição ao que foi apresentado pela enfermagem, para as profissionais, especialmente as médicas obstetras e pediatras, que atuam somente na cena do parto, que, via de regra, ocorre no bloco cirúrgico ou na sala de parto, a maternidade 'enfrenta um excesso de pessoas':

*Eu acho um circo, dentro de uma sala de parto [...] o obstetra, o pediatra, o psicólogo, o fisioterapeuta, o acompanhante, a doula, os técnicos de enfermagem e os estudantes [...] ou dispensa a doula ou um desses profissionais, para elas poderem atuar [...]. (Médica Pediatra 9).*

Tal realidade nos leva a crer que o cerne do problema é que se negligencia o processo (partejar) em favor do desfecho (parto), pois, ao passo que se encontram mulheres

sozinhas no pré-parto, sobretudo as mais pobres e de cidades do interior, na hora do nascimento, há um grande contingente de pessoas, o que pode ser justificado pela percepção desta profissional: *“partejar não é a função dos profissionais, pois eles executam técnicas e procedimentos, cabendo isso à doula”* (Psicóloga 24).

Todavia, cabe considerar que o grande contingente de pessoas na cena do parto não representa necessariamente melhoria na assistência. Muito pelo contrário, o cuidado não confidencial ou privativo faz parte do arsenal da violência obstétrica, o que está relacionado com pior satisfação da parturiente à assistência prestada, sobretudo quando os profissionais não agem de forma coesa<sup>21</sup>.

Percebe-se, ainda, uma necessidade de marcar a distinção entre o ‘meu’ saber/fazer, dotado de cientificidade e respaldado por anos de estudo, do saber/fazer da doula, marcado por um caráter subjetivo, intuitivo, não técnico e, portanto, substituível e, por vezes, dispensável. Há, então, uma intensa polarização entre cuidado (humanizado) e assistência técnica.

Evidencia-se, ainda, intensa dificuldade em estabelecer um diálogo entre doulas e profissionais:

*[...] eu só converso com meus pares. Se ela não tem o curso como eu, ela não vai ter nunca condição de discutir comigo, nem de questionar a conduta médica.* (Médica Obstetra 15).

Para Watson et al.<sup>22</sup>, a comunicação efetiva é um passo fundamental para alcançar o trabalho interprofissional na obstetrícia. Entretanto, esse diálogo pode ser dificultado por visões de mundo antagônicas sobre gestação e nascimento, pois se, de um lado, o parto é tido como um evento arriscado que precisa de intervenção precoce e aparato médico-tecnológico, do outro, trata-se um evento fisiológico, que necessita do mínimo de intervenções em grande parte dos casos.

Para as profissionais, a presença da doula

é benéfica até o ponto que não coloca em xeque as suas práticas, e isso é marcante no discurso médico, talvez pela característica da formação, que, historicamente, colocou esse profissional como o condutor da assistência<sup>9</sup>.

*Elas instigam as pacientes contra os profissionais [...]. Geram animosidade entre as partes, repercutindo negativamente na paciente, que dá mais importância a elas do que a gente [...], elas interpretam condutas médicas como violência obstétrica.* (Médica Obstetra 17).

Na percepção das entrevistadas, doulas e profissionais conviveriam ‘harmonicamente’ se uma não interferisse na prática da outra, o que contribui para um cuidado demasiadamente fragmentado. *“Cada um no seu quadrado!”* (Técnica de Enfermagem 7 e 10).

Para garantir uma assistência à gestação e ao parto bem-sucedida, é necessária a construção de práticas colaborativas, nas quais há interação entre conhecimentos, especialidades, experiências e habilidades, numa perspectiva humanista. Nesse ínterim, pode ser que a delimitação precisa de atribuições seja complicada e, por essa razão, seja necessário que o profissional tenha mais tolerância em lidar com situações ambíguas, sem perder o foco na qualidade e na segurança do cuidado. O cerne da assistência obstétrica deve ser o trinômio mãe-bebê-família, e, para tal, o trabalho em equipe precisa se impor<sup>15,23</sup>.

De modo geral, há uma percepção de que a doula deve estar a serviço da instituição e dos seus profissionais. Apenas três profissionais afirmaram que a necessidade ou dispensabilidade de uma doula deveria ficar a critério da gestante no exercício de sua autonomia e protagonismo, um dos pilares da humanização do parto e do nascimento<sup>17</sup>.

Apesar de iguais no gênero, parturientes, doulas e as profissionais entrevistadas são desiguais nas relações de poder. Essa desigualdade está subsidiada nas diferenças socioeconômicas e étnicas, bem como no domínio do conhecimento técnico e

científico das profissionais, e sustentada na ideologia naturalizada de um saber médico salvador, capaz de intervir sobre o corpo através do domínio das tecnologias duras<sup>9,13</sup>.

### **Da inserção à regulamentação: processo, dificuldades e avanços**

No tocante à inserção das doulas na maternidade, percebe-se que nenhuma categoria profissional participou efetivamente desse processo. A categoria que mais buscou essa aproximação foi a enfermagem.

*Em 2010, teve o primeiro Congresso das Doulas que eu participei [...] a partir daí, a Secretaria de Saúde começou a ter um olhar diferenciado para que fossem colocadas aqui na maternidade [...].* (Enfermeira 14).

Dessarte, não há a compreensão de que a introdução delas na assistência às mulheres em trabalho de parto foi algo inerente às necessidades de construção de uma equipe multiprofissional nem que atendia ao novo paradigma de cuidado que se estava tentando implantar no serviço. “[...] Muitos profissionais acham que foi algo da política e não veem como uma necessidade para melhoria da assistência” (Enfermeira 18).

Todavia, depois que as mudanças já estavam instaladas e interferindo diretamente nas condutas profissionais, elas passaram a questionar a legitimidade da nova personagem no cenário da maternidade e a buscar estratégias de enfrentamento e delimitação de espaços de atuação. Para as profissionais, especialmente as médicas, o principal ponto de questionamento foi não ter havido participação da categoria para avaliar a necessidade, delimitar funções e estabelecer protocolos.

*[...] Eu não lembro de ter havido uma discussão prévia para saber da opinião da gente [...] é a enfermagem e as doulas que participam [...] Jestão bem mais informadas que os médicos e os outros profissionais. Então, médico está totalmente por fora.* (Médica Obstetra 8).

Em estudos realizados com as profissionais de enfermagem, foi observado que, apesar destas identificarem inúmeros benefícios na inserção das doulas na assistência à parturiente, também há uma série de dificuldades no cotidiano do trabalho, decorrentes da falta de participação das profissionais no processo de decisão, treinamento e inserção das doulas. Para os autores, isso contribui para a rejeição e até mesmo resistência à inserção das doulas, já que esta não foi compreendida coletivamente como uma estratégia de melhoria da qualidade da assistência, sendo vista como uma medida imposta pela instituição<sup>2,24</sup>.

No que se refere aos critérios de seleção para participar do curso de Doulas Voluntárias do ICV e, posteriormente, atuar na maternidade, as profissionais mostram desconhecimento e afirmam não terem sido comunicadas/envolvidas nesse processo. Foram apontados o fato de que deveriam ser ‘mulheres de comunidade’, com tempo e disposição para o trabalho voluntário, e que não poderiam fazer parte do quadro de funcionários do município. A questão de não ser necessário como pré-requisito ter engravidado/parido foi um ponto de questionamento da legitimidade do trabalho desempenhado pelas doulas apresentado pela categoria médica.

*Se a doula é uma pessoa de experiência no ofício, como é que a pessoa que nunca teve um parto, nunca assistiu um parto pode saber conduzir uma paciente? [...] Mulheres sem experiência querendo ensinar o que não sabem!* (Médica Obstetra 17).

No Brasil, as organizações representativas das doulas elencam como pré-requisitos para tornar-se doula: a disponibilidade de horário; ter o apoio do companheiro e dos familiares; ter outra doula para realizar permuta em caso de necessidade; e ter alguma base material para custear a formação e o constante aperfeiçoamento em formação complementar. No tocante à maternidade, é preferível



que já seja mãe e que sua experiência de parto tenha sido satisfatória ou, pelo menos, que tenha trabalhado suas frustrações antes de atuar como doula<sup>8</sup>.

É importante pontuar o paradoxo existente na atuação da doula, pois esse constante aperfeiçoamento pode aproximá-la do saber técnico-científico e da profissionalização, o que, em primazia, não é sua essência. Para Fleischer<sup>8(20)</sup>, “a doula trafega em meio às dicotomias, ora calcada na técnica e na cultura, ora respaldada pela inspiração e a natureza”.

Apesar do *slogan* reiteradamente utilizado pelos ativistas da humanização de que ‘Doula não faz parto, faz parte’, há sim um embate no campo técnico com os profissionais, como expresso mais fortemente na fala das psicólogas e fisioterapeutas. Para os demais profissionais, isso também é sentido, já que, como confirma a literatura, a própria presença da doula tem impacto no desfecho da assistência, com redução das cesarianas, maior contato pele a pele entre mães e bebês e maior satisfação das usuárias<sup>25</sup>.

Percebe-se uma dificuldade das profissionais em avaliar as mudanças na assistência obstétrica após a chegada das doulas na maternidade, apesar de já ser uma realidade há mais de 6 anos. Como principal justificativa para isso, apontam a falta de regularidade na presença delas, pois a maternidade não conta com doulas todos os dias, e observa-se um esvaziamento após a conclusão do estágio obrigatório. “*Se tem doula, é para ter doula todos os dias, não só esporadicamente [...] eu acho que o que falta é isso: ser uma rotina!*” (Fisioterapeuta 4).

Há uma grande resistência das equipes de saúde em reconhecer a contribuição das doulas no cuidado à parturiente, repercutindo na invisibilidade dessas personagens na cena do parto. Para muitas doulas, tal condição termina sendo algo benéfico, pois lhes permite atuar junto à gestante com discrição e sem tantas interferências<sup>8</sup>.

As profissionais demandam, ainda, a necessidade de haver uma escala de plantão

para doulas, assim como há para os profissionais. Entretanto, nem todas as entrevistadas sabem que se trata de um trabalho voluntário, não havendo nenhuma ajuda de custo para transporte ou alimentação.

*Isso é cabide de emprego [...] eu não tenho certeza, acredito que sejam funcionárias contratadas [...] não sei se vem uma remuneração específica do Ministério da Saúde [...].* (Médica Obstetra 9).

Esse esvaziamento, após o estágio obrigatório, também pode ser sintomático da dificuldade de aceitação das doulas pela equipe, pois percebe-se concentração de doulas em alguns dias específicos da semana, cujos profissionais de plantão mostram um melhor relacionamento com elas. Percebe-se que

num cenário hostil à sua atuação, as doulas, no lugar de funcionarem como dispositivos para melhoria da qualidade da assistência, muitas vezes, são gatilhos de embates e de produção de mais violência, e isso produz sofrimento nelas e nos demais envolvidos<sup>26(428)</sup>.

Nota-se que há uma tentativa de desqualificação da figura da doula, que permeou esta e as outras categorias temáticas geradas. Tal fato se dá por ser a doula uma representante da comunidade inserida na rotina hospitalar dominada pelo saber biomédico e sua cientificidade. Bem como justifica-se pela natureza do trabalho da doula apropriar-se de elementos, muitas vezes, marginalizados pela ciência e não trabalhados na formação biomédica<sup>24</sup>.

A partir desse cenário, Merhy e Feuerwerker<sup>27(39)</sup> entendem que:

o território das práticas de saúde é um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores, que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação da saúde que faça sentido.



## Considerações finais

Ao analisarmos a relação das doulas com as diferentes categorias profissionais, percebe-se que a gênese dessas tensões vai muito além da presença de um 'novo' sujeito na cena do parto. A realidade local é um reflexo da atual conjuntura obstétrica brasileira, permeada por disputas entre diferentes modelos de assistência e por espaço de atuação.

Dessa forma, seria aceitável para os profissionais se essa 'nova' personagem não colocasse em xeque saberes e práticas consolidados na obstetrícia tradicional. Ao passo que os profissionais que afirmam que elas não têm qualificação técnica para discutir condutas ou questionar práticas corroboram a necessidade de que mantenham-se leigas e afastadas do conhecimento científico que compete a eles.

Portanto, na visão de boa parte dos profissionais, especialmente da categoria médica, a presença da doula seria justificável num contexto de mulheres sozinhas, desinformadas e que precisam mostrar mais aceitação ao trabalho de parto normal e às normas e rotinas hospitalares, bem como à conduta pessoal de cada profissional.

O desconhecimento das singularidades do trabalho da doula acaba perpetuando tensões e conceitos conflituosos, tais como: a dispensabilidade do fisioterapeuta ou do psicólogo na presença da doula; a necessidade de escolher entre o acompanhante familiar ou a doula; e, ainda, a falta de utilidade em haver alguém específico para oferecer apoio à gestante. Para alguns profissionais, esse seria um papel da enfermagem, não sendo reconhecido que o toque, a escuta e o apoio são inerentes ao cuidado em saúde, seja ele

desempenhado por qualquer profissional.

A doula, que figura no movimento da humanização do parto como uma personagem existente para trazer tranquilidade e conforto à parturiente, funcionou como mais um elemento de instabilidade no cenário analisado, que já apresentava dificuldades no trabalho em equipe e embate entre o modelo assistencial da humanização e aquele no qual a maioria dos profissionais foi formada e atuava desde então.

Essa realidade aponta para a necessidade de repensarmos a assistência obstétrica, desde a formação dos profissionais, para que seja possível um cuidado compartilhado e solidário, centrado na mulher, que rompa com os limites de práticas privativas dessa ou daquela profissão.

## Colaboradores

Herculano TB contribuiu para a concepção e planejamento da pesquisa; análise e interpretação dos dados; elaboração do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista. Sampaio J contribuiu para a concepção e planejamento do projeto de pesquisa; análise dos dados; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista. Brilhante MAA contribuiu para o planejamento do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista. Barbosa MBB contribuiu para o planejamento do projeto de pesquisa; análise dos dados; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão submetida à revista. ■

---

## Referências

1. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 7:1-169.
2. Santos DS, Nunes IM. Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(3):582-588.
3. Leão MRC, Bastos MARB. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Rev Latinoam Enferm*. 2001; 9(3):90-94.
4. Paraíba. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Portal de Notícias [internet]. João Pessoa: Prefeitura Municipal; 2018 [acesso em: 2017 maio 9]. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br>.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
6. Souza AB, Silva LC, Alves RN, et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Ciênc Méd*. 2016; 25(3):115-128.
7. Mendonça SS. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Civitas*. 2015; 15(2):250-271.
8. Fleischer S. Doulas como 'amortecedores afetivos': Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. *Rev Ciênc Soc Unisinos*. 2005; 41(1):11-22.
9. Simas R. Doulas e o movimento pela humanização do parto: poder, gênero e a retórica do controle das emoções [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016.
10. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *REME Rev Min Enferm*. 2014; 18(2):505-520.
11. Latorre VV, Huaquin XM. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(2):108-112.
12. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
13. Simas R, Mendonça SS. O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. *Vivência: Rev Antropol*. 2017; 1(48):89-103.
14. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(11):2287-2296.
15. Portela MC, Reis LGC, Martins M, et al. Cuidado obstétrico: desafios para melhoria da qualidade. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(5):1-3.
16. Ferreira Júnior AR, Makuch MY, Osis MJMD, et al. Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em obstetrícia. *Sanare*. 2015; 14(2):27-35.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno Humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento. Brasília, DF: MS; 2014.
18. Araújo D, Miranda GCM, Brasil LS. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007; 31(1):20-31.
19. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(2):304-313.
20. Angulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, et al. Cooperation and conflict in childbirth care: representations and practices of nurses and obstetricians. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(5):1425-1436.
21. Tesser DC, Knobel R, Aguiar FHA, et al. Violên-

- cia obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-12.
22. Watson BM, Heatley ML, Gallois C, et al. The importance of effective communication in interprofessional practice: perspectives of maternity clinicians. *Health Commun*. 2016; 31(4):400-407.
23. Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *J Ment Health*. 2011; 1(1):178-189.
24. Wolfe KS. A Doula Can Only Do So Much: Birth Doulas and Stratification in United States Maternity Care. *Digital Commons*. 2015; 37:1-104.
25. Soares RS, Albuquerque A, Anjos UU, et al. Analysis Influence in Childbirth Care on the Doulas at a Maternity. *Intern Archives Med*. 2016; 9(269):1-6.
26. Barbosa MBB, Herculano TB, Brillhante MAA, et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. *Saúde Debate* [internet]. 2018 [acesso em 2018 jul 15]; 42(117):420-429. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n117/0103-1104-sdeb-42-117-0420.pdf>.
27. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg, E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Bahia: UFS; 2009. p. 29-56.

---

Recebido em 08/02/2018

Aprovado em 31/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Tecnologia mHealth na prevenção e no controle de obesidade na perspectiva do letramento em saúde: Lisa Obesidade

*MHealth technology in the prevention and control of obesity from the perspective of health literacy: Lisa Obesidade*

Leyla Márcia Ramos Oliveira<sup>1</sup>, Clarice Maria Araújo Chagas Vergara<sup>2</sup>, Helena Alves de Carvalho Sampaio<sup>3</sup>, José Eurico de Vasconcelos Filho<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811814

**RESUMO** O estudo objetivou descrever a tecnologia mHealth, utilizada para auxiliar na prevenção e no controle da obesidade em adultos à luz do letramento em saúde. A tecnologia foi desenvolvida pelo método do *design* participativo por uma equipe interdisciplinar que envolveu enfermeira, nutricionista, um *designer* e um analista de sistemas. Os autores desenvolveram um *design* de baixa e alta fidelidade, baseado no *design* interativo centrado no usuário, à luz do letramento em saúde. O estudo proporcionou desenvolver conhecimento do uso do letramento para desenvolvimento de tecnologia móvel, visando a uma maior acessibilidade dos indivíduos à prevenção e ao controle da obesidade. Foi considerada a percepção de equipe interdisciplinar sobre as questões relacionadas à saúde, o desenvolvimento e a aplicação da tecnologia mHealth para o enfrentamento do problema. Obteve-se tecnologia denominada Lisa Obesidade, com objetivo de empoderamento do usuário. Espera-se ser uma ferramenta para auxiliar profissionais da saúde a realizar ações promotoras de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Aplicativos móveis. Obesidade. Promoção da saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to describe a mHealth technology, used to assist in the prevention and control of obesity in adults in the light of health literacy. The technology was developed by the method of participatory design by an interdisciplinary team that involved nurse, nutritionist, a designer and a systems analyst. The authors developed a low and high fidelity design, based on user-centered interactive design, in the light of health literacy. The study provided to develop knowledge of the use of literacy for the development of mobile technology, aiming at greater accessibility of individuals to the prevention and control of obesity. The perception of an interdisciplinary team on issues related to health, the development and application of mHealth technology to address the problem was considered. A technology called Lisa Obesidade was obtained, with the purpose of empowering the user. It is expected to be a tool to help health professionals carry out actions promoting health.*

**KEYWORDS** *Mobile applications. Obesity. Health promotion.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece), Departamento de Saúde Coletiva - Fortaleza (CE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5478-1664>  
[leylaeleyla@hotmail.com](mailto:leylaeleyla@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece), Departamento de Saúde Coletiva - Fortaleza (CE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1709-9951>  
[clarice.araujo@uece.br](mailto:clarice.araujo@uece.br)

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece), Departamento de Saúde Coletiva - Fortaleza (CE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5353-8259>  
[dr.hard2@gmail.com](mailto:dr.hard2@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade de Fortaleza (Unifor), Laboratório de Inovação em TIC - Fortaleza (CE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6881-0814>  
[euricovasconcelos@unifor.br](mailto:euricovasconcelos@unifor.br)



## Introdução

O Brasil tem cerca de 18 milhões de pessoas consideradas obesas, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Somando o total de indivíduos acima do peso, o montante chega a 70 milhões, o dobro de três décadas atrás. A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. Suas causas podem estar relacionadas ao patrimônio genético do indivíduo, a maus hábitos alimentares, disfunções endócrinas, sedentarismo. É fator de risco para uma série de doenças, como hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, entre outras<sup>1,2</sup>.

A obesidade é, hoje, reconhecida como uma pandemia e, já há algumas décadas, tem sido apontada como prioridade na agenda das políticas públicas nos âmbitos nacional e internacional. Alguns progressos pontuais podem ser observados. No entanto, nenhum país conseguiu controlar essa epidemia. Estão correlacionados a esse fato o *lobby* do setor privado comercial; a falta de prioridade de política específica dos governos para implementar medidas efetivas diante do não entendimento da população da real dimensão dos problemas correlacionados a essa patologia, que tem como consequência a insuficiente pressão da sociedade civil para a ação política; e a escassa avaliação empírica de medidas implementadas<sup>3</sup>.

As mHealths podem ser definidas como a utilização de informações e de tecnologias de comunicação para oferta e melhoria de serviços de saúde. A saúde móvel cria condições para a avaliação contínua de parâmetros de saúde, configura um novo cenário de incentivo a comportamentos saudáveis e auxilia a autogestão de condições crônicas, entre outras vertentes de aplicação<sup>4</sup>.

O alcance dessa tecnologia, apesar de facilitado pelo maior acesso da população, precisa não só ser acessível, mas agregar o fator do real entendimento do conteúdo vinculado para sensibilizar o seu uso. Nessa perspectiva, o letramento em saúde é uma ferramenta que permite

aos usuários dessas tecnologias entenderem e interagirem com os conteúdos que devem ser validados e, se possível, retroalimentados.

Letramento em saúde pode ser definido como o grau segundo o qual os indivíduos têm capacidade para obter, processar, entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde<sup>5</sup>. Pela crença dos autores nessa concepção, houve a proposta de desenvolvimento, de forma interdisciplinar, de uma ferramenta tecnológica mHealth designada Lisa Obesidade, cujo objetivo é descrever uma tecnologia para auxiliar na prevenção e no controle da obesidade em adultos à luz do letramento em saúde. A perspectiva é de que ela possa contribuir para auxiliar na redução dos índices de obesidade que têm trazido tanto sofrimento à população devido a comorbidades a ela associadas.

## Procedimentos metodológicos

No processo de concepção da tecnologia mHealth Lisa Obesidade, adotou-se a metodologia do processo de *design* de interação participativo centrado no usuário<sup>6</sup>, cujo principal objetivo é a concepção e a construção de produtos interativos que melhorem e aumentem o leque de possibilidades de comunicação, interação e trabalho entre as pessoas. Essa metodologia destaca-se por considerar as necessidades e a participação contínua dos usuários (pesquisadores) em todas as fases de concepção e desenvolvimento do projeto. O objetivo desse processo é tornar a interação do usuário com a ferramenta o mais simples e eficiente possível.

Essa tecnologia foi elaborada por um profissional de *design*, com orientação de uma enfermeira mestranda em saúde coletiva, professores doutores em nutrição e um professor doutor em ciências da computação.

O processo de *design* de interação contempla quatro etapas: A primeira etapa prevê a identificação das necessidades do(s)

cliente(s) e/ou usuário(s) e, com base nelas, o estabelecimento dos requisitos do sistema. A etapa seguinte é o *design* de possíveis ‘soluções’ para as necessidades identificadas com base nos requisitos. Seleciona-se uma proposta de *design*, inicia-se a etapa de construção de um protótipo funcional, uma versão interativa. Com o protótipo funcional pronto, realiza-se a última etapa de avaliação. É possível que durante a execução de uma atividade, identifique-se ser necessário retomar uma etapa anterior para correção ou melhora, por isso, é interativo. A quarta e última etapa contempla a compilação e a análise dos resultados obtidos.

Neste estudo, para cumprir a primeira etapa, ocorreram reuniões de *brainstorming*, onde foram identificados os requisitos técnicos/funções que o sistema deveria contemplar, visando a mitigar a problemática apresentada.

A seguir, são apresentados os principais requisitos identificados:

Identificação do perfil clínico – cadastro clínico do usuário. Permite que o usuário preencha características de saúde a fim de ser associado ao tipo de perfil clínico. Através deste item, é possível saber se o usuário tem comorbidades, como diabetes ou hipertensão arterial sistêmica.

Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), permitindo ao usuário que, ao colocar o seu peso (Kg) e sua altura (m), conheça sua classificação, segundo a tabela de classificação de peso<sup>1</sup>. O resultado do cálculo do IMC permite a visualização, através de sinalizações de cores (verde, amarelo e vermelho). O usuário saberá se está em risco para obesidade ou se está obeso, bem como sua classificação, e, a partir daí, receberá informações para possíveis condutas.

Informações sobre obesidade à luz do tratamento em saúde, baseado no Guia<sup>7</sup> e na metodologia do processo de *design* de interação participativo centrado no usuário<sup>6</sup>.

Controle e alerta de alimentos perigosos a determinadas patologias através da foto do seu prato com a participação de profissionais de saúde.

Centros mais próximos de tratamento da obesidade – o usuário receberá possíveis localizações de centros para tratamento de obesidade.

Após esse levantamento prévio, foram estabelecidos os requisitos funcionais da ferramenta e elaborado um documento de requisitos:

1. Acessar o sistema: local de inclusão do usuário (*login* e *logoff*);
  2. Registrar dados cadastrais: uma opção na tela inicial para inserção dos dados dos usuários: senha, *e-mail*, idade, sexo e nível de escolaridade;
  3. Realizar cálculo do IMC por meio da fórmula: ao inserir seu peso e altura, o usuário será ‘classificado’ ou terá a informação do seu risco para obesidade. De acordo com a classificação: Baixo peso (< 18,5), peso normal (18,5 – 24,9), sobrepeso ( $\geq 25$ ), pré-obeso (25,0 a 29,9), obeso I (30,0 a 34,9), obeso II (35,0 a 39,9), obeso III ( $\geq 40$ ). Desse modo, ele pode estabelecer sua meta de perda de peso e acompanhar seu progresso;
  4. Avaliação da refeição: o usuário tira a foto e posta no aplicativo, e seu prato será avaliado por uma rede de colaboradores (usuários, nutricionista e alunos de nutrição);
  5. Notícias e eventos: ferramenta para visualização dos principais eventos sobre promoção da saúde que estejam ocorrendo.
- A segunda etapa consta dos processos de *design* e *redesign*. Esta etapa foi o momento de definir como seria o produto. No caso dos artefatos tecnológicos, o *design* contempla os

protótipos das interfaces (telas) do sistema aplicativo. Esses protótipos contemplam os requisitos identificados que foram atendidos nas telas por meio dos elementos de interface e do *layout*.

Um protótipo é uma representação da interface com a qual o usuário pode interagir e oferecer informações para propor mudanças e melhorias. É um modelo semifuncional do produto final<sup>8</sup>. Usar uma versão parcialmente finalizada do site/aplicativo é uma maneira comum de realizar testes de usabilidade já nas fases iniciais do ciclo de vida do projeto<sup>9</sup>.

São considerados os seguintes níveis de prototipagem: baixa fidelidade, média fidelidade e alta fidelidade. Cada um desses três níveis de fidelidade de protótipo apresenta benefícios singulares importantes de serem incluídos no processo de projeto (*design*) de interface<sup>9</sup>.

Na fase de *design*, adota-se a concepção dos protótipos de baixa fidelidade. Um protótipo de baixa fidelidade possui baixo grau de detalhamento. Somente apresenta visualmente a funcionalidade, não possui recursos de interação<sup>9</sup>. O objetivo foi oferecer uma visão geral do *layout* de tela e dos elementos de interface, permitindo uma discussão mais clara sobre a proposta.

Nesta fase, deu-se o início à criação do *design* da ferramenta, com a participação dos membros da equipe nas discussões, tendo como base os passos de criação de material segundo o letramento em saúde, com o intuito de aproximar as funcionalidades do sistema, a linguagem e o entendimento do usuário. Também se discutiu nessa fase quais motivações levam um profissional de nutrição a entrar no aplicativo.

O processo de *design* dos protótipos de baixa fidelidade produzido pelo *designer* utilizou a ferramenta Photoshop.

O protótipo de alta fidelidade foi construído na versão interativa, contemplando as características presentes no protótipo de baixa fidelidade, tipografia, iconografia e paleta de cores.

As discussões entre os membros da equipe continuaram durante todo o processo,

gerando adaptações e mudanças, como a alteração do nome da tecnologia, a interatividade e os formatos que despertassem maior interesse do usuário.

Na elaboração das telas de alta fidelidade, utilizou-se, também, a ferramenta Photoshop.

O estudo descrito no artigo foi finalizado nessa etapa, na qual obteve-se a elaboração do *design* interativo.

## Resultados e discussão

No contexto da engenharia de *software*, a prototipação é um processo que capacita o desenvolvedor a criar um modelo do produto final que será posteriormente desenvolvido<sup>10</sup>.

Os modelos de prototipação podem ser de baixa e alta fidelidade. O protótipo de alta é muito semelhante à versão final, pois é um programa que executa parte ou todas as características que serão melhoradas no produto final<sup>6,10</sup>.

Revisões sistemáticas têm mostrado que as abordagens tradicionais para o excesso de peso, em especial, os tratamentos clínico e farmacológico, têm obtido pouco êxito no controle da doença e que existe consenso quanto à necessidade de adotarem-se modelos ecológicos nas ações de saúde pública para prevenção e controle do excesso de peso e da obesidade. Tais modelos reconhecem a existência de múltiplos fatores associados ao ganho de peso. Além disso, o apoio das tecnologias atualmente disponíveis pode ser outro ponto importante na condução das estratégias para o enfrentamento dos aumentos da prevalência da doença. O desenvolvimento de uma tecnologia para prevenção e tratamento da obesidade, à luz do letramento em saúde, com o objetivo de auxiliar usuários e profissionais como um instrumento de promoção da saúde, concretizou-se com o *design* Lisa Obesidade, o qual se dispõe a ser uma ferramenta de



aprendizagem e de interação com o usuário, além de disponibilizar interfaces que possibilitam hábitos saudáveis<sup>11</sup>.

E essa abordagem é reforçada quando se destaca a importância da preocupação com o usuário no desenvolvimento de uma interface, a qual só se mostra eficaz quando o usuário é capaz de realizar a ação por meio da ferramenta. A partir desse pensamento, surgiram processos de *design* que colocavam o usuário como figura central e partiam de suas características para definir o resultado final do artefato criado. Esse conjunto de métodos é englobado no conceito do *design* centrado no usuário, cuja principal característica está no envolvimento efetivo dos usuários finais no processo de *design* e na maneira como eles influenciam na forma do projeto<sup>12</sup>.




A pesquisa favoreceu aprofundar o conhecimento do contexto apresentado, considerando a percepção da equipe interdisciplinar (nutrição, enfermagem, *designer*

e tecnologia) sobre as questões relacionadas à saúde, o desenvolvimento e a aplicação da tecnologia mHealth para o enfrentamento do problema.

No primeiro momento, foram realizados a concepção e o desenvolvimento de 23 telas no protótipo de baixa fidelidade (*figura 1*). Nessa etapa, propiciou-se a avaliação prévia, pela equipe interdisciplinar, das telas e interfaces, havendo uma especial preocupação com a sua estrutura, o seu conteúdo e a sua compreensão.

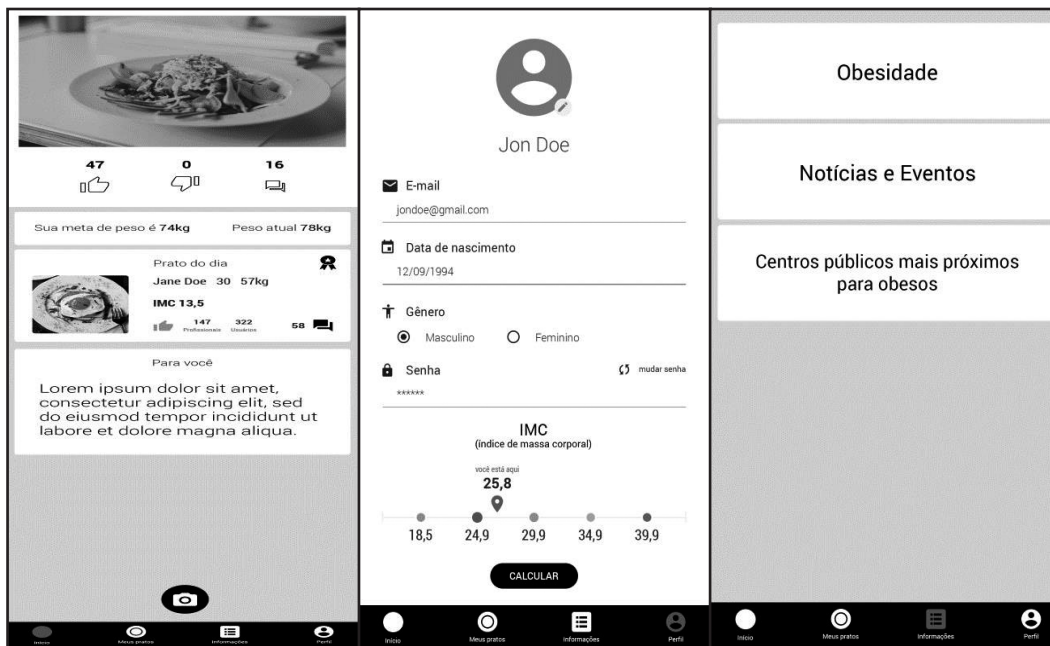
No segundo momento, foi elaborado o protótipo de alta fidelidade, com desenvolvimento de 14 telas que, após discussões entre a equipe interdisciplinar (*figuras 2 a 5*), permitiram a percepção das necessidades de ajustes relacionadas à interatividade e às imagens. Assim, posteriormente, foram elaboradas 34 telas de alta fidelidade, o que proporcionou telas mais limpas, com conteúdo mais acessível, sendo algumas transformadas em duas.

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

<p>Como está sua saúde?</p> <p>Tem diabetes?</p>  <p>NÃO SIM</p> <p>Voltar</p>	<p>Como está sua saúde?</p> <p>Tem pressão alta?</p>  <p>NÃO SIM</p> <p>Voltar</p>	<p>Como está sua saúde?</p> <p>Tem problemas no coração?</p>  <p>NÃO SIM</p> <p>Voltar</p>
---	---	---

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Figura 2. Telas de metas e gráfico de peso, avaliação de prato, cálculo do IMC e informações gerais do protótipo de baixa fidelidade



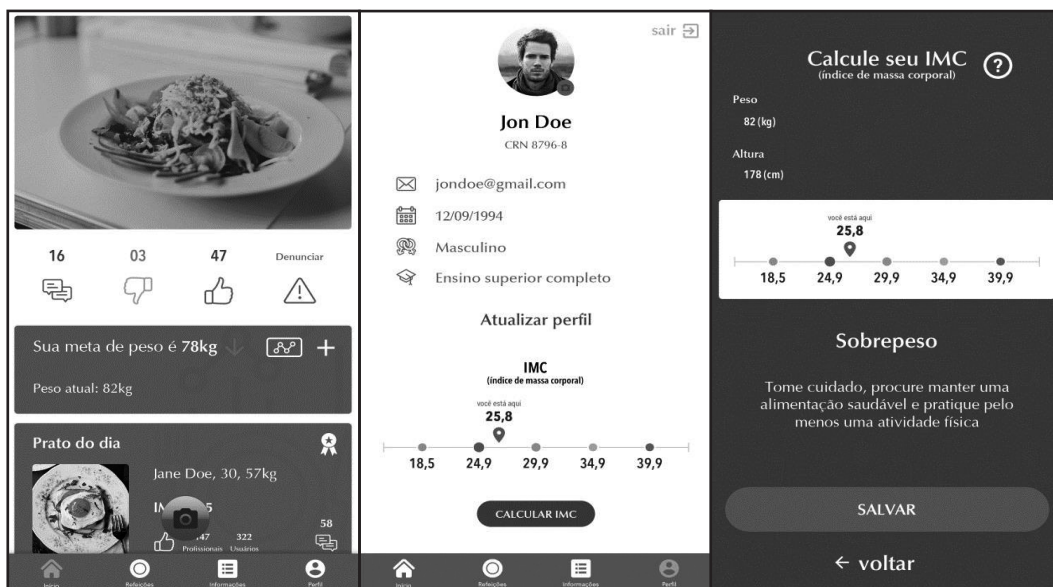
Fonte: Elaboração própria, 2017.

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



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Figura 4. Telas de metas e gráfico de peso, avaliação de prato, cálculo do IMC e informações gerais do protótipo de alta fidelidade



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Figura 5. Telas de informações gerais e personalizadas do protótipo de alta fidelidade



Fonte: Elaboração própria, 2017.

A tecnologia desenvolvida para prevenção da obesidade permite um melhor controle por parte dos profissionais dos cuidados prestados pelos usuários. O cuidado por meio da equipe multidisciplinar deve ser repensado, porque muito do que cada profissional pode oferecer, ou efetivamente oferece aos pacientes, perde-se em ações estanques e dissociadas do cuidado construído pelo grupo. Por outro lado, tal realidade não parece ser um fenômeno relacionado unicamente ao Brasil, onde a experiência aqui relatada se desenvolve. O material desenvolvido pela Advisory Board Company<sup>13</sup> demonstra que tem sido uma preocupação de diferentes países o esforço em encorajar as partes interessadas a trabalharem juntas, em uma abordagem centrada na pessoa, para tratar pacientes de forma eficaz no cenário adequado. A expressão maior de tal esforço resulta na compreensão de que uma nova definição de trabalho deve ser pensada em favor da transformação do cuidado.

O vínculo entre o profissional de saúde e o usuário é fundamental para o controle e a prevenção da obesidade. O trabalho em grupo permite melhor estímulo à adesão e gera melhor qualidade de vida para os pacientes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adesão ao tratamento de enfermidades crônicas como um fenômeno multidimensional determinado pela conjugação de cinco conjuntos de fatores, denominados dimensões: sistema de saúde, doença, tratamento, paciente e fatores relacionados ao cuidador. Essa classificação deixa claro ser enganosa a crença de que os pacientes são os únicos responsáveis pelo tratamento<sup>14</sup>.

A metodologia proposta para o desenvolvimento da tecnologia se mostrou bastante eficiente, tanto nas fases iniciais quanto na atividade de elaboração dos requisitos para a compreensão das necessidades dos usuários. A importância da participação de uma equipe interdisciplinar durante todo o processo se deve ao fato de proporcionar uma melhor definição das etapas, dos parâmetros

e das avaliações de alternativas que melhor atendessem ao objetivo deste estudo, bem como do produto gerado. O uso dos protótipos de baixa e alta fidelidade, ao longo de todo o processo de *design*, contribuiu para identificar e selecionar as formas mais precisas, as melhores alternativas que permitam melhor interação e aprendizado do usuário.

Acredita-se que os princípios que embasaram a metodologia centrada em protótipos tornaram o processo de *design* mais interativo, ampliando o uso de protótipos para todas as fases do processo de *design*; criando um número maior de ciclos interativos; adequando o protótipo em cada fase e considerando as características das fases, área de *design*, finalidades, propósitos e nível de fidelidade a cada ciclo.

A visão dos protótipos foi ampliada para algo além de uma ferramenta de apresentação do projeto, entendendo que elas podem contribuir tanto para a compreensão do problema e do que deve ser projetado nas fases iniciais de *design* como para o levantamento de parâmetros com usuários, realização de avaliações com as alternativas e aprovação do produto final.

Acredita-se que esses princípios podem contribuir para tornar o processo de *design* e os produtos desenvolvidos a partir dele mais eficientes. Nesse momento, foi importante a associação do *design* centrado no usuário e a aplicação dos princípios do letramento em saúde. Para as informações e o conteúdo abordados, tentou-se a utilização de linguagem clara e de fácil entendimento. As telas com informações/imagens foram contextualizadas e acessíveis. No desenvolvimento de tecnologias à saúde, não se pode dissociar o *design* centrado no usuário do letramento em saúde.

Com o número expressivo de usuários de aplicativos móveis, a equipe de saúde deve aproveitar esse interesse e fazer dessa ferramenta uma aliada nas orientações de prevenção e tratamento da obesidade, bem como na manutenção de hábitos de vida saudáveis. A seleção de aplicativos

de maneira criteriosa pode promover uma maior aproximação do profissional e melhorar a compreensão do usuário sobre seu estado de saúde, além de aguçar o seu interesse em cuidar da própria saúde.

Tecnologias móveis já fazem parte de nossas vidas cotidianas e, pelos motivos expostos, têm o potencial de impactar a promoção de saúde de forma positiva, especialmente na prevenção e no tratamento do excesso de peso e da obesidade, que são atualmente grandes desafios para a saúde pública no mundo<sup>11</sup>.

## Considerações finais

Após todas as etapas percorridas e discussões constantes da equipe interdisciplinar de desenvolvimento do *design* Lisa Obesidade, obteve-se um recurso tecnológico do qual se espera que possa oferecer aos usuários a adoção de medidas amplas de cuidado com a saúde, favorecendo o seu empoderamento

e configurando-se como uma ferramenta a mais para auxiliar profissionais da saúde a realizar ações promotoras de saúde.

A tecnologia desenvolvida neste estudo está disponível para a etapa de avaliação de juízes e do público.

Diante do exposto, fica patente que a ferramenta ora desenvolvida faz parte de uma estratégia para empoderamento dos usuários, que não dispensa o acompanhamento periódico com os profissionais de saúde.

## Colaboradores

Oliveira LMR participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; Vergara CMAC participou na interpretação dos dados e análise da redação do presente artigo; Sampaio HAC trouxe contribuições na revisão crítica do artigo; Vasconcelos JE participou da concepção, planejamento, análise, interpretação de dados. ■

---

## Referências

1. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade; 2016 [internet]. 4. ed. São Paulo: ABESO; 2016 [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: [http://www.abeso.org.br/pdf?diretrizes\\_brasileiras\\_obesidade\\_2009\\_2010\\_1.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf?diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf).
2. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Obesidade [internet]. Rio de Janeiro: SBEM; 2008 [acesso em 2018 jan 18]. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/obesidade/>.
3. Reis V. Prevenção e Controle da Obesidade [internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2017 [acesso em 2017 dez 14]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/prevencao-e-controle-da-obesidade-na-cadernos>.
4. Rocha TA, Fachini LA, Thumé E, et al. Saúde Móvel: novas perspectivas para a oferta de serviços em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2016 jan-mar [acesso 2018 jan 2]; 25(1):159-170. Disponível em: [https://scielosp.org/scielo.php?pid=S2237-96222016000100159&script=sci\\_arttext](https://scielosp.org/scielo.php?pid=S2237-96222016000100159&script=sci_arttext).
5. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, et al. Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. *Interface* [internet]. 2012 abr-jun [acesso em 2017 out 14]; 16(41):301-314. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/en\\_aop2812.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/en_aop2812.pdf).
6. Preece J, Rogers Y, Sharp H. Design de interação: além de interação homem-computador. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.
7. Eichner J, Dullabh P. Accessible Health Information Technology (Health IT) for Populations. With Limited Literacy: a guide for developers and purchasers of health IT. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
8. Pearrow M. Web site usability handbook. Massachusetts: Charles River Media; 2000.
9. Santos RLG. Usabilidade de interfaces para sistemas de recuperação de informação na web: estudo de caso de bibliotecas on-line de universidades federais brasileiras [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006, 347 p.
10. Pressman RS. Engenharia de software. São Paulo: McGraw Hill Brasil; 2011.
11. Sarno F, Canella DS, Bandoni DF. Mobile health e excesso de peso: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2017 out 14]; 35(5/6):424-431. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v35n5-6/18.pdf>.
12. Fabrício MA, Bonetti MH, Grassi NB, et al. Tutoriais gamificados e o design centrado no usuário. *Revista Geminis* [internet]. 2015 [acesso em 2017 out 14]; 6(1):62-78. Disponível em: <http://www.revistageminis.ufscar.br/index.php/geminis/article/viewFile/218/189>.
13. Advisory Board Company. A nova realidade reformulando o atendimento intensivo a pacientes complexos e multimórbidos. [internet]. Washington: Internacional Clinical Operations Board; c2018 [acesso em 2017 dez 14]. Disponível em: <https://www.advisory.com/international>.
14. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [internet]. Genebra: WHO; 2003 [acesso em 2018 jan 18]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.

---

Recebido em 03/06/2018

Aprovado em 13/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



# Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos

*Impacts of integrative and complementary practices on the health of chronic patients*

Maria del Pilar Ogando Dacal<sup>1</sup>, Irani Santos Silva<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811815

**RESUMO** A inclusão das práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde pública tem acontecido de forma gradual e lentificada, há cerca de 10 anos. Este estudo visa a colaborar com a ampliação do conhecimento sobre as práticas integrativas, tendo como objetivo principal apresentar os impactos do reiki e da reflexologia podal na saúde de pacientes crônicos atendidos em um centro especializado em endocrinopatias, localizado em Salvador (BA). Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, de corte transversal, que utilizou registros em prontuários médicos. Observaram-se, a partir da análise dos dados, impactos aparentes das terapias complementares no alívio de sintomas psicológicos, emocionais e físicos, tais como ansiedade, estresse e dores no corpo.

**PALAVRAS-CHAVE** Terapias complementares. Saúde pública. Doenças do sistema endócrino.

**ABSTRACT** *The inclusion of integrative and complementary practices in public health services has been gradual and slow, about 10 years ago. This study aims to contribute to the expansion of knowledge about integrative practices, with the main objective of presenting the impacts of reiki and foot reflexology on the health of chronic patients attended at a center specialized in endocrinopathies, located in Salvador (BA). This is a cross-sectional retrospective observational study, that used records in medical records. From the data analysis, apparent impacts of complementary therapies on the relief of psychological, emotional and physical symptoms, such as anxiety, stress and body aches, were observed.*

**KEYWORDS** *Complementary therapies. Public health. Endocrine system diseases.*

<sup>1</sup>Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Centro de Endocrinologia e Diabetes do Estado da Bahia (Cedeba) - Salvador (BA), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6787-7315>  
[mdp.dacal@gmail.com](mailto:mdp.dacal@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade do Estado da Bahia (Uneb), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Salvador (BA), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8094-2457>  
[nysantos.010@hotmail.com](mailto:nysantos.010@hotmail.com)



## Introdução

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, representou um grande avanço na história brasileira. A saúde passou a ser considerada um direito de todos os cidadãos e a ser assegurada pelo Estado. Porém, nem sempre é fácil garantir o acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde, pois há a necessidade de regulamentações por atos do legislativo, numa sociedade marcada por políticas que sempre favoreceram as elites dominantes e que visam a lucrar com o sistema de saúde brasileiro<sup>1</sup>.

Um outro desafio é a própria transformação necessária do modelo assistencial, caracterizado predominantemente pela assistência médica individual, curativa, biologicista, fragmentada e hospitalocêntrica, contrário à atenção integral à saúde<sup>1</sup>. A perspectiva da integralidade, por sua vez, fundamenta-se em uma visão holística de homem baseada no modelo biopsicossocial; na garantia de comunicação e de acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde; na co-operação dos diferentes saberes em equipes multiprofissionais e no foco em ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, e não apenas na assistência<sup>2</sup>.

Apesar das dificuldades, o SUS vem se sustentando no País como um processo social em permanente construção. Como afirmam Azevedo e Pelicioni<sup>3</sup>, tem ocorrido um movimento de inserção de outras racionalidades e saberes médicos no SUS, que foram legitimados a partir da homologação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) pelo Ministério da Saúde, em 2006. O campo dessas práticas contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, também denominados Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA)<sup>4</sup> pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contribuiu para o fortalecimento do SUS ao

atuar nos campos da prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, sendo baseada em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. Além disso, representa um avanço no processo de construção do SUS, garantindo o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços antes restritos a práticas de cunho privado<sup>4</sup>.

A PNPIC abarcou, inicialmente, as práticas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa – (Acupuntura), da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo (Crenoterapia)<sup>4</sup>. Em resposta à demanda de municípios brasileiros, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 849, de 23 de março de 2017, que incluiu novos procedimentos às práticas já regulamentadas pela Política: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga<sup>5</sup>.

Posteriormente, a PNPIC foi mais uma vez atualizada a partir da publicação de nova portaria (Portaria nº 702, de 21 de março de 2018), que ampliou a oferta com a inclusão de dez práticas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais<sup>6</sup>. Dessa forma, o SUS autoriza, atualmente, 29 práticas integrativas e complementares, intensificando o desafio da capacitação, implantação e oferta destas na saúde pública do País.

Contudo, a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) no SUS tem acontecido de forma gradual e muito lentificada<sup>3</sup>. Alguns motivos considerados pelas autoras são o pouco conhecimento sobre essas terapias, a falta de pesquisas na área, além de uma ausência de profissionais qualificados na rede SUS para realizá-las. A própria OMS estimula estudos científicos para melhor conhecimento da segurança, eficácia e qualidade dessas técnicas<sup>4</sup>.

Dados coletados a partir do sistema informatizado e-SUS e do Prontuário Eletrônico

do Cidadão (PEC) indicam que há um crescimento da procura e do acesso dos usuários do SUS às práticas integrativas. Foram registrados, em 2016, mais de 2 milhões de atendimentos com Pics realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos quais, mais de 770 mil foram de Medicina Tradicional Chinesa, que inclui a acupuntura; 85 mil foram de fitoterapia; e 13 mil de homeopatia. E, ainda, mais de 926 mil foram de outras práticas integrativas que não tinham um código próprio para registro e que passaram a ter com a publicação da nova portaria<sup>7</sup>.

Os dados revelam, também, que, em 2016, mais de 1.708 municípios ofereciam Pics e que 78% da distribuição dos serviços estavam concentrados na atenção básica, 18% na atenção especializada e 4% na atenção hospitalar. Ao todo, mais de 7.700 estabelecimentos de saúde ofertavam alguma prática integrativa e complementar em saúde, o que representa cerca de 28% das Unidades Básicas de Saúde (UBS). De acordo com esses dados, as Pics estão presentes em quase 30% dos municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados e Distrito Federal, e em 100% das capitais brasileiras<sup>7</sup>.

No entanto, esse crescimento não tem acontecido de forma igualitária no País. Por exemplo, algumas cidades e estados têm adotado ou instituído uma Política Municipal e/ou Estadual de Práticas Integrativas, como é o caso das cidades de Recife (PE), Rio Grande do Sul (RS), Uberlândia (MG), São João Del Rei (MG), Guarulhos (SP) e dos estados do Espírito Santo, Ceará, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro e Santa Catarina<sup>8</sup>. Algo que ainda não aconteceu em muitos outros estados e cidades, principalmente das regiões Norte e Nordeste.

Na Bahia, ainda está se discutindo, há mais de um ano, a elaboração de uma Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Pepic-BA), a partir de uma Comissão Interinstitucional de Implementação da Pepic no SUS, designada pela Portaria SES nº 521/2016. A política tem o propósito de contribuir para a

resolubilidade do sistema e para a ampliação do acesso a essas práticas nos municípios baianos, no âmbito do SUS<sup>9</sup>.

Sendo assim, nota-se a importância de estudos e publicações na área das Pics na direção do seu crescimento e da sua legitimidade, através do maior conhecimento sobre a eficácia e a qualidade das práticas, com o intuito de fortalecer um movimento de expansão nacional mais uniforme quanto ao acesso e às garantias de direito ao cidadão.

## Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics)

As Práticas Integrativas e Complementares tem suas bases nos sistemas médicos tradicionais, que se utilizam do modelo holístico, cujo tratamento tem o objetivo de induzir a um estado de harmonia e equilíbrio em todo organismo.

Para os antigos sistemas médicos, oriundos das tradições da China, da Índia e do Tibete, a saúde é uma questão de equilíbrio e harmonia. Eles tratam o ser humano em todos os níveis: físico, mental, emocional e espiritual. É uma questão de harmonizar o ser humano com seu meio ambiente<sup>10(106-107)</sup>.

Esse paradigma defende que um complexo sistema de fluxos de energia sutil permeia o universo<sup>11</sup>. A energia é considerada a base de toda a vida e um fator de fundamental importância para a cura. A saúde, portanto, é concebida como um fluxo harmonioso dessas energias, e, quando em desequilíbrio, o corpo não funciona de forma eficiente. As disfunções no corpo humano são entendidas como efeitos negativos das emoções, das atitudes, do estresse, do modo de vida inadequado e dos maus hábitos alimentares.

As mesmas autoras destacam que, no Ocidente, há um demasiado enfoque no

método científico, que excluiu, durante muito tempo, muitas técnicas curativas, com milhares de anos de aplicação bem-sucedida no Oriente. Miller<sup>10</sup> considera que o sistema médico ocidental tende a tratar os sintomas e não o corpo inteiro, contrariamente ao sistema médico oriental, que busca tratar o ser humano em sua totalidade.

Do mesmo modo, há uma tendência de separar espírito e corpo, quando, na verdade, um não pode existir sem o outro. Para Miller<sup>10</sup>, ignorar nosso corpo ou ignorar nosso espírito não é um caminho viável. Dougans e Ellis<sup>11(19)</sup> afirmam que “o desequilíbrio nas esferas mental e espiritual não pode ser separado do desequilíbrio físico, tamanha a complexidade dos laços que os unem”.

No entanto, Miller<sup>10</sup> considera que todos os sistemas médicos têm vantagens e inconveniências, e que o importante é como nós os utilizamos. Há uma falta de comunicação entre os diferentes sistemas e seus praticantes, que tendem a supervalorizar o seu conhecimento e negligenciar o outro.

Dougans e Ellis<sup>11</sup> observam que nenhuma terapia é capaz de tratar todas as doenças. A medicina complementar, assim como a medicina ocidental, deve ter o seu espaço na assistência médica, visto que ambas têm por objetivo favorecer a saúde e contribuir para o bem-estar do indivíduo.

É partindo de tal compreensão que o presente estudo tem o interesse de verificar se o uso complementar de práticas como o reiki e a reflexologia podal pode impactar e favorecer a saúde de portadores de endocrinopatias já tratadas pela medicina ocidental em um centro especializado, como um caminho norteador para potencializar a assistência prestada a esses pacientes.

A reflexologia podal é uma arte curativa respeitada e eficaz, praticada por diversas culturas ao longo da história<sup>11</sup>. Trata-se de uma massagem terapêutica nos pés, que não deve ser confundida com a massagem básica dos pés ou com a massagem do corpo, sendo uma técnica específica de pressão que atua em pontos reflexos

correspondentes a todas as partes do corpo.

Nessa perspectiva, todos os órgãos, glândulas e outras partes do organismo estão dispostos num arranjo similar ao dos pés. A reflexologia podal provoca mudanças fisiológicas no corpo, estimulando o próprio potencial de cura do organismo através da pressão, desempenhando um papel importante para a recuperação e a manutenção da saúde. Essa técnica remove os bloqueios energéticos e favorece a circulação de energia curativa em todas as partes do corpo<sup>11</sup>.

O reiki, por sua vez, segundo Miller<sup>10</sup>, é uma técnica de cura pela imposição das mãos. Foi descoberto no fim do século XIX pelo doutor japonês Mikao Usui. O método é fundamentado na transferência de energia, de forma que o praticante de Reiki serve de condutor da energia universal (*Rei*) para outra pessoa, ampliando sua energia vital (*Ki*). A energia universal (*Rei*) é captada e apropriadamente transmutada para ser usada pelo receptor.

O reiki visa a harmonizar o corpo e restabelecer o equilíbrio<sup>10</sup>. Recomenda-se o uso do Reiki não apenas para tratar enfermidades, mas também em caráter preventivo. Segundo De Carli<sup>12</sup>, a terapia, ao ampliar a energia (*Ki*) que circula naturalmente pelo organismo, aumenta e mantém a saúde e a vitalidade, atuando nos bloqueios energéticos, renovando as células e promovendo saúde.

Diante do panorama exposto, este estudo visa a colaborar para a ampliação do conhecimento sobre as práticas integrativas e complementares e tem como objetivo principal apresentar os impactos possíveis do reiki e da reflexologia podal na saúde de pacientes crônicos portadores de patologias endócrinas de um centro especializado no âmbito do Sistema Único de Saúde da Bahia.

## Metodologia

Este artigo refere-se a um estudo observacional retrospectivo, de corte transversal, desenvolvido no ambulatório de práticas

integrativas e complementares de um centro especializado em diabetes e outras endocrinopatias do SUS, localizado em Salvador (BA), no período de novembro de 2016 a novembro de 2017. O ambulatório de Pics funciona desde outubro de 2015, envolvendo uma equipe multiprofissional (1 médica, 1 enfermeira, 1 psicóloga, 2 técnicas de enfermagem e 1 estagiária de psicologia) do referido centro e voluntários advindos de uma outra unidade de saúde do SUS parceira, na qual tais práticas já eram oferecidas há cerca de 6 anos. O atendimento é exclusivamente voltado para pacientes matriculados na unidade e funciona semanalmente, apenas em um turno da semana. Até o momento, as práticas oferecidas no centro especializado são reflexologia podal e reiki. Deve-se ressaltar que a escolha por ofertar tais práticas relaciona-se à qualificação dos profissionais envolvidos com a implantação do ambulatório.

A metodologia empregada neste estudo foi quantitativa, aplicada por meio de questionário estruturado, tido como protocolo de atendimento pela equipe responsável após um ano de funcionamento do ambulatório e anexado ao prontuário dos usuários. Nesse questionário, apresentam-se dados sobre o perfil dos pacientes (idade, tempo na unidade, patologia de base, forma de encaminhamento para o ambulatório); queixas iniciais; modalidades de atendimento em Pics a que se submeteu; frequência no ambulatório; e percepção de melhora dos sintomas numa escala de intensidade de 0 a 100%. Os dados foram tabulados, tratados estatisticamente e apresentados por meio de porcentagem simples, utilizando o programa Microsoft Excel® 2010.

Deve-se ressaltar que o estudo observou e cumpriu os princípios éticos para a publicação de artigos com resultados envolvendo seres humanos segundo a declaração de Helsinki, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), CAAE nº 71345317.7.0000.0052.

## Resultados

Encontrou-se um quantitativo de 244 pacientes que foram atendidos com práticas integrativas e complementares no ambulatório ao longo de um ano de funcionamento. Foram realizados 453 atendimentos de reiki e 419 atendimentos de reflexologia podal, perfazendo um total de 872 atendimentos.

Para o estudo em questão, foram coletados dados de 59 pacientes, sendo eles 55 mulheres e 4 homens, com idade média de 53,2 anos e com um tempo médio de 7,6 anos de tratamento endócrino na unidade. Com relação à patologia de base: 53% dos pacientes tinham obesidade; 27% eram portadores de diabetes; e 20% apresentavam doenças da tireoide.

O acesso às práticas ofertadas pelo ambulatório de Pics ocorreu por encaminhamento de profissionais diversos da unidade de saúde referida ou por demanda espontânea. Os encaminhamentos, em sua maioria, foram feitos por psicólogos (36%), seguidos por: demanda espontânea (27%), médicos (15%), nutricionistas (10%), enfermeiros (5%), assistentes sociais (3%) e fisioterapeutas (3%). Vale destacar, portanto, o interesse e a procura por parte dos usuários, uma vez que o percentual de demanda espontânea se apresenta superior aos encaminhamentos dos demais profissionais de saúde, com exceção da categoria dos psicólogos.

Das Pics oferecidas, aproximadamente 70% dos pacientes foram atendidos com ambas as terapias (reiki e reflexologia podal), 15% apenas reiki e outros 15% apenas reflexologia podal. A maioria dos pacientes (69%) realizou até 5 sessões, 29% dos pacientes realizaram entre 6 e 10 sessões, 2% realizaram acima de 15 sessões, sendo que nenhum paciente realizou entre 10 e 15 sessões. Todos os pacientes referem o desejo de continuar frequentando o ambulatório de Pics.

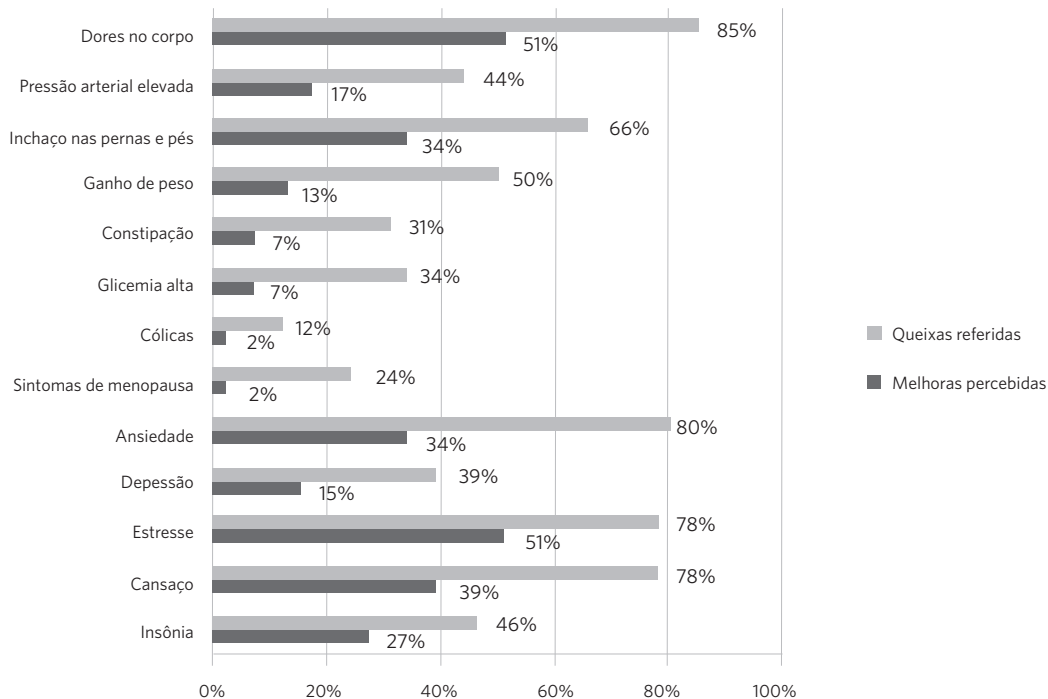
Quanto às principais queixas, 85% dos pacientes referiram dores no corpo, e 80% relataram ansiedade, seguida por: estresse e cansaço (ambos, 78%); inchaço nas pernas

e nos pés (66%); ganho de peso (50%); e insônia (46%). Os pacientes ainda referiram pressão arterial elevada (44%); depressão (39%); constipação (31%); glicemia alta (34%); sintomas da menopausa (24%); e cólicas (12%) (*gráfico 1*). Tais queixas apresentam-se como motivações para os encaminhamentos por parte dos profissionais, bem como apresentam relação direta com a demanda espontânea dos pacientes para o ambulatório de Pics.

Quanto às melhoras dos sintomas percebidas pelos pacientes após acompanhamento com as Pics, tem-se que 51% dos pacientes

relataram melhora nas dores no corpo e no estado de estresse, além da melhora percebida em: cansaço (39%); ansiedade e inchaço nas pernas e nos pés (ambos, 34%); e insônia (27%). Os pacientes ainda perceberam melhoras em sintomas como: pressão arterial (17%); depressão (15%); ganho de peso (13%); constipação (7%); glicemia alta (7%); cólicas (2%); e sintomas da menopausa (2%) (*gráfico 1*). Vale destacar que o maior percentual (51%) de pacientes que relataram melhoras percebidas refere-se, também, aos maiores percentuais relativos às queixas iniciais: dores no corpo (85%) e estresse (78%).

Gráfico 1. Porcentagem dos pacientes que apresentaram queixas iniciais e identificaram melhora dos sintomas após acompanhamento com as Pics (100% da amostra)



Fonte: Elaboração própria.

Ao avaliar a percepção de melhora dos sintomas segundo o uso das práticas, não foi possível perceber diferença significativa entre o reiki e a reflexologia podal quando usadas isoladamente, mas foi identificada uma tendência a um percentual maior de melhora entre os pacientes que fizeram uso combinado destas apenas com relação aos sintomas com também maior percentual de queixa inicial (acima de 46%): insônia, inchaço nos pés e nas pernas, estresse, ansiedade e dores no corpo.

Os pacientes também avaliaram a intensidade da redução dos sintomas, numa escala de 0 a 100%, obtendo-se um resultado médio de 64% de intensidade de melhora quanto à queixa inicial, o que sugere um impacto importante na qualidade de vida dos participantes deste estudo. Ressalta-se que a maioria dos pacientes realizou apenas até 5 sessões de Pics (69% dos pacientes). Comparando-se os grupos de pacientes, no que diz respeito ao quantitativo de sessões realizadas, observa-se que o grupo que realizou até 5 sessões (N=41, 69% da amostra) obteve um percentual médio de intensidade de melhora de 62%, enquanto o grupo que realizou de 6 a 10 sessões (N=17, 29% dos pacientes) apresentou um resultado médio na intensidade da melhora de 69%. O paciente que realizou acima de 15 sessões (N=1, 2% da amostra) referiu percentual de 100% com relação à intensidade de melhora dos sintomas.

Os dados indicam que o acompanhamento com práticas integrativas e complementares favorece a redução aparente da intensidade dos sintomas com um quantitativo reduzido de sessões (5), assim como é possível observar que o prolongamento do acompanhamento tende a gerar maiores resultados, uma vez que a intensidade da melhora identificada se apresentou maior com o acréscimo de atendimentos.

Analisaram-se, também, possíveis relações entre a intensidade da melhora e a prática aplicada. Entre 15% dos pacientes atendidos apenas com reflexologia podal, foi observada uma média de 72% na intensidade

da melhora identificada. Para os outros 15% que foram atendidos apenas com reiki, a média de intensidade da melhora encontrada foi de 55%. A maioria dos pacientes (70%) foi atendida com ambas as práticas, e a média de intensidade da melhora identificada foi de 65%.

Os resultados obtidos sugerem uma maior satisfação por parte dos usuários com o tratamento da reflexologia podal quando comparado com o tratamento com reiki. O que, por sua vez, pode sugerir resultados mais imediatos ou mais perceptíveis com o uso da reflexologia, ou mesmo uma melhor adequação da terapêutica às queixas iniciais mais comuns entre os pacientes. No entanto, a intensidade da melhora percebida para o tratamento combinado das duas terapias se aproximou de forma significativa do percentual de intensidade do tratamento único com reflexologia, o que pode sugerir possíveis benefícios do uso combinado de diferentes práticas.

De forma geral, neste estudo, foi possível identificar possíveis benefícios referentes ao uso da reflexologia podal e do reiki no tocante às queixas iniciais dos pacientes da amostra. No entanto, torna-se necessário destacar limitações neste estudo para fazer inferências com relação a especificidades do uso exclusivo da reflexologia podal ou do reiki, pois a maioria dos pacientes (70%) se submeteu às duas práticas. Portanto, encorajam-se outros estudos que possam analisar com mais profundidade os efeitos dessas duas terapias complementares de forma comparativa e com uso de parâmetros biomédicos que possam ser associados ao curso e à avaliação subjetiva dos pacientes.

## Discussão

Machado<sup>13</sup>, a partir de uma extensa revisão de literatura, aponta uma crescente procura de pacientes com Diabetes *Mellitus* (DM) por tratamentos complementares, sendo esta uma doença crônica de difícil controle e que



acarreta diversas complicações. Esse autor sinaliza que a terapia à base de ervas tem sido o método mais comum utilizado por essa clientela, havendo outras práticas de Pícs que são também usuais, como: práticas de relaxamento (ex: acupuntura, massagens, aromaterapia), cura espiritual (rezas), homeopatia, quiropraxia e suplementação nutricional.

Os achados do estudo realizado por Machado<sup>13</sup> indicam um expressivo interesse de pais e/ou responsáveis legais de crianças e adolescentes portadoras de DM1 pela utilização de terapias complementares para esses pacientes. Uma das principais motivações foi o desejo de experimentar alternativas que ajudassem na melhora da glicemia e que diminuíssem os riscos trazidos com a evolução da doença.

No presente trabalho, também foi possível observar a procura dos usuários pelas Pícs com vistas a um melhor controle glicêmico (34%), apesar de que apenas 7% dos pacientes relataram melhora na glicemia após fazerem uso das Pícs. No entanto, 51% dos pacientes perceberam melhoras nas dores no corpo e 34% referiram alívio do inchaço nas pernas e nos pés, sintomas característicos de pessoas com diabetes. Tais resultados sugerem, portanto, benefícios importantes no controle das complicações do diabetes, colocando as práticas utilizadas em um lugar de terapia complementar que pode elevar a qualidade de vida de pacientes com tal patologia.

No estudo de Machado<sup>13</sup>, mais da metade dos pais (59%) responderam acreditar que o uso das Pícs teve eficácia, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos pacientes, sendo que 94% dos entrevistados referiram uma melhoria nas medições glicêmicas. No entanto, neste estudo de Machado, a melhoria da qualidade de vida foi avaliada subjetivamente pela percepção da família, assim como no presente estudo os dados analisados referem-se a avaliações subjetivas dos próprios pacientes quanto a possíveis resultados dos atendimentos com Pícs.

Sendo assim, fazem-se necessários

estudos que verifiquem especificamente a eficácia das Pícs no controle glicêmico, bem como na prevenção e no controle das complicações do diabetes, utilizando critérios biomédicos, tais como diminuição da dose de insulina e medicações orais, ou mesmo o nível de hemoglobina glicada – HbA1c. Do mesmo modo, estudos longitudinais que avaliem a associação entre o uso das terapias complementares e o aparecimento de comorbidades referentes ao diabetes também podem apresentar resultados mais específicos e mais criteriosos.

No que diz respeito ao uso de Pícs no tratamento da obesidade, Ornela, Oba, Kinouchi, et al.<sup>14</sup> realizaram estudo clínico randomizado com o objetivo de analisar o efeito da estimulação dos pontos de acupuntura. A partir do acompanhamento oferecido, observou-se uma resposta com relação à perda de peso e medidas corporais (redução de Índice de Massa Corporal – IMC – e circunferência abdominal) com 10 sessões de acupuntura, aliadas a atividade física e redução alimentar. O estudo destaca resultados da acupuntura não somente na redução do peso, mas, também, na melhora de aspectos da qualidade de vida dos pacientes com obesidade, tais como controle da ansiedade, tensão emocional e autoestima, além de aumentar a motivação.

No presente estudo, o ganho de peso apareceu como uma das queixas referidas pelos pacientes com significativa expressão (50% dos pacientes), sendo que apenas 13% dos pacientes relataram redução de peso após uso das terapias complementares. No entanto, foi possível observar que 34% dos pacientes referiram redução da ansiedade, aspecto que tende a interferir no comportamento alimentar dos indivíduos. Vale destacar que, segundo Marchi-Alves, Nogueira, Mendes, et al. (2010), citado por Ornela, Oba, Kinouchi, et al.<sup>14</sup>, o manejo da ansiedade é complexo, exigindo cuidados multiprofissionais que incluem terapêuticas medicamentosas ou não, tais como nutricionais, psicológicas e de



reeducação de hábitos de vida. Terapêuticas essas que não foram analisadas nem controladas por este estudo.

Não foram encontrados na literatura estudos referentes ao uso das Pics no tratamento das doenças da tireoide, outra endocrinopatia presente na amostra deste estudo. A análise dos dados, no entanto, indica que esses pacientes podem se beneficiar das Pics, uma vez que entre as manifestações clínicas do hipertireoidismo e do hipotireoidismo, por exemplo, observam-se sintomas como nervosismo/irritabilidade e ansiedade<sup>15,16</sup>, sobre os quais foi observado impacto positivo após uso das Pics no presente estudo, com 34% dos pacientes sinalizando melhora dos níveis de ansiedade.

Com relação a estudos que investigam o alcance da reflexologia podal e do reiki, foi encontrado um cenário de maior carência, talvez pelo fato dessas práticas terem sido incluídas recentemente nos procedimentos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

No entanto, um estudo realizado por Machado, Rodrigues e Silva<sup>17</sup> demonstrou efeito positivo da utilização da reflexologia podal na melhora da qualidade do sono, apesar das autoras estimularem outros estudos para maior entendimento e padronização dos resultados. Freitag, Andrade e Badke<sup>18</sup>, por sua vez, a partir de uma revisão de literatura, apontaram que o uso do reiki provoca mudanças significativas na saúde do indivíduo, principalmente no que se refere a ansiedade, dores, estresse, aumento das células de defesa e diminuição dos níveis pressóricos.

No presente estudo, o uso combinado do reiki com a reflexologia podal, em 70% da amostra, evidenciou uma percepção de melhora importante do estresse e das dores no corpo, com 51% da amostra identificando tal impacto com relação a ambos os sintomas. Em seguida, ansiedade, inchaço em pés e pernas e insônia foram sintomas que aparentemente reduziram de forma expressiva, segundo a percepção dos participantes.

No que diz respeito ao uso isolado e específico do reiki ou da reflexologia podal (15% da amostra para cada terapêutica), no entanto, a análise dos dados não evidenciou diferenças significativas entre tais práticas quanto à redução percebida dos sintomas iniciais.

Ainda que a análise dos resultados quanto ao uso isolado do reiki ou da reflexologia podal não apresente dados suficientes para sugerir terapêuticas específicas, o uso combinado aponta para repercussões importantes em sintomas iniciais, em conformidade com o evidenciado por Machado, Rodrigues e Silva<sup>17</sup>, assim como por Freitag, Andrade e Badke<sup>18</sup>: melhora da qualidade do sono, da ansiedade, das dores e do estresse.

De forma geral, foi possível observar no presente estudo o impacto das Pics no alívio de sintomas psicológicos, a exemplo da ansiedade; emocionais, como o estresse; e físicos, tais como dores no corpo, cansaço, inchaço nas pernas e nos pés e insônia.

Como mencionado, as Pics buscam tratar o indivíduo em sua totalidade e consideram que há uma influência mútua entre os desequilíbrios orgânicos e emocionais, o que nos direciona a uma reflexão importante a respeito de como o impacto percebido pelos pacientes desta amostra pode repercutir não somente na sua qualidade de vida, mas na adesão ao tratamento da medicina convencional, na relação subjetiva desses indivíduos com a experiência do adoecer e com seu processo saúde-doença. Aspectos esses que, por sua vez, podem vir a se desdobrar em uma melhora dos índices biomédicos que evidenciam o controle da patologia endócrina de base, reafirmando a perspectiva holística defendida pela PNPIC no campo da saúde.

## Conclusões

Os achados permitem afirmar que há uma alta demanda pelas Pics por parte dos usuários e uma aparente percepção de seus benefícios. Os dados indicam impactos positivos

na saúde dos usuários nas dimensões psicológica, física e emocional, bem como demonstram os benefícios do uso particular das Pics por pessoas com doenças crônicas, especificamente de origem endócrina. Tais patologias compõem um quadro clínico complexo, com a sobreposição de sintomas físicos/orgânicos e sintomas psicológicos, que demandam uma abordagem integral à saúde dos indivíduos.

Estudos posteriores são necessários para avaliar particularidades do impacto do uso de Pics na evolução de doenças crônicas e em aspectos específicos das endocrinopatias, com o auxílio de medidas biomédicas que possam delimitar e aprofundar o conhecimento em torno dos ganhos de complementar o tratamento convencional com o uso de outras racionalidades médicas em processo de inclusão no SUS. Do mesmo modo, estudos que discriminem e avaliem práticas integrativas e complementares específicas no âmbito da endocrinologia podem favorecer a aplicação destas de forma mais assertiva e eficaz, bem como a elaboração de protocolos e terapêuticas de forma cada vez mais individualizada.

Vale destacar a necessidade de reconhecimento e aceitação das Pics por parte dos profissionais de saúde, algo também evidenciado neste estudo, uma vez que os encaminhamentos na unidade se concentraram nos profissionais da área de psicologia e na demanda espontânea dos usuários do serviço. Tal cenário aponta para uma das dificuldades de implantação e estruturação das Pics no SUS: a legitimação de novas racionalidades médicas, já regulamentadas por uma política nacional, mas ainda com restrito espaço entre profissionais de saúde e gestores. Isso implica a necessidade de reformulações na PNPIC em direção ao fomento

a pesquisa, ensino e extensão, além da participação e do controle popular na execução dessa política.

Ainda são escassos no Brasil estudos sobre os benefícios das Pics na saúde pública. Sendo assim, torna-se clara a necessidade de estudos científicos mais estruturados que se debrucem sobre aspectos como qualidade de vida, adesão ao tratamento e promoção da saúde, e que utilizem medidas mais confiáveis para avaliar os impactos das Pics na saúde dos pacientes. Isso porque evidências científicas nessa área servirão para o fortalecimento e a expansão das Pics, bem como para a ampliação do olhar sobre o adoecer e as práticas em saúde.

## Colaboradores

Dacal MPO e Silva IS participaram conjuntamente da concepção, do planejamento, da análise e da interpretação dos dados, bem como da elaboração do rascunho e da revisão crítica do conteúdo. Ambas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

## Agradecimentos

Agradecemos à equipe de Pics da unidade, aos pacientes do Ambulatório de Práticas Integrativas e Complementares e a todos os voluntários que ofereceram seus serviços nessa instituição. Esperamos que esta discussão possa contribuir para a ampliação e a melhoria da oferta das Pics no nosso estado. ■

## Referências

1. Aguiar ZN. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: Aguiar ZN, organizador. SUS: Sistema Único de Saúde: Antecedentes, Percurso, Perspectivas. 1. ed. São Paulo: Martinari; 2011. p. 42-68.
2. Rocha SA, Bocchi SCM, Juliani CMCM. O princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS): utopia? *Rev. Inter. Interdisc INTERthesis* [internet]. 2011 jan-jul [acesso em 2017 abr 22]; 8(1):120-132. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/14837>.
3. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas Integrativas e Complementares de Desafios para a Educação. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2011 nov [acesso em 2017 abr 22]; 9(3):361-378. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300002&script=sci_abstract&tlng=pt).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: MS; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*. 28 Mar 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. *Diário Oficial da União*. 22 Mar 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da saúde [internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [acesso em 2017 jan 23]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab>.
8. Sabedoria Política [internet]. [Sem local]: c2011 [acesso em 2017 fev 12]. Disponível em: <https://www.sabedoriapolitica.com.br>.
9. Bahia. Secretaria da Saúde [internet]. Salvador: Se-sab; 2016 [acesso em 2017 fev 12]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/>.
10. Miller JP. O livro dos chakras, da energia e dos corpos sutis: uma nova visão das tradições antigas e modernas sobre os nossos centros de energia. 1. ed. São Paulo: Pensamento; 2015.
11. Dougans I, Ellis S. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia. 9. ed. São Paulo: Cultrix; 1999.
12. De Carli J. Reiki: Amor, Saúde e Transformação. 5. ed. São Paulo: Alfabeta; 2013.
13. Machado LCB. Práticas integrativas e complementares no tratamento de crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1: construção de um perfil [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012. 66 p. [acesso em 2017 abr 22]. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15742>.
14. Ornela RG, Oba MV, Kinouchi FL, et al. Acupuntura no tratamento da obesidade. *J Health Sci Inst*. 2016; 34(1):17-23.
15. Maia AL, Scheffel RS, Meyer ELS, et al. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Arq Bras Endocrinol Metab* [internet]. 2013 abr [acesso em 2017 ago 11]; 57(3):205-232. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302013000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302013000300006).
16. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo.

- Arq Bras Endocrinol Metab [internet]. 2013 jun [acesso em 2017 ago 11]; 57(4):265-299. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302013000400003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302013000400003&script=sci_arttext&tlng=pt).
17. Machado FAV, Rodrigues CM, Silva PA. Influência da Reflexologia Podal na qualidade do sono: estudo de caso. Cad Naturol Terap Complem [internet]. 2013 [acesso em 2017 abr 22]; 2(3):67-75. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/1536/1807>.
18. Freitag VL, Andrade A, Badke MR. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. Enfermería Global [internet]. 2015 abr [acesso em 2017 abr 22]; 38:346-356. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt\\_revision5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt_revision5.pdf).

---

Recebido em 30/04/2018

Aprovado em 16/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Qualidade de Vida de cuidadores de praticantes de equoterapia no Distrito Federal

## *Quality of Life of caregivers of equine therapy practitioners in the Federal District*

Jéssica Maíssa Gonçalves de Souza<sup>1</sup>, Giovana De Marchi Castelli<sup>2</sup>, Leonardo Petrus da Silva Paz<sup>3</sup>, Andréa Gomes Moraes<sup>4</sup>, Marianne Lucena da Silva<sup>5</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811816

**RESUMO** O cuidador oferece atendimento individualizado, e a qualidade de sua atuação influencia na Qualidade de Vida (QV) da pessoa com deficiência. A sobrecarga de trabalho ou a falta de orientação quanto à melhor forma de sua atuação pode influenciar negativamente em sua saúde. Este artigo teve como objetivo avaliar a QV dos cuidadores dos praticantes de centros de equoterapia do Distrito Federal. Foi realizado um estudo de corte transversal em oito centros de equoterapia do Distrito Federal vinculados a Ande-Brasil, utilizando como instrumento de avaliação o questionário WHOQOL-bref para avaliar a QV dos cuidadores dos praticantes de equoterapia. Foram estudados 389 cuidadores, dos quais 71,72% correspondem ao gênero feminino e 28,27% correspondem ao gênero masculino. Na análise dos resultados dos questionários, o domínio Relações Sociais obteve maior satisfação com escore de 66,13; o domínio Psicológico obteve escore de 64,52; o domínio Ambiente obteve escore de 60,8; e o domínio Físico apresentou o menor escore, obtendo 56,46. A média dos escores obtidos foi de 61,89. Os resultados demonstraram que a tarefa de cuidador pode provocar alterações físicas e mentais de forma negativa, e isso pode influenciar na qualidade de atendimento e no bem-estar do praticante.

**PALAVRAS-CHAVE** Terapia assistida por cavalos. Cuidadores. Qualidade de Vida.

**ABSTRACT** *The caregiver offers individualized care, and the quality of his/her performance influences the Quality of Life (QoL) of disabled individuals. Overworking or lack of guidance can affect the caregiver's health either positively or negatively. This article aimed at evaluating the QoL of caregivers of equine therapy practitioners in the Federal District. A cross-sectional study was carried out in eight equine therapy centers of the Federal District, linked to Ande-Brasil, using the WHOQOL-bref questionnaire, to evaluate the QoL of caregivers of equine therapy practitioners. A total of 389 caregivers were studied, 71.72% of which were females and 28.27% were males. The analysis of answers to the questionnaires showed that the Social Relations domain obtained the highest satisfaction score (66.13); the Psychological domain scored 64.52; the Environment domain scored 60.8; and the Physical domain presented the lowest score, 56.46. Scores average was 61.89. The results showed that the work the caregiver performs may cause negative physical and mental changes, and these changes can influence the quality of care and her/his own well-being.*

**KEYWORDS** *Equine-assisted therapy. Caregivers. Quality of Life.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1357-4076>  
[jessika.maissa@gmail.com](mailto:jessika.maissa@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) - Porto Alegre (RS), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9745-0451>  
[castelligiovana@gmail.com](mailto:castelligiovana@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2926-4547>  
[leopetruspaz@gmail.com](mailto:leopetruspaz@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4630-1197>  
[deyafisio9@hotmail.com](mailto:deyafisio9@hotmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Federal do Goiás (UFG), Regional Jataí - Jataí (GO), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7678-9007>  
[mariannebsb@gmail.com](mailto:mariannebsb@gmail.com)

## Introdução

A equoterapia tem se mostrado eficaz no tratamento de diversas disfunções. Na terapia, o cavalo é utilizado como ferramenta, em uma abordagem multidisciplinar, associado a um ambiente multissensorial, proporcionando estímulos sensorio-motores<sup>1</sup>. A partir disso, a equoterapia é capaz de proporcionar melhora do controle e da coordenação postural, da distribuição e transferência de peso<sup>2</sup>, do equilíbrio, melhora da propriocepção, dos parâmetros espaçotemporais e da marcha<sup>3</sup>, melhorando a Qualidade de Vida (QV) e resultando no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo<sup>4</sup>.

Apesar desses benefícios, a melhora da QV não é fator dependente apenas do processo de reabilitação, e, sim, efetiva quando se analisa o contexto no qual o deficiente está inserido e, principalmente, os cuidados aos quais ele é submetido diariamente. O Sistema Único de Saúde (SUS), nesse contexto, tem informado aos profissionais da saúde a importância de incluir em suas avaliações a família e os cuidadores, a fim de melhor direcionar as terapias, bem como de promover o bem-estar do deficiente<sup>5</sup>.

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações, que o define como responsável por auxiliar nas atividades de vida diárias e por zelar pelo bem-estar da pessoa assistida, influenciando diretamente em aspectos como nível de atividade física e institucionalização precoce do paciente<sup>6</sup>. A sobrecarga física e psicológica vivenciada pelos cuidadores pode levar à negligência da própria saúde e comprometer sua qualidade de vida, refletindo negativamente no bem-estar dos praticantes<sup>7-9</sup>.

Devido à importância desse profissional, a QV do cuidador, seja ele familiar ou terceirizado, é uma das principais preocupações na atenção domiciliar aos pacientes crônicos<sup>10</sup>. Os principais objetivos nos programas de promoção em saúde em pacientes dependentes de cuidado são a melhora das habilidades funcionais e da QV, e esses fatores podem ter uma influência negativa quando o bem-estar físico

e mental do cuidador está sendo inadequado, resultando em uma interação complexa multidirecional entre as estruturas e funções fisiológicas, capacidade e desempenho nas atividades e participação social<sup>11,12</sup>.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a QV dos cuidadores de praticantes de equoterapia no Distrito Federal.

## Material e métodos

Estudo de corte transversal com amostra por conveniência, realizado por meio de preenchimento de questionário no período de setembro a novembro de 2015 com os cuidadores de praticantes dos oito centros de equoterapia do Distrito Federal, vinculados à Associação Nacional de Equoterapia (Ande-Brasil): Centro Básico de Equoterapia General Carracho; Vila Equestre Equilíbrio; Centro de Equoterapia do Regimento de Polícia Montada do Distrito Federal; Instituto Cavalo Solidário-Sede; Instituto Cavalo Solidário – Unidade Regimento de Cavalaria de Guarda; Centro de Equoterapia Cavaleiros de São Jorge; Asbrate – Espaço Equestre Sociedade Hípica de Brasília.

A abordagem foi realizada verbalmente durante as práticas de equoterapia, considerando-se como cuidador o indivíduo que detém a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao praticante, independentemente de laços consanguíneos. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista (Unip) (CAAE:48306915.2.0000.5512), e todos os avaliados formalizaram sua participação mediante assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A versão abreviada do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde e validada por Fleck et al.<sup>13</sup> no Brasil, foi utilizada para a avaliação. O questionário é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, que compreende 26 questões de avaliação subjetiva, sendo 2 questões gerais de QV e as demais

representando cada uma das 24 facetas.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o *software* Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 21, conforme modelo de médias e escores proposto por Fleck et al.<sup>13</sup>.

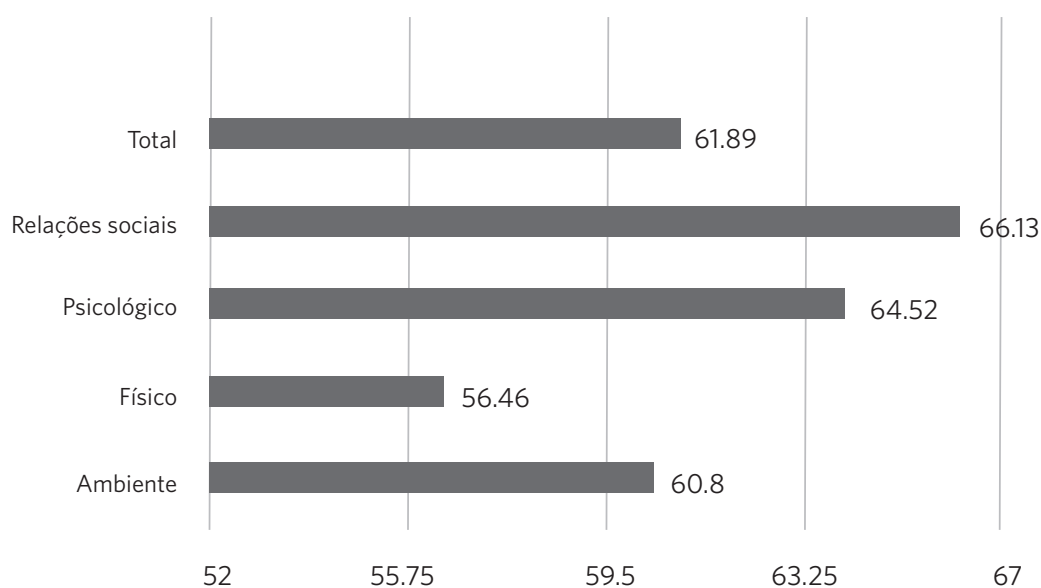
## Resultados

A amostra abordada de 389 cuidadores

constituiu-se de 279 indivíduos do gênero feminino (71,72%) e 110 indivíduos do gênero masculino (28,27%).

Na análise dos resultados dos questionários, os domínios Relações Sociais e Psicológico obtiveram maior escore (66.13 e 64.52 respectivamente), enquanto o domínio Físico apresentou o menor escore (56.46). A média dos escores obtidos foi de 61.89, conforme o disposto na *figura 1*.

Figura 1. Representação dos escores por domínio

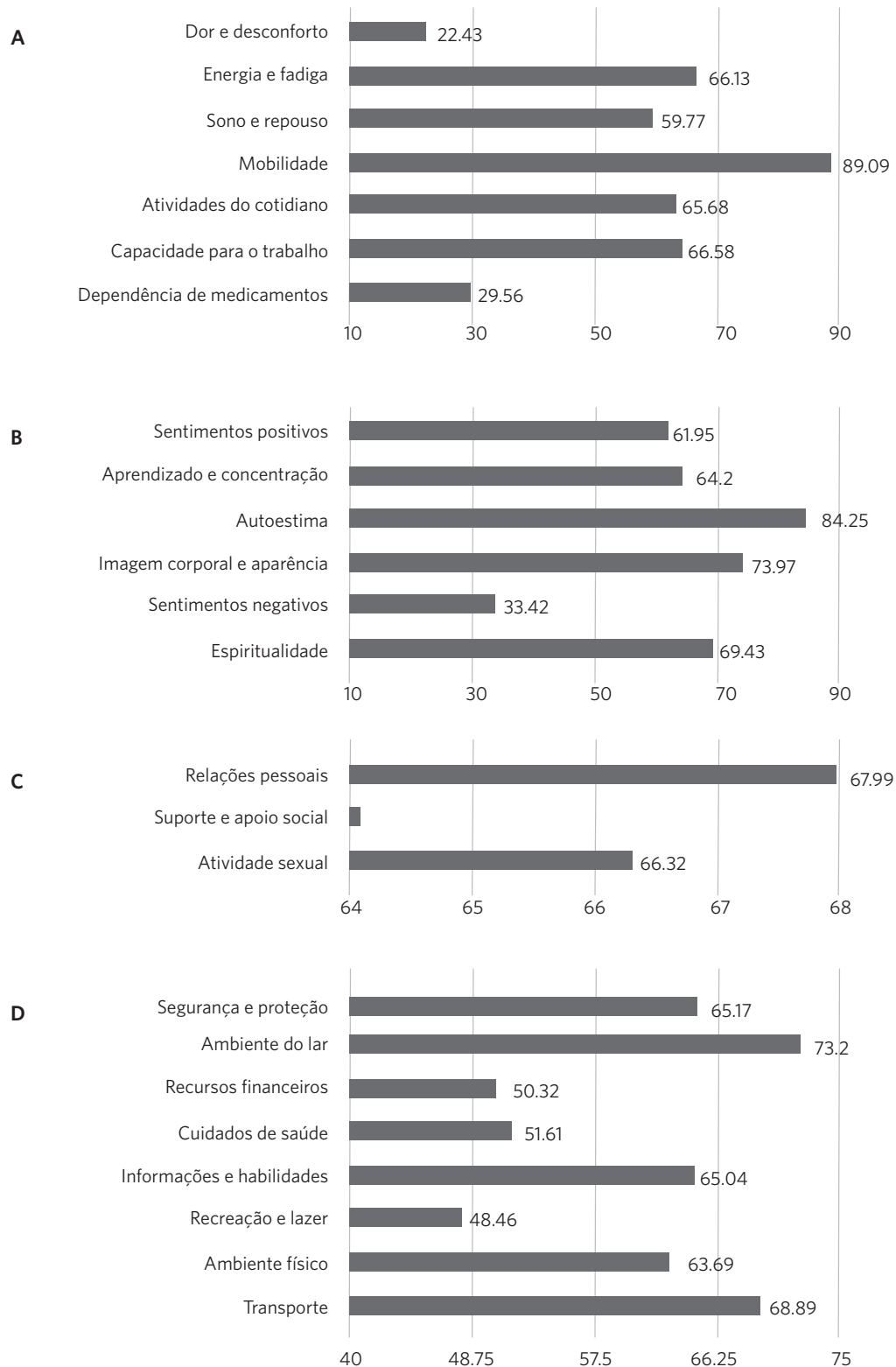


A análise de cada domínio envolve questionamentos específicos. No domínio Físico (domínio I), os indivíduos mostraram-se satisfeitos com sua capacidade de locomoção (89.09), não muito satisfeitos com seu desempenho para o trabalho (66.58), não muito satisfeitos na realização de atividades do cotidiano (65.68), não muito satisfeitos com

sua energia no dia a dia (66.13) e não muito satisfeitos com relação ao sono e repouso (59.77). A maioria dos entrevistados relatou a necessidade constante de medicamentos e a presença de dor e desconforto, gerando escores de insatisfação e muita insatisfação (29.56 e 22.43, respectivamente), conforme *figura 2-A*.



Figura 2. Representação dos escores por domínio. A - físico; B - psicológico; C - relações sociais; D - ambiente físico e acesso a serviços



Quanto aos aspectos psicológicos (domínio II), os indivíduos se mostraram satisfeitos consigo mesmo (84.25), razoavelmente satisfeitos aceitando sua aparência física (73.97), bem como suas crenças e religião (69.34) e com sua capacidade de aprendizado, memória e concentração (64.20). Mostram-se razoavelmente satisfeitos com seus sentimentos e pensamentos positivos (61.95), porém referem sentimentos negativos com periodicidade (33.42), gerando um escore insatisfatório, demonstrado na *figura 2-B*.

Nas relações sociais (domínio III), mostraram-se razoavelmente satisfeitos com o vínculo com amigos, colegas, parentes e conhecidos (67.99), com a vida sexual (66.32) e com o apoio que recebem de seus amigos (64.07) (*figura 2-C*).

O domínio IV envolve aspectos relacionados com o ambiente físico e acesso a serviços. Quando questionados quanto ao ambiente em que convivem, considerando o clima, barulho, poluição, atrativos e condições do lugar em que moram, considerou-se razoavelmente satisfatório (73.20 e 63.69 respectivamente). Aos acessos à informação (65.04), aos serviços de saúde (51.61) e transporte (68.89), também se considerou razoavelmente satisfatório e não muito satisfeitos com a segurança (65.17) e com os recursos financeiros de que dispõem para satisfazer suas necessidades (50.32). Demonstraram-se insatisfeitos com as poucas oportunidades de lazer (48.46) (*figura 2-D*). Nas questões 1 e 2, em que o indivíduo autoavalia sua QV, obteve-se escore de satisfação mediana (71.45).

## Discussão

O estudo demonstrou a predominância do gênero feminino entre os cuidadores, corroborando os resultados de outros estudos<sup>14,15</sup>, e demonstrando a importância social da mulher como a provedora de cuidados, e a importância do aumento da participação da população masculina no papel de cuidador<sup>16</sup>.

A análise da QV, pelo WHOQOL-bref, é classificada como mediana, conforme demonstrado em outros estudos<sup>17,18</sup>. O declínio do bem-estar físico, resultante principalmente da dependência de medicamentos, presença de dor e desconforto, e a dificuldades e/ou escassez de sono e repouso mostram-se como principais fatores influentes no *deficit* da QV.

Eker & Tuzun<sup>19</sup> avaliaram a QV de mães de crianças com paralisia cerebral e relataram o impacto das tarefas diárias de cuidado com seus filhos em seu bem-estar físico. O estudo mostrou que o auxílio ou realização das atividades de vida diária (AVD) e na locomoção dessas crianças atribui elevada pressão física ao cuidador, e que cuidar de uma criança com deficiência física pode influir na funcionalidade desse cuidador<sup>19</sup>. Em concordância, Trigueiro et al.<sup>20</sup> relataram que a tensão emocional e o esforço físico constante geram um quadro de dor no cuidador, que associados a outras responsabilidades, como o cuidado do lar e demais membros da família, somados às atividades de trabalho, são fatores que deterioram a saúde.

O baixo poder aquisitivo também é um grande fator de impacto na QV, e este estudo obteve baixo escore na faceta que avalia recursos financeiros. Nakatan et al.<sup>21</sup> e Gonçalves et al.<sup>14</sup> relataram que uma das consequências da responsabilidade do cuidar, principalmente em níveis elevados de dependência funcional por parte daquele que é cuidado, é a grande demanda de tempo que o indivíduo requer do cuidador e que, diante disso, muitos cuidadores passam a ter limitações profissionais, o que geralmente resulta no abandono da vida profissional. Relataram também que, decorrente disso, o cuidador tende a negligenciar os cuidados de si próprio, inclusive sua saúde, influenciando no domínio físico e nos aspectos relacionados com o ambiente e acesso a serviços, justificando os escores também não muito satisfatórios encontrados neste estudo.

Delalibera et al.<sup>22</sup> observaram os impactos

na rotina dos cuidadores, visto que o indivíduo que é cuidado tende a ser inserido em diversas atividades de reabilitação, o que requer mais tempo dedicado àquele indivíduo, reduzindo o tempo que o cuidador poderia dispensar a seus próprios cuidados e lazer, gerando prejuízo na vida social e consequências psicológicas. De acordo com Tekinarslan<sup>23</sup>, cuidadores de indivíduos com necessidades especiais são mais vulneráveis à depressão devido à grande demanda de tempo e esforço que lhes são requeridos para o cuidado. Relata também que quando se trata de cuidar de indivíduos com dificuldades de socialização, como no Distúrbio do Espectro do Autismo, a participação dos cuidadores em atividades fora do ambiente doméstico é ainda mais dificultada já que sua atenção está completamente voltada à criança, e alguns profissionais têm dificuldade de compreender o comportamento da criança<sup>23</sup>. Portanto, a sobrecarga gerada e as escassas oportunidades de lazer, devido às condições e ao tempo despendido ao cuidar, poder aquisitivo, insatisfação com o ambiente e a percepção constante de cansaço, podem levar a sentimentos negativos e a impactos nas relações sociais, que correspondem aos domínios psicológicos e social, que obtiveram baixos escores neste estudo.

Nota-se na autoavaliação, a partir da sua percepção, que os indivíduos estudados consideram mediana sua própria QV. Segundo Kluthcovsky et al.<sup>24</sup>, essa análise provém da combinação dos aspectos mais relevantes

da sua vida, resultando em uma avaliação global, que pode se modificar ao longo da vida. Os autores também ressaltam a importância dessa avaliação como forma de valorizar a opinião do indivíduo. Neste estudo, a avaliação geral do questionário e a autoavaliação do indivíduo obtiveram escores semelhantes.

Este estudo não detalhou as características e correlações entre o perfil dos cuidadores e de praticantes, devendo as pesquisas futuras caracterizarem melhor a amostra e buscarem o impacto da dependência funcional do praticante em relação ao cuidador. Outro fator importante foi o baixo nível educacional de muitos cuidadores, exigindo auxílio do pesquisador no preenchimento do questionário, o que pode ter influenciado na resposta do avaliado.

## Conclusões

Os resultados demonstraram que a tarefa de cuidador do praticante de equoterapia pode provocar alterações físicas e mentais de forma negativa, e isso pode influenciar na qualidade de atendimento e no bem-estar da pessoa assistida, havendo, portanto, a necessidade de ações de assistência a esses indivíduos.

Todos os centros de equoterapia do Distrito Federal foram incluídos na pesquisa, e uma parcela importante dos cuidadores foi entrevistada. Contudo, estudos em outros centros de equoterapia são necessários para confirmar esses achados. ■

---

## Referências

1. Silkwood-Sherer DJ, Killian CB, Long TM, Martin KS. Hippotherapy—An Intervention to Habilitate Balance Deficits in Children With Movement Disorders: A Clinical Trial. *Phys Ther* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 2]; 92(5):707-17. Disponível em: <https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20110081>.
2. Rodrigues IF, Nielson MBP, Marinho AR. Avaliação da fisioterapia sobre o equilíbrio e a qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. *Rev Neurol*. 2008; 16(4):269-74.
3. Beinotti F, Correia N, Christofoletti G, et al. Use of hippotherapy in gait training for hemiparetic post-stroke. *Arq Neuropsiquiatr* [internet]. 2010 [acesso em 2018 jul 2]; 68(6):908-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2010000600015&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000600015&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
4. Hsieh YL, Yang CC, Sun SH, et al. Effects of hippotherapy on body functions, activities and participation in children with cerebral palsy based on ICF-CY assessments. *Disabil Rehabil*. 2017; 39(17):1703-13.
5. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saude Colet*. 2009; 14(supl.):1565-77.
6. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 2]; 65(5):829-38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500017).
7. Ozturk Y, Riccadonna S, Venuti P. Parenting dimensions in mothers and fathers of children with Autism Spectrum Disorders. *Res Autism Spectr Disord*. 2014; 8(10):1295-306.
8. Miura RT. Paralisia cerebral grave: o impacto na qualidade de vida de mães cuidadoras. *Mudanças – Psicol da Saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 2]; 20(1-2):7-12. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/MUD/article/view/3146/3126>.
9. Pimenta RA. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. *Rev Bras Ciências da Saúde* [internet]. 2010 [acesso em 2018 jul 2]; 14(3):69-76. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/9687/5406>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Básica. Caderno de Atenção Domiciliar [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2018 jul 2]. 2 v. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad\\_vol2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf).
11. Ory MG, Hoffman RR, Yee JL, et al. Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers. *Gerontologist*. 1999; 39(2):177-85.
12. Cox CR, Eaton S, Ekas NV, et al. Death concerns and psychological well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2015; 45-46:229-38.
13. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saude Publica* [internet]. 1999 [acesso em 2018 jul 2]; 33(2):198-205. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101999000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).
14. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, et al. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jul 2]; 19(3):458-66. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000300003&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300003&lng=en&tlng=en).

15. Guedea MTD, Damacena FA, Carbajal MMM, et al. Social support needs of mexican elders family caregivers. *Psicol e Soc* [internet]. 2009 [acesso em 2018 jul 2]; 21(2):242-9. Disponível em: [http://www.openpsychodynamic.com/?page\\_id=32](http://www.openpsychodynamic.com/?page_id=32).
16. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Context - Enferm* [internet]. 2008 [acesso em 2018 jul 2]; 17(2):266-72. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000200007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200007&lng=pt&tlng=pt).
17. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *ACTA Paul Enferm*. 2012; 25(5).
18. Pimenta GMF, Costa MAS, Goncalves LHT, et al. Profile of the caregiver of dependent elderly family members in a home environment in the city of Porto, Portugal. *Rev da Esc Enferm da USP* [internet]. 2009 [acesso em 2018 jul 2]; 43(3):609-14. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010436773&lang=es&sit e=ehost-live>.
19. Eker L, Tüzün EH. An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil* [internet]. 2004 [acesso em 2018 jul 2]; 26(23):1354-9. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638280400000187>.
20. Trigueiro LCL, Lucena NMG, Aragão POR, et al. Perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência física. *Fisioter e Pesqui* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jul 2]; 18(3):223-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n3/04.pdf>.
21. Kyosen Nakatan AY, Soares Souto CC, Paulette LM, et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de saúde da família. *Rev Eletrônica Enfem* [internet]. 2003 [acesso em 2018 jul 10]; 5(1):15-20. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/773/862>.
22. Delalibera M, Presa J, Barbosa A, et al. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet* [internet]. 2015 [acesso em 2018 jul 10]; 20(9):2731-47. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000902731&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902731&lng=pt&tlng=pt).
23. Tekinarslan IC. A Comparison Study of Depression and Quality of Life in Turkish Mothers of Children with down Syndrome, Cerebral Palsy, and Autism Spectrum Disorder. *Psychol Rep* [internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 2]; 112(1):266-87. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2466/21.02.15.PR0.112.1.266-287>.
24. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul* [internet]. 2007 [acesso em 2018 jul 2]; 29(2):176-83. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

---

Recebido em 26/10/ 2017

Aprovado em 04/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Controle social e avaliação de desempenho de sistemas de saúde em tempos de *webcontrol*

*Social control and performance evaluation of health systems in times of webcontrol*

Leonardo Carnut<sup>1</sup>, Paulo Capel Narvai<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811817

**RESUMO** Este ensaio teve como objetivo indagar sobre a forma como, no Brasil, o controle público ('controle social') está sendo feito, especialmente na contemporaneidade, quando a internet entra como um elemento a tornar ainda mais complexos os caminhos para o efetivo exercício do controle do desempenho das políticas de saúde. Para tanto, abordam-se as características do desempenho desse tipo de controle público nas ciências administrativas e sua influência nos processos de avaliação em saúde, a complexidade implicada na opção de tomar os 'sistemas de saúde' como 'objetos' da avaliação de desempenho e, ainda, a capacidade do sujeito contemporâneo de participar desse tipo de 'controle social' em sua forma virtual. Uma possibilidade sugerida para esta participação, sem necessariamente se institucionalizar, pode ter como ponto de partida a elaboração da opinião coletiva oriunda da captura e do processamento das percepções individuais disponibilizadas sobre os desempenhos, em todos os sítios eletrônicos na 'web'.

**PALAVRAS-CHAVE** Sistema Único de Saúde. Democracia. Participação da comunidade. Sociologia. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** *This essay aimed at inquiring how, in Brazil, public control ('social control') is being done, especially in contemporaneity, when the internet enters as an element to make even more complex the ways to the effective exercise of the control of health policy performance. For this purpose, the characteristics of performance of this kind of public control in administrative sciences and their influence on health assessment processes were addressed, the complexity involved in the option of taking 'health systems' as 'objects' of performance evaluation and, still, the ability of the contemporary subject to participate in 'social control' in its virtual form. A suggested possibility for this participation, without necessarily being institutionalized, may have as its starting point the elaboration of the collective opinion derived from the capture and processing of the individual perceptions made available on the performances, in all the electronic sites in the 'web'.*

**KEYWORDS** *Unified Health System. Democracy. Community participation. Sociology. Health evaluation.*

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>  
[leonardo.carnut@gmail.com](mailto:leonardo.carnut@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4769-6896>  
[pcnarvai@usp.br](mailto:pcnarvai@usp.br)

## Introdução

No contexto histórico das reformas institucionais que ganharam curso no Brasil, na esteira do movimento Diretas Já, que pôs fim politicamente à ditadura civil-militar instalada com o golpe de Estado de 1964, a expressão ‘controle social’ emergiu no âmbito da Reforma Sanitária e se consolidou, no jargão popular, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 (CF-88).

Os anseios por colocar as políticas públicas sob o controle democrático da população levaram à inscrição na Carta Magna de 1988 do princípio doutrinário da ‘Participação da Comunidade’ nos assuntos atinentes ao SUS, em todos os entes federativos. A Lei Federal nº 8.142/1990 regulamentou as formas dessa participação, por meio de conferências e conselhos de saúde, em níveis nacional, estadual e municipal.

A essa forma de participação, conselheiros de saúde, sobretudo, passaram a denominar ‘controle social’<sup>1</sup>, com a perspectiva de afirmar que não bastava que houvesse controle pelos três poderes da República, tal como é a missão dos poderes Legislativo e Judiciário, e dos órgãos de controle do próprio poder Executivo (de auditoria e controle, por exemplo), mas que, ademais esses mecanismos rotineiros, houvesse também, institucionalizado, o controle por parte de entidades e movimentos variados que, no cotidiano da vida social, expressam interesses populares, também reconhecidos como ‘sociais’.

O uso acabou por consagrar a expressão ‘controle social’ com a acepção de exercício do controle, pela sociedade civil, sobre as ações do Estado, notadamente as políticas públicas, não obstante o amplo reconhecimento no âmbito das ciências sociais de que a expressão ‘controle social’ tem o papel de se referir ao controle que o Poder, e de modo contemporâneo, o Estado, realiza sobre o conjunto da sociedade como instrumento de coerção social, sempre acompanhado de mecanismos persuasórios destinados ao

convencimento de todos sobre a inevitabilidade da medida coercitiva, e de que o que se faz é feito em benefício e para a proteção de todos. A despeito, portanto, do fato de que antes da emergência histórica das formas contemporâneas de Estado, as práticas de ‘controle social’, como expressões de poder, sejam identificadas e reconhecidas na maioria das formações sociais<sup>2</sup>.

No Brasil, o período histórico que se seguiu à promulgação da CF-88 produziu um importante esvaziamento do impulso reformista das lutas democráticas pelo fim da ditadura, conforme ampla literatura que registra o progressivo fenecimento do SUS e as dificuldades para a consolidação do sistema de seguridade social do qual é parte, bem como outras políticas públicas orientadas à garantia de direitos sociais, como a educação e a habitação popular, para citar apenas alguns setores.

Em tal cenário, oposto ao idealizado por lideranças políticas identificadas com os interesses populares (‘sociais’), a ‘Participação da Comunidade’ prevista na CF-88 vem sendo apenas tolerada, por exigência legal, mas é sistematicamente alijada de qualquer tipo de protagonismo nas decisões que dizem respeito à saúde dos brasileiros – e não somente do SUS. Além disto, muitos conselhos de saúde são manietados, vítimas de nepotismo e da integração, em seus quadros, de conselheiros ineptos, urdidos pelo poder Executivo. Restam, destas deformações, apenas aparências de protagonismo por representantes da sociedade civil, falsificando-se o Estado Democrático de Direito<sup>3</sup>.

Não obstante, a tese da ‘Sociedade Civil que controla a Administração Pública’ defendida pela saúde coletiva, em uma nova roupagem, também tem sido defendida pelo pensamento administrativo pós-burocrático<sup>4</sup> (que basicamente aposta na ‘contingência’ dos ambientes), especialmente aquele receitado pelo que se vem denominando ‘gerencialismo’<sup>5</sup>. Contudo, são escassas as análises, no Brasil e em outros países, sobre o sujeito contemporâneo que compõe a



sociedade civil, raramente indagando-se sobre a capacidade que ele teria para efetivamente controlar as ações do Estado.

A própria acepção de ‘sociedade civil’, a depender do autor em que se afilia a análise, já enseja debates acadêmicos profundos<sup>6</sup>. Mesmo sob esta intensa pluralidade, há algum consenso de que é na esfera da sociedade civil que ocorre a formação do poder ideológico, e que este é expresso (tanto em forma como em conteúdo) na versão de ‘controle social’ formulada por lideranças sociais, sanitaristas e gestores adeptos do ‘gerencialismo’.

Admite-se que tal poder ideológico seja, em parte, produto da opinião coletiva dos sujeitos interessados em debates públicos, podendo ser compreendido como a expressão pública da gradação existente entre consenso-dissenso a respeito das instituições (e seus atos), transmitidas através da imprensa, do rádio, da televisão e contemporaneamente, através das redes sociais<sup>7</sup>.

É possível afirmar, portanto, que, neste tempo social no qual o debate sobre o direito à saúde vem ganhando relevo, haja um conteúdo elaborado pelos sujeitos interessados no tema do ‘Desempenho das Políticas Públicas de Saúde’ como forma de efetivação deste direito. Em outras palavras, é relevante conhecer a qualidade do discurso destes sujeitos que compõem o conteúdo do ‘controle social’, tal como se efetiva contemporaneamente no Brasil.

A análise do ‘controle social’, tal como se dá concretamente no País, no contexto histórico da ‘Sociedade da Informação’ aberta pelos avanços na tecnologia de informação e, sobretudo, com o advento da rede mundial de computadores (internet; ‘web’), e, ainda, com sua popularização a partir dos anos 1990, requer considerar que um novo sujeito ‘produtor-produzido’ ‘de/pelo contemporâneo’ se faz presente.

Há, portanto, mudanças impostas nos processos e na qualidade do ‘controle social’, notadamente a partir das décadas iniciais do século XXI. Abre-se, então, aos diferentes

segmentos, grupos e até mesmo classes sociais, um cenário em que aportes de dados e informações, sequer cogitados há alguns anos, alteram profundamente a capacidade de julgar as decisões e as atividades realizadas pela administração pública à luz da reconfiguração do Estado brasileiro.

Fundamental no debate sobre a capacidade desse sujeito da sociedade civil de alterar a qualidade do ‘controle social’ sobre as políticas públicas é o modo como são acessados e utilizados dados e informações. No século XXI, a informação aparece a serviço de uma ‘nova ordem’ que a subsuma à racionalidade econômica neoliberal fundamentalmente através do excesso de informação que se transforma em ruído<sup>8</sup>, e na instantaneidade da informação por oposição ao seu processamento histórico<sup>9</sup>.

Ademais, a ausência da intersubjetividade na formulação das opiniões individuais e na construção da opinião coletiva tende a gerar representações sociais que massificam ideias cada vez menos expostas ao contra-argumento. Isto torna a informação um reflexo de quem domina os meios de comunicação em massa, fazendo com que certos enunciados se transformem em ideologias<sup>10</sup>.

É nesse cenário que a questão da natureza do sujeito contemporâneo<sup>11,12</sup> e seu (des) interesse pelo debate público traz à baila o impasse a respeito do ‘adequado controle’ da sociedade civil sobre as formas de organização das políticas públicas, no que se convencionou denominar ‘Estado gerencial’<sup>13</sup>.

Não é demasiado reiterar, com Touraine<sup>14</sup>, que o sujeito ‘democrático’ é refém da aguda complexificação das estruturas sociais modernas. Logo, o cenário social lhe aparece inseguro e sua decodificação pouco atrativa. A forma de reprodução do poder econômico no interior do Estado e o conflito com os trabalhadores que executam as políticas são algumas dessas querelas nas quais a sociedade civil parece não lhe dar o assento principal, deslocando o foco para o entorno que lhes é cotidiano<sup>15</sup>.

Diante do exposto, este ensaio indaga sobre a forma como o ‘controle social’ está sendo feito, especialmente na contemporaneidade, quando a internet entra como mais um elemento que complexifica essa discussão. A problematização transita na dúvida sobre se o ‘controle social’ se torna mais qualificado no exercício de autonomia e emancipação pela sociedade civil ou se, ao contrário, ajusta-se como nova forma a práticas hegemônicas de controle, tutela e dominação.

Com esse objetivo, coloca-se o foco no exercício do ‘controle social’ sobre uma dimensão de particular interesse para o tema, consubstanciado no que se pode denominar ‘Desempenho das Políticas de Saúde’, para além da institucionalidade do SUS, à luz do que vem sendo chamado de *webcontrole*.

Tal reflexão foi motivada, e tomou como exemplo, o conteúdo trazido pela política de ‘Avaliação de Desempenho’ na saúde, impulsionada pelo governo federal brasileiro e viabilizada no âmbito da implantação de mecanismos de ‘Governo Eletrônico’ (<https://www.governoeletronico.gov.br>), como parte da Estratégia de Governança Digital (*‘e-government’*), com a finalidade de promover acesso às informações, melhorar os serviços públicos digitais e ampliar a participação social.

É pertinente lembrar que uma expressão pública na saúde dessa política foi a criação e aplicação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), cujo objetivo central foi gerar um valor-síntese, numérico, sobre o desempenho do SUS, nas três esferas de gestão, com o propósito de possibilitar a elaboração de uma classificação hierárquica para orientar gestores e a opinião pública sobre os sistemas de saúde.

## A medição do desempenho e a avaliação em saúde

Um objeto de medição pode ser, muitas vezes, de difícil interpretação para a sociedade civil

e seus sujeitos. Veja-se, por exemplo, como a literatura de base ‘gerencialista’ vem desenvolvendo a noção de ‘desempenho’ e, também, o que a Saúde Pública identifica, rotineiramente, como sendo ‘avaliar’ em saúde.

É uma tradição na saúde pública, e mesmo sob o paradigma mais recente da saúde coletiva, o uso (‘avaliação’) dos resultados alcançados pelas organizações. Captar o que se tem chamado de ‘desempenho’ nos equipamentos de saúde tem se tornado o fim último daqueles que creem nestes mecanismos para avaliar o cumprimento de suas missões. Assim, o debate acerca dos Sistemas de Medição de Desempenho tem sido suscitado para caracterizar as atuações desses serviços, em diferentes contextos e conjunturas<sup>16</sup>.

Para os teóricos da área da administração, um Sistema de Medição de Desempenho Organizacional parece ser uma tendência crescente na administração pública<sup>17</sup>, especialmente por contribuir para o alinhamento dos serviços às estratégias governamentais. Para tanto, a formulação dos indicadores e suas potências para descreverem o que é essencial ao ‘desempenho’ aparece como tarefa a ser realizada com muita cautela.

Lohman, Fortuin e Wouters<sup>18</sup> estão entre os autores para os quais um Indicador de Desempenho é uma variável que demonstra quantitativamente a eficácia, ou a eficiência, ou ambas, de parte ou do todo de um processo ou sistema, frente a uma determinada norma ou objetivo. Por esta razão, tal indicador é também chamado de Métrica de Desempenho.

Um ‘indicador’ ou ‘métrica’ permite monitorar o desempenho das ações voltadas a materializar as estratégias, criando, assim, um elo entre o planejado e o realizado, relação que envolve estratégia, ação e mensuração. Um Sistema de Mensuração de Desempenho – ou Performance Measurement System (PMS) – pode ser entendido, portanto, como um ‘conjunto’ dessas métricas quando aplicadas à quantificação da eficiência e à eficácia de ações organizacionais<sup>19</sup>.

A medição do desempenho apresenta

algumas vantagens. Segundo Atkinson, Waterhouse e Wells<sup>20</sup>, estas podem monitorar a implementação de seus planejamentos e determinar quando eles não estão tendo êxito, além de como melhorá-los. Outros<sup>21</sup> afirmam que precisam estar alinhadas com as prioridades estratégicas, sob o prisma de ‘controle do alinhamento’. A evolução dos Sistemas de Mensuração de Desempenho vem se delineando de modo a acompanhar a forma de operar das organizações que têm concentrado seus processos em formato de ‘cadeias’ ou em ‘redes’. Esta última, muito familiar às práticas da saúde pública e, no Brasil, incorporada na sua racionalidade gerencial, nos últimos 20 anos<sup>22</sup>.

Contudo, as medidas de desempenho apresentam algumas desvantagens. A mais citada relaciona-se com a ‘definição de indicadores coerentes com suas práticas’, ou seja, que traduzam as dimensões do processo sob avaliação<sup>23</sup>. Outra muito recorrente em empresas com foco no mercado é o abuso de indicadores financeiros como medidas que sumarizam o desempenho. Por isto, cada vez mais medidas não financeiras vêm sendo usadas para caracterizar o desempenho, tais como: participação de mercado, satisfação dos clientes, inovação e desenvolvimento de novos produtos e rotatividade de empregados<sup>24-26</sup>.

Neely<sup>27</sup> apresenta um rol de princípios para a elaboração de indicadores a serem usados nos Sistemas de Mensuração de Desempenho: a) as métricas ou indicadores devem ser diretamente relacionadas com as estratégias; b) indicadores não financeiros devem ser adotados; c) deve ser reconhecido que indicadores variam por departamentos ou locais; d) deve ser reconhecido que indicadores mudam, assim como as circunstâncias; e) os indicadores devem ser simples e fáceis de usar; f) os indicadores devem oferecer ‘feedback’ rápido; e g) os indicadores devem ser concebidos de modo a estimular a melhoria contínua, e não apenas como meros monitores.

Em que pese à relevância do pensamento

‘gerencialista’ para facilitar a captura de processos organizacionais (entendendo-se os serviços de saúde como um tipo de organização), pode-se dizer que suas características não são triviais quando o desempenho é avaliado pelo sujeito comum.

A saúde pública considera tradicionalmente a avaliação como um instrumento gerencial<sup>28</sup>. Reconhecidamente essencial na tomada de decisões, a avaliação gerencial padece, contudo, de subutilização derivada de uma cultura avaliativa pouco institucionalizada. Nesse contexto, o que esperar da avaliação advinda do ‘controle social’? Parece razoável admitir que tende a reproduzir abordagens assentadas na teoria e na prática ‘gerencialista’, notadamente em um contexto em que o acesso a dados e a variados sistemas de informação em saúde amplia-se de modo formidável, ainda que na perspectiva do *web*controle.

Esse aspecto, relacionado com o rumo que o controle público das políticas de saúde tomará nos próximos anos, e o papel que assumirá o *web*controle nesses processos, apenas reproduzindo práticas de cunho ‘gerencialista’ ou, opondo-se a elas, criando novas possibilidades avaliativas referenciadas em concepções não gerencialistas, emerge como um desafio de importância estratégica, influenciando também o projeto de Governo Eletrônico e, em última instância, a própria democracia, como base do Estado de Direito.

Não é exagero admitir que uma nova onda de avaliação da sociedade civil sobre as práticas gerenciais emergirá como imperativo das lutas pelo aprofundamento da democracia e da transparência das ações do Estado, seja em qual regime político ou modo de produção for, já que o acesso à informação é elemento central no avanço das forças produtivas. A saúde pública, enquanto campo de conhecimentos e práticas, não poderá esquivar-se disto.

Ademais, é preciso considerar que, para além de uma função administrativa, avaliar é

uma ação cotidiana que todos os sujeitos realizam diuturnamente em suas vidas, uma vez que valoram e comparam constantemente<sup>28</sup>. Assim, ‘avaliação’ em sentido *lato* corresponde ao significado de ‘atribuir juízo de valor a algo’<sup>29</sup>. Nesta perspectiva, deve-se considerar que o denominado ‘controle social’ é, simultaneamente, sujeito e objeto, pois se, de um lado, tem a atribuição de ‘avaliar’ os mais diferentes aspectos relacionados com a saúde das populações (é, portanto, sujeito), de outro lado, é, ele próprio, objeto de processos avaliativos variados, nos quais pode ser tomado como um conjunto de informações sobre o passado para guiar a ação futura<sup>30,31</sup>.

## Os sistemas de saúde como ‘objetos’ da avaliação de desempenho

Os termos ‘avaliação’ e ‘desempenho’ são percebidos diferentemente por diversos autores, modelos analíticos e pela sociedade civil. Situação similar ocorre quando se trata da percepção do que sejam ‘sistemas de saúde’, pois há importantes divergências entre autores e disciplinas científicas. Por esta razão, não é banal, nem simples formalidade, apenas juntar tais termos em uma única expressão (‘avaliação – desempenho – sistemas de saúde’) e empregá-la em processos comunicativos, sem mais explicações. É, porém, muito frequente que os que fazem uso da expressão ‘Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde’ não explicitem os conteúdos que lhe são subjacentes, em seus respectivos contextos analíticos, ainda que suas concepções venham se refinando ao longo do tempo<sup>32</sup>.

Segundo Roemer<sup>33</sup>, ‘sistemas de saúde’ são estruturas de serviços baseadas em uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culminam na prestação de serviços de saúde para a população. Outro autor<sup>34</sup>, afirma que são respostas sociais organizadas deliberadamente para

responder às necessidades, demandas e representações ‘de saúde’ [inserção nossa] das populações, em determinada sociedade, em certo tempo. Em síntese, outros autores<sup>35-38</sup> dizem que se trata do conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população.

Quanto aos seus componentes, afirma-se que os sistemas de saúde são constituídos pelos seguintes componentes: a) modelo de atenção; b) financiamento; c) infraestrutura; d) organização; e e) gestão. Uma proposição mais abrangente, outros identificam que os sistemas de saúde dependem de ‘componentes’ que interagem através de suas ‘funções’<sup>39</sup>.

Por essas razões, ao avaliar sistemas, é necessário estabelecer claramente a diferença entre ‘sistemas de saúde’ e ‘sistemas de serviços e cuidados em saúde’<sup>40</sup>. Os primeiros são muito mais abrangentes e se referem à saúde em um sentido ampliado, como resultado de uma interação complexa de um conjunto de fatores/ações de diversos sistemas sociais<sup>41</sup>. Contudo, os sistemas de saúde não têm responsabilidades diretas, ou governabilidade, sobre o conjunto das condições sociais, econômicas, culturais e demográficas que afetam a capacidade das pessoas de viverem bem e por muito tempo.

De fato, em estudos que buscam avaliar os sistemas de saúde, o foco tende a recair sobre os ‘sistemas de serviços e cuidados’, o que faz com que apresentem grande proximidade com as análises de políticas e com os estudos de serviços de saúde. Isto ocorre porque esses estudos usam praticamente os mesmos recursos disciplinares, como a epidemiologia, a economia, as ciências sociais e humanas, e a administração.

Essa interação, em busca de uma abordagem interdisciplinar, é positiva e contribui para o conhecimento dos sistemas de saúde. No entanto, há necessidade de distingui-los. As análises de políticas de saúde priorizam as relações políticas e institucionais entre os atores da área de saúde, enquanto as

avaliações de serviços de saúde priorizam o conhecimento dos efeitos das ações das instituições prestadoras de serviços de saúde sobre as condições de vida e saúde das populações.

Estes aspectos devem ser levados em consideração ao se avaliar sistemas de saúde, pois esse propósito implica em enfrentar a dificuldade operacional relacionada com a definição de ‘desempenho’, tendo por referência ‘sistemas de saúde’. Basta pensar que os sistemas de saúde lidam com diversas organizações, cuja maioria tem obrigações centradas nos usuários, com a produção de múltiplos ‘produtos’.

Os sistemas de saúde têm uma orientação fortemente focada no processo, e sua produção frequentemente é confundida com a de outros coprodutores de saúde. Ainda, os seus produtos são entrelaçados por causalidades desconhecidas, por isso, definir o que é ‘desempenho’ neste contexto constitui-se em algo fugidio e bastante desafiador em termos metodológicos, uma vez que há, frequentemente, incorporação e exclusão de unidades de serviços, implicando em mudanças que podem alterar, em maior ou menor grau, a estrutura e a dinâmica dos sistemas.

Com os problemas enfrentados pelo SUS no seu desenvolvimento, a experiência da gestão brasileira tem advogado pela tomada de decisão ‘mais objetiva’, abrindo espaço para firmar a ‘nova administração pública’ focada em resultados<sup>42</sup>, envernizando sua retórica e alinhando-a aos princípios da universalidade, integralidade e equidade<sup>43</sup>.

Assim, o desempenho tem se tornado uma preocupação central dos tomadores de decisão de políticas públicas e gerentes, no período histórico do final do século XX e nas décadas iniciais do século XXI. A lógica do ‘desempenho’ tem sido a ‘palavra de ordem’ das abordagens de gerenciamento de serviços públicos (especialmente, em serviços de saúde)<sup>44</sup>.

Mesmo um dos poucos consensos da literatura afirmando que os ‘resultados’ esperados de quaisquer sistemas de saúde são a melhoria das condições de saúde de

seus cidadãos, a capacidade de resposta às necessidades individuais e preferência dos usuários, a proteção financeira oferecida pelo sistema de saúde e a produtividade da utilização dos recursos de saúde<sup>45</sup>, a gestão federal insiste no uso do desempenho focado, de modo evidentemente restrito, na produtividade como mecanismo de perdas e ganhos de incentivos.

Esse é o caso do Programa de Melhoria da Avaliação da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo modelo de avaliação de desempenho coloca seu foco avaliativo em nível ‘micro’ (equipes de saúde), em apenas um nível de atenção (atenção básica à saúde) e, com uma matriz metodológica de inspiração ‘donabediana’, utiliza indicadores de estrutura, processo e satisfação do usuário<sup>46</sup>.

Outro modelo, criado em 2012, foi o IDSUS, cuja proposta avaliativa implica analisar o desempenho a partir do cruzamento de indicadores simples e compostos aplicados aos entes federativos: Municípios (organizados ou não em regiões de saúde), Estados e União. O IDSUS coloca seu foco no ‘desempenho’ e busca operacionalizar os quesitos de ‘eficiência’ e de ‘acesso aos serviços de saúde’ nos diversos níveis do sistema e em alguns elementos de determinação social da saúde<sup>47</sup>. Enfatiza-se a produtividade, a qual serve de parâmetro para a alocação de incentivos financeiros para sistemas regionais.

Tanto o IDSUS quanto o PMAQ-AB foram desenvolvidos sem levar em conta a experiência do Programa de Avaliação de Desempenho para Sistemas de Saúde (Proadess), desenvolvido a partir de pesquisas do Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia (Icict), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), baseando-se no marco teórico das desigualdades em saúde<sup>48</sup>.

Não obstante o valor que se possa atribuir a essas iniciativas avaliativas com origem na gestão nacional do SUS, o fato crucial relativo a esses processos de avaliação mencionados é que a essência do que se toma por ‘desempenho’ é questionável, especialmente

se o questionamento não se restringe aos métodos e às técnicas empregados, mas é dirigido, epistemologicamente, ao objeto (o quê) esses processos avaliativos, com os instrumentos empregados, estão se propondo a medir, com vistas à avaliação.

Cabe enfatizar que as características básicas dos processos de avaliação do desempenho não estão explicitadas nas formulações desses processos avaliativos, deduzindo-se que seu significado é tácito, não requerendo explicitação. Porém, o próprio sentido de ‘desempenho’ não está suficientemente esclarecido como expressão dos indicadores utilizados em ambos os processos. A principal consequência dessa indefinição é a possibilidade de enviesamentos metodológicos de vários tipos em estudos e análises sobre ‘desempenho’, a partir desses processos avaliativos, com possibilidades de lhes comprometer o propósito que os enseja, isto é, prestarem-se a efetivamente avaliar algo.

Outro aspecto deve ser acrescentado às considerações sobre esse tipo de avaliação enquanto política pública: a polissemia da palavra ‘resultado’. A tendência, na denominada ‘gestão por resultados’, é compreender os ‘processos’ de produção de ações e serviços, tangíveis de modo imediato, como ‘resultados’ desses sistemas. Uma dificuldade para esta concepção e abordagem avaliativa é que sistemas de saúde geram resultados tangíveis, portanto mensuráveis, mas, na maior parte das vezes, resultados intangíveis e, portanto, não mensuráveis imediatamente – e, por vezes, nem mediadamente.

Em face a essa problemática sobre o desempenho de sistemas de saúde, é bastante razoável que se considere que a apreciação de tais resultados é dúbia, quando não completamente equivocada. A apreensão do que é ‘resultado’ de um determinado ‘sistema’ – portanto, a ele atribuível é praticamente inseparável dos efeitos concomitantes de outras políticas às quais o ‘resultado’ também pode ser atribuído, no todo ou em parte. Assim, admitir que um certo

‘resultado’ decorra (apenas) do ‘desempenho’ de um ‘sistema’ e, portanto, atribuir ao ‘sistema’ o estatuto de responsabilidade por determinado efeito será sempre uma afirmação, pelo menos, questionável.

Por isso, é necessário cautela também ao se falar sobre o ‘controle social sobre o desempenho de sistemas de saúde’. Especialmente, em termos do ‘conteúdo’. Muitos conceitos são difusos e polissêmicos, e precisariam ser bem esclarecidos ou consensuados socialmente. O desempenho dos sistemas de saúde como ‘objetos’ de controle parece requerer da sociedade civil muito mais qualidade na disseminação e no processamento da informação do que no controle de outros objetos e produtos. Dificuldade adicional pode decorrer, em determinados contextos, do fato de que sujeitos interessados em realizar o ‘controle social’ sobre o ‘desempenho’ de um dado ‘sistema de saúde’ se utilizam da virtualidade como forma cotidiana de informação.

## O sujeito, a participação e a forma virtual

Um argumento bastante repetido, relacionado com a busca incessante por resultados (e, conseqüentemente, pelo desempenho), advém do princípio da participação dos cidadãos no controle (externo) do Estado, por meio da apreciação do desempenho da administração pública<sup>49</sup>.

Também conhecida na ciência política como ‘*accountability* vertical’<sup>50</sup>, a incorporação desse tipo de ‘controle social’ e de responsabilização da administração pública pelo desempenho aparece como uma promessa de substituição de um modelo no qual impera o controle burocrático para outro no qual se estabelece o controle ‘a posteriori’ de resultados da ação governamental, e no qual a sociedade participaria da definição de suas metas e dos indicadores de desempenho, assim como da avaliação direta dos bens e serviços públicos<sup>51</sup>.



É a partir dessa perspectiva que o ‘gerencialismo’ pretende preencher um vácuo teórico e prático, captando as principais tendências presentes na opinião pública (*webcontrole*), entre as quais se destacam o controle dos gastos públicos e a demanda por melhor qualidade dos serviços públicos, assim como promover o exercício do aprendizado social com a esfera pública, criando uma ‘nova cultura cívica’, que congregue políticos, funcionários e cidadãos<sup>52</sup>.

Contudo, resta o questionamento sobre as formas com que essa opinião pública pode controlar as ações do Estado, mesmo em contextos de aparente democracia, ou democracia deformada, uma vez que é notória a assimetria entre o poder de agentes econômicos e de organizações comunitárias, para ficar em apenas um exemplo sobre as dificuldades e desafios postos aos interessados em radicalizar as experiências de aprofundamento do ‘controle social’ no Estado contemporâneo.

No período histórico da primeira metade do século XXI, a constituição dos sujeitos portadores de direitos postula a diferença como compatível à igualdade, bem como suas implicações mais imediatas, que dizem respeito a como conciliar o individualismo que fundamenta a noção moderna de cidadania com as demandas crescentes por direitos de minorias, ou direitos coletivos, como é o caso da saúde<sup>53</sup>.

Nos argumentos do ‘gerencialismo’, a cidadania está relacionada com o valor de *accountability*<sup>50</sup>. Isso requereria a participação ativa da sociedade civil, desde a escolha dos dirigentes até o momento da elaboração das políticas, e na avaliação dos serviços públicos. Entretanto, o ato de controlar as políticas públicas parece ser realizado por um tipo de sujeito ‘consumidor’, que é, no mais das vezes, um cidadão passivo.

Há uma convergência da literatura sobre os objetivos da avaliação e sua relação com a criação e o fortalecimento de mecanismos de *accountability* na administração pública. Não por acaso, a ideia de que quanto mais perto o cidadão estiver do poder de decisão

com relação às políticas públicas, melhor será a qualidade da prestação do serviço e, de fundamental importância, maior será o grau de *accountability*<sup>51,53</sup>.

Constata-se, contudo, uma escassez de análises empíricas ou pesquisas sistemáticas acerca das relações causais e das condições que estruturam essa suposta relação entre avaliação do desempenho de políticas públicas e a promoção de maior transparência e criação de mecanismos de *accountability*<sup>51</sup>.

Admitindo-se o sujeito contemporâneo como o sujeito que parece mais afastado da sua integração com os seus ou da sua capacidade de gerar mudança, é que a questão do controle das instituições do Estado – incluindo as políticas públicas – pelos sujeitos da sociedade civil (‘controle social’) se torna crítica.

A menção à ideia de ‘sujeito’ remete à imagem Iluminista do indivíduo identificado com a Razão, afastando fantasmas e explicações metafísicas, cuja consciência é a presença no indivíduo (ou em um grupo de indivíduos) de representações de si que contenham juízos de valor morais sobre as condutas desse indivíduo ou grupo<sup>54</sup>.

Contudo, sob o rótulo da individualização, a importância da ideia de sujeito para uma ação coletiva vem se reconfigurando, tendo implicações profundas no que se entende por *accountability*. Ser sujeito na contemporaneidade é esta chamada de si para si, esta palavra dirigida a si mesmo, que só aparece quando a ação humana é capaz de criar um mundo inteiramente artificial, como as redes de comunicação, por exemplo, que fazem desaparecer gradualmente os sujeitos nas obras da atividade coletiva<sup>53</sup>.

Nessa situação, a interface entre sujeitos e instituições políticas, que alguns autores denominam ‘nova cidadania’ ou ‘cidadania de sujeitos em redes’, é uma realidade palpável e em expansão na assim denominada ‘Sociedade da Informação’, com destaque para a participação, predominantemente opinativa, estimulada por redes virtuais como Twitter, Facebook e outras<sup>55,56</sup>.



Esse tipo de participação tem ampliado a visibilidade pública dos eventos políticos, com grande repercussão através das mídias, mas sem garantia de continuidade de engajamento mobilizatório, devido à fugacidade do seu comprometimento político<sup>56</sup>.

## À guisa de conclusão

Para além da ideia de Governo Eletrônico (*'e-government'*), consubstanciada em iniciativas como consultas públicas, ouvidorias digitais, acompanhamentos de protocolos de processos administrativo-legais, entre outros aspectos que buscam garantir o 'controle social' nos serviços públicos, cabe indagar como a sociedade civil pode massivamente participar, sem necessariamente se institucionalizar, compondo como parte de estratégias que tenham como fim o aprofundamento e a radicalização da democracia.

Nessa perspectiva, sob a égide da individualização, a radicalidade da ideia de participação deve ser repensada, buscando-se aprofundar as possibilidades de controle de políticas públicas pela sociedade civil, a partir da elaboração da opinião coletiva oriunda da captura e do processamento das

percepções individuais disponibilizadas em todos os sítios eletrônicos na *'web'*, a rede mundial de computadores.

O caso concreto da política de avaliação de desempenho no SUS, que se materializa pelas iniciativas IDSUS e PMAQ-AB, é exemplar a esse respeito, na medida em que expressa toda a complexidade inerente ao processo de mensuração, que transita entre o objeto, o conteúdo e a forma. Neste contexto, a opinião coletiva pode facilmente servir de ratificadora do que está sendo proposto sem que, necessariamente, seja captada e processada criticamente a essência do que está sendo posto a julgamento público.

Conferir a esse 'controle público' a qualidade que se espera dele, nos marcos do *webcontrole*, implica admitir a emergência e a criação de outros significados, mais desafiadores, do que se pode entender como 'controlar a administração pública'. Implica também, portanto, promover e conviver com outros padrões, inovadores por certo, de gestão participativa da *'res publica'*, ainda que em um tempo histórico de hegemonia do capital financeirizado, a tutelar o Estado, deformando o significado mais profundo da democracia. ■

## Referências

- Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE; IBAN; 1995.
- Berger PL. Perspectivas sociológicas: uma visão humanística. 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
- Martins PC, Cotta RMM, Mendes F et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*. 2008;18(1):105-121.
- Secchi L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Rev. Admin. Pública*. 2009; 43(2):347-369.
- Paula APP. Um modelo de gestão em crise. In: Paula APP. Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV; 2005. p. 81-102.
- Bobbio N. Estado governo e sociedade: por uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- Rothberg D. Por uma agenda de pesquisa em democracia eletrônica. *Opin. Pública*. 2008; 14(1):149-172.
- Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- Dias FN. Os sistemas de conhecimento patológico e a nova ordem. Lisboa: Instituto Piaget; 2013.
- Ricouer P. Hermenêutica e ideologias. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
- Elia L. O conceito de sujeito. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2004.
- Touraine A. Igualdade e diversidade: o sujeito democrático. Bauru: EDUSC; 1998.
- Pires V. O controle social da administração pública: entre o político e o econômico. In: Guedes AM, Fonseca F, organizadores. Controle social da administração pública: cenário, avanços e dilemas no Brasil. São Paulo: Cultura Acadêmica; Rio de Janeiro: FGV; 2007. p. 17-42.
- Beck U. Ciência para além da verdade e do esclarecimento? Reflexividade e crítica do desenvolvimento científico. In: Beck U. Sociedade de Risco. Rumo a uma outra modernidade. São Paulo: 34; 2010. p. 235-247.
- Arato A. Representação, soberania popular e accountability. *Lua Nova*. 2002; 55(56):85-103.
- Motta PR. Modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos. *Rev. Admin. Pública*. 2007; 41(esp):87-96.
- Kaplan RS, Norton DP. A estratégia em ação: balanced scorecard. 13. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
- Lohman C, Fortuin L, Wouters M. Designing a performance measurement system: a case study. *Eur. J. Oper. Res*. 2004; 156(2):267-286.
- Neely A, Gregory M, Platts K. Performance measurement system design – a literature review and research agenda. *Int. J. Oper. Prod. Manag*. 2005; 25(12):1228-1263.
- Atkinson A, Waterhouse J, Wells R. Stakeholder approach to strategic performance measurement. *Sloan Manag. Review*. 1997; 38(3):25-37.
- Bititci U, Tuner T, Begemann C. Dynamics of performance measurement systems. *Int. J. Oper. Prod. Manag*. 2000; 20(6):692-704.
- Mendes EV. Redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(5):2297-2305.
- Busanelo EC. Um panorama dos estudos sobre avaliação de desempenho logístico: indicadores e sistemas de mensuração. In: Anais XXXV Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro: Anpad; 2011 [acesso em

- 2017 jan 31]. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GOL2971.pdf>.
24. Verbeeten F, Boons A. Strategic priorities, performance measures and performance: an empirical analysis in dutch firms. *Eur. Manag. J.* 2009; 27:113-128.
  25. Fitzgerald L, Johnston R, Brignall S. Performance measurement in service business. London: CIMA, 1991.
  26. Meirelles DS. O conceito de serviço. *Rev. Econ. Política.* 2006; 26(1):119-136.
  27. Neely A. The performance measurement revolution: why now and what next? *Int. J. Oper. Prod. Manag.* 1999; 19(2):205-228.
  28. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):821-828.
  29. Aguilar MJ, Ander-Egg E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes; 1994.
  30. Arnold M. Evaluation: a parallel process to planning. In: Arnold M. *Administering health systems: issues and perspectives.* Chicago: Aldine; 1971.
  31. Oliveira ABR, Silva UB, Bruni AL. Gerencialismo e desafios contemporâneos da gestão dos custos públicos no Brasil. *Rev. Estud. Contáb.* 2012; 3(5):63-82.
  32. Hoffman S, Røttingen JA, Bennett S, et al. Background paper on conceptual issues related to health systems research to inform a WHO global strategy on health systems research. Geneva: WHO; 2012 [acesso em 2016 dez 16]. Disponível em: [http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr\\_backgroundpaper\\_hsrstrat1.pdf](http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_backgroundpaper_hsrstrat1.pdf).
  33. Roemer M. *National Health Systems of the World.* Oxford: Oxford University Press; 1991.
  34. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
  35. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origem, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 89-120.
  36. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
  37. World Health Organization. *Strengthening health systems to improve health outcomes.* Geneva: WHO; 2007.
  38. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al. *organizadores. Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 563-613.
  39. Kleczkowski B, Roemer M, Werff A. *National health systems and their orientation towards health for all: guidance for policy-making [internet].* Geneva: WHO; 1984 [acesso em 2013 fev 17]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41638/1/WHO\\_PHP\\_77.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41638/1/WHO_PHP_77.pdf).
  40. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde; 2011.
  41. Lévesque JF, Bergeron P. De l'individuel au collectif: une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Rupture – Rev. Transdiscipl. Santé.* 2003; 9(2):73-89.
  42. Garces A, Silveira JP. *Gestão pública orientada por resultados no Brasil.* *Rev. do Serv. Público.* 2002; 53(4):53-77.
  43. Tanaka OY, Tamaki E, Felisberto E. Os desafios da avaliação na gestão do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):818-818.
  44. Exworthy M. *The performance paradigm in the En-*

- glish NHS: potential, pitfalls, and prospects. *Euro-health*. 2010; 16(3):16-19.
45. 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*. Cambridge: European Observatory; 2012 [acesso em 2012 mar 30]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/135970/E94887\\_Part\\_I.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135970/E94887_Part_I.pdf).
  46. Brasil. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*. 19 jul. 2011.
  47. Brasil. Ministério da Saúde. PROADESS – Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Relatório final 64 2 (versão para discussão). Laboratório de Informações em Saúde – LIS, Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia – ICICT. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
  48. Brasil. Ministério da Saúde. IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2011.
  49. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(4):921-934.
  50. Andrade LOM. Inteligência de governança para apoio à tomada de decisão. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(4):829-832.
  51. Guedes AM, Fonseca F, organizadores. *Controle social da administração pública: cenário, avanços e dilemas no Brasil*. São Paulo: Cultura Acadêmica; Rio de Janeiro: FGV; 2007.
  52. O'Donnell G. *Accountability horizontal e as novas poliarquias*. Lua Nova. 1988; 44:27-54.
  53. Abrucio FL. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília, DF: Enap; 1997.
  54. Reis EP. Sociologia política e processos macro-históricos. *Sociologias*. 2015; 17(38):18-43.
  55. Touraine A. *Pensar de outro modo*. Lisboa: Instituto Piaget; 2007.
  56. Scherer-Warren I. Desafios para uma sociologia política brasileira: os elos entre movimentos e instituições. *Sociologias*. 2015; 17(38):44-62.

---

Recebido em 11/04/2018  
Aprovado em 08/07/2018  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Tamizaje masivo: una revisión de la literatura sociológica

## *Population screening: a narrative review of the sociological literature*

Marcela Beatriz Belardo<sup>1</sup>, Kenneth Rochel de Camargo Junior<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811818

**RESUMEN** Se provee una revisión de la literatura sociológica a partir de 79 obras referentes a cribados de cáncer y se excluyeron los cribados genéticos prenatal y neonatal. El tamizaje implica el monitoreo de poblaciones aparentemente sanas para rastrear una determinada condición. El rastreo invirtió la concepción tradicional de comprensión sobre las enfermedades al disminuir los umbrales de definición de enfermedad y rompió con la distinción médica tradicional entre enfermos y sanos. A partir de entonces, la práctica clínica comenzó a buscar enfermedades en personas asintomáticas, y así también modificó los comportamientos de los pacientes, que pasaron a ser responsables del cuidado de sí mismos.

**PALABRAS-CLAVE** Tamizaje masivo. Neoplasias. Revisión. Factores sociológicos.

**ABSTRACT** *A review of the sociological literature is provided from 79 works referring to screening for cancer and prenatal and neonatal genetic screening were excluded. Screening involves monitoring apparently healthy populations to track a certain condition. Screening reversed the traditional conception of understanding about diseases by lowering disease definition thresholds and breaking the traditional medical distinction between the sick and the healthy. Clinical practice began to look for diseases in asymptomatic people and thus also modified the behavior of the patients, who became responsible for the care of themselves.*

**KEYWORDS** *Mass screening. Neoplasms. Review. Sociological factors.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9032-3919>  
[marcelabelardo@yahoo.com.ar](mailto:marcelabelardo@yahoo.com.ar)

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853>  
[kenneth@uerj.br](mailto:kenneth@uerj.br)



## Introducción

En las dos últimas décadas, se ha instalado en la agenda de la salud internacional una creciente preocupación por la prevalencia de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) en los países de bajos y medianos ingresos, según la clasificación que realiza el Banco Mundial. Dentro de esta clasificación médica se encuentra el cáncer y, según las estadísticas, su incidencia en América Latina y el Caribe es inferior a la de regiones más desarrolladas en el mundo, pero la diferencia radica en que la mortalidad es notablemente mayor<sup>1</sup>. Esto puede explicarse, en parte, por un diagnóstico de la enfermedad en etapas más avanzadas de su desarrollo junto con un menor acceso a los servicios de diagnóstico, detección y tratamiento.

Una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención y control de las ENT, y en particular del cáncer, es que los países de medianos y bajos ingresos fortalezcan sus sistemas de salud para mejorar el diagnóstico precoz con la implementación de tamizajes masivos para ciertos tipos de cáncer, como el cervicouterino, el de mama, el de colon-recto y el bucal<sup>2</sup>. El tamizaje masivo implica la observación y monitoreo de poblaciones aparentemente sanas para rastrear precozmente una determinada condición a través de diferentes exámenes, como las mamografías, ecografías o diferentes *test*. Existen dos tipos de tamizaje: el oportunístico y el organizado. El primero se da cuando una persona busca los servicios de salud por otro motivo y el profesional de salud aprovecha la oportunidad para rastrear la enfermedad. Por el contrario, en el segundo caso el profesional de salud invita a la persona de un determinado grupo (género, edad o mayor riesgo) a ser objeto de seguimiento durante la implementación del programa, por lo tanto, existe un mayor control de las acciones. Concebimos a los tamizajes tanto una intervención médica como una intervención de la salud pública, por lo que conllevan desafíos legales, éticos y sociales.

Este tipo de programas se viene implementando en los países desarrollados desde hace por lo menos tres décadas, con resultados muy dispares. En los últimos años, se produjeron fuertes polémicas en torno a su eficacia<sup>3</sup>, los sobrediagnósticos que los tamizajes producen<sup>4</sup> y el uso de las tecnologías<sup>5,6</sup>. Uno de los debates más importantes fue el que desató el *screening* de cáncer de mama con el uso de la mamografía<sup>7</sup>, en el que las diversas partes interesadas (desde grupos de pacientes hasta responsables de políticas y administradores de servicios de salud, médicos clínicos, científicos de laboratorio y el complejo médico industrial-financiero) se involucraron acaloradamente. En 2011, se constituyó la Red de Institutos Nacionales de Cáncer, que depende de la Unión de Naciones Sudamericanas (Rinc/Unasur), organismo estructurante y operativo que articula entre instituciones públicas, de ámbito nacional, desarrollando o ejecutando programas para el control del cáncer en la región, entre los que se encuentra el cribado para el cáncer cervicouterino. De los países asociados, Argentina y Uruguay ya están implementando pruebas piloto de cribado masivo para el cáncer colorrectal y cervicouterino.

Asimismo, existe una prolífica literatura en el campo de la salud pública que discute diferentes aspectos de los tamizajes masivos. Solo por citar algunos ejemplos, se están desarrollando estudios que refieren a los sistemas de información y registro de cáncer de América Latina y el Caribe<sup>1,8</sup>, el análisis de costo-efectividad de los programas de tamizaje nacionales<sup>9</sup> o se proponen mejoras en el diseño de esos programas<sup>10,11</sup>. La proliferación de estos estudios, a la par de la alianza cooperativa de los institutos nacionales de cáncer de los países de Sudamérica y los países asociados del Caribe, está indicando que este tipo de intervenciones preventivas se está imponiendo en las agendas sanitarias de la región, aunque son relativamente escasos los estudios que abordan los aspectos sociales y sus consecuencias.

Esta revisión busca exponer los aspectos sociales de los tamizajes masivos, que

usualmente no se toman en consideración por la mayoría de la literatura, pero que tienen importantes consecuencias debido a que rompen con la lógica tradicional de comprensión de las enfermedades y modifican la práctica clínica y el cuidado de la salud por parte de los pacientes.

Con la intención de traer este debate al campo de la salud colectiva, se presenta un conjunto de asuntos descritos en la literatura anglosajona, que ha sido la que más ha publicado sobre los aspectos sociológicos de los tamizajes. El artículo no tiene el objetivo de ser una revisión exhaustiva de la totalidad de los trabajos sociológicos, sino de proveer una visión panorámica de los conceptos más significativos relativos a los aspectos mencionados. Se han incluido los trabajos sobre *screenings* poblacionales referentes al cáncer y se han excluido aquellos referidos a los cribados genéticos prenatal y neonatal.

El texto está dividido en dos partes. La primera refiere a una revisión de la literatura sociológica que trata las transformaciones que los tamizajes masivos produjeron en el conocimiento médico sobre enfermedades, en la práctica clínica y en la gestión de la salud y la enfermedad por parte de los pacientes. La segunda parte discute dichas transformaciones porque tiene la intención de aportar al debate actual, teniendo en consideración la decisión de las autoridades sanitarias de varios países de la región de iniciar la implementación de los tamizajes poblacionales para diferentes tipos de cáncer.

## Metodología

El artículo provee una revisión de la literatura sociológica sobre tamizajes para el cáncer dando cuenta de tres aspectos: 1) la manera en que los tamizajes han modificado la comprensión y construcción de enfermedades (conocimiento médico); 2) la forma en que han transformado la práctica clínica; y 3) los modos en que han cambiado las percepciones

y cuidados de la salud por parte de los pacientes (gestión de la salud y la enfermedad). En este sentido, la revisión es una revisión crítica que resume la literatura sobre un tema y extrae conclusiones. Este tipo de revisión es útil porque reúne un volumen de literatura sobre un tema específico, lo condensa y sintetiza. Su propósito principal es proporcionar al lector los antecedentes de un tema para comprender el estado actual del conocimiento alcanzado y ayudar a destacar nuevos significados para futuras investigaciones. Puede inspirar ideas de investigación identificando brechas o inconsistencias en un cuerpo de conocimiento, ayudando así al investigador a determinar o definir preguntas o hipótesis de investigación y, también, puede servir al desarrollo de marcos conceptuales o teóricos<sup>12</sup>. Además, se diferencia de la revisión sistemática en que esta última utiliza un enfoque más riguroso y bien definido para revisar la literatura en un área temática específica, generalmente, para responder preguntas centradas en la práctica clínica. Las revisiones sistemáticas detallan el tiempo dentro del cual se seleccionó la literatura, así como los métodos utilizados para evaluar y sintetizar los hallazgos de los estudios en cuestión. Este tipo de revisiones utilizan criterios explícitos y rigurosos para identificar, evaluar críticamente y sintetizar toda la literatura sobre un tema en particular<sup>13</sup>. A diferencia de esta revisión, el propósito de una revisión sistemática es proporcionar una lista lo más completa posible de todos los estudios publicados e inéditos relacionados con un área temática en particular<sup>12</sup>.

La búsqueda, la lectura y la selección de la literatura para esta revisión se realizaron entre los meses de marzo y agosto de 2017. La primera etapa consistió en la búsqueda de artículos en bases de datos en salud, como PubMed y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), utilizándose los descriptores 'screening', 'tamizaje' y 'cribado' para el cáncer de la última década. La búsqueda arrojó una cantidad descomunal de artículos, lo que entonces solo permitió explorar e identificar, grosso modo, los tipos de trabajos que abordan la



temática: ensayos clínicos, estudios epidemiológicos y sobre implementación, costo-efectividad y evaluación de los programas de screening. Luego se realizó una búsqueda en la base bibliográfica SciELO (Scientific Electronic Library Online), dado que es la base de datos que agrupa los artículos de origen iberoamericano, utilizándose los descriptores 'tamizaje', 'cribado' y 'rastreamento' (en portugués). El propósito de esta segunda búsqueda consistió en explorar la literatura procedente de América Latina y el Caribe, debido al interés que este tema está suscitando en los países de la región. El filtro utilizado en este caso fue por revistas, entre las que seleccionamos aquellas que pertenecen a las ciencias sociales y humanas en salud, como revistas de salud colectiva y salud pública (se excluyeron las especializadas en el campo biomédico). La búsqueda arrojó 49 artículos, todos dedicados a la implementación y evaluación de programas de *screenings*, temas que no son foco de atención para esta revisión, por lo tanto, fueron excluidos.

En la segunda etapa, se buscó en revistas de sociología y filosofía de la salud de origen anglosajón, debido a la mayor experiencia de esos países en cribados masivos. De estas, se seleccionaron cuatro consideradas pertinentes por el enfoque y los temas que frecuentemente discuten ('Sociology of Health & Illness'; 'Critical and Public Health'; 'Medicine, Health Care and Philosophy'; 'Health, Risk & Society'). Seguidamente, se utilizó el descriptor 'cancer screening' y el operador booleano *NOT* para excluir 'genetic' y 'pregnancy'. Esa búsqueda arrojó numerosos artículos que fueron revisados por título y resumen, en función de las tres dimensiones descritas. Una vez hecho lo anterior, se aplicó el método de revisión de Cohen<sup>14</sup> para dar cierto tipo de estructura durante el proceso de lectura y selección. Esta técnica simple consiste en realizar una 'vista previa', reconocer a través de preguntas las dimensiones establecidas, leer, resumir e indexar. A continuación, del universo sobre tamizajes

se seleccionaron 13 artículos para su lectura completa: 'Sociology of Health & Illness' (256/6); 'Critical and Public Health' (84/4); 'Medicine, Health Care and Philosophy' (69/0) y 'Health, Risk & Society' (101/3). Se realizó un resumen inicial con las ideas principales de cada uno en función de las tres dimensiones de la revisión y, posteriormente, se realizó una revisión más sistemática y crítica del contenido, con la utilización del sistema de indexación por título del trabajo, autor y fecha. A partir de la lectura de esos artículos, se amplió la bibliografía a través de la 'técnica de bola de nieve' bibliográfica<sup>15</sup>. Por ejemplo, 'Sociology of Health & Illness' publicó una serie monográfica titulada 'The Sociology of Medical Screening: Critical Perspectives, New Directions', de 2012, editada por Natalie Armstrong y Helen Eborall. La colección contiene 10 capítulos de distintos autores. De esos capítulos, se seleccionaron 4 por su pertinencia para esta revisión, incluyendo la introducción, escrita por Natalie Armstrong y Helen Eborall, que sirvió como puntapié inicial para continuar ampliando las referencias bibliográficas, en su mayoría capítulos de libros y libros. Después, se revisaron, seleccionaron y resumieron aquellos considerados pertinentes a la temática de este trabajo. La etapa final consistió en la inclusión de ideas clave y comentarios de cada artículo. Finalmente, 79 obras fueron las elegidas y utilizadas para componer esta revisión.

## Resultados

### Monitoreo de poblaciones sanas durante el siglo XX

Desde la década de 1990, se ha desarrollado una importante producción sociológica con el fin de comprender la 'nueva salud pública' y su paradigma dominante: el de la promoción de la salud<sup>16</sup>, que busca fomentar nuevas

actitudes frente a la salud, de manera generalizada, dentro de la sociedad, diferenciándose de su antecesora, la salud preventiva, basada en un enfoque más individualista y liberal<sup>17</sup>. Si bien describir las diferencias y similitudes entre ambos paradigmas no forma parte de esta revisión, una categoría clave e ineludible es la que refiere al riesgo. Aunque el vocablo sigue siendo bastante ambiguo, conforme a ciertos abordajes sociológicos, la evaluación del riesgo que tiene una persona de enfermar vino a dominar todo el escenario técnico de elaboración de normas y medidas de prevención y de promoción de la salud<sup>17</sup>. La noción de riesgo se utilizó para justificar ciertas medidas impulsadas para promover una vida más saludable al mismo tiempo que justificó la implementación de tamizajes en masa para prevenir ciertos tipos de enfermedades (cáncer de mama, próstata, cervicouterino, colorrectal) o determinadas condiciones rastreables por los tamizajes prenatal y neonatal.

Así que entender el origen de cualquier área del conocimiento, de una tecnología médica, de un paradigma o, como en este caso, de una estrategia de la salud pública, es importante para comprender mejor sus trayectorias, desdoblamientos y perspectivas. Según la literatura revisada, los primeros tamizajes masivos pueden rastrearse a principios del siglo XX, periodo en el que Raffle y Gray<sup>18</sup> comparan los orígenes de los tamizajes en los Estados Unidos y en el Reino Unido, donde los médicos comienzan a promover la novedosa idea de las consultas periódicas de los pacientes sanos para encontrar signos de alguna futura enfermedad. Previo a las guerras mundiales, los tamizajes implementados estaban enfocados en dos grupos de la población: los escolares, en quienes se buscaban anomalías que podrían afectar la salud en la edad madura; y los jóvenes varones que ingresaban al servicio militar, en quienes se buscaban enfermedades como la tuberculosis, a través de los rayos X; la sífilis, a través del Test de Wasserman (uno de los primeros

cribados disponible a principios del siglo XX); o enfermedades mentales, a través de cuestionarios que se aplicaban a los soldados que habían participado en la Primera Guerra Mundial<sup>19</sup>. Con el fin de la Segunda Guerra Mundial, se produjo una rápida expansión de los tamizajes a la población civil. Y a partir de la década de 1940, se implementaron los exámenes de glucosa y orina, para detectar diabetes; el Papanicolaou, para la detección del cáncer cervicouterino, convirtiéndose en el modelo para el resto de los *screenings*<sup>20-22</sup>; y los exámenes mamográficos, para detectar cáncer<sup>23-25</sup>. Por otro lado, la estrategia de observar y monitorear a poblaciones aparentemente sanas para rastrear una enfermedad o condición se constituye en la forma de intervención de la salud pública del siglo XX, aunque su modalidad fue transformándose a lo largo del tiempo, como examinamos a continuación.

### Tamizaje y conocimiento médico

La observación y monitoreo de la población ha sido analizada desde diferentes marcos teóricos a través de conceptos como vigilancia<sup>26,27</sup>, riesgo<sup>28</sup>, gobernanza<sup>29</sup>, (bio)medicalización<sup>30-32</sup> y la medicina como institución de control social<sup>33</sup>. Esta vigilancia de la población por la medicina, particularmente a través de los cribados, fue rigurosamente analizada por David Armstrong, que, influenciado por las ideas de Michel Foucault –pero analizando el mundo anglosajón del siglo XX–, reflexiona sobre un aspecto que constituye el trasfondo de los tamizajes masivos: el conocimiento médico, al argumentar que la medicina no solo describe su objeto, el cuerpo, sino que lo construye como una realidad biológica invariable y, a través de diversos acontecimientos médicos, muestra cómo la medicina ha fabricado un cuerpo esencialmente subjetivo y relativo, a diferencia del cuerpo discreto y pasivo del siglo XIX<sup>34</sup>. Desde esa perspectiva, el autor analiza en sus diversas obras los supuestos

que subyacen a la salud pública en los últimos dos siglos, desde las estrictas regulaciones de los cordones sanitarios hasta los espacios constantemente monitoreados por la nueva salud pública<sup>35</sup>, y da cuenta de la emergencia de una nueva medicina basada en la vigilancia de las poblaciones asintomáticas a principios del siglo XX, denominándola ‘medicina de vigilancia’<sup>27</sup>, que implicó una reasignación de los espacios de la enfermedad al abordar cuestiones como la normalidad, el rediseño de la relación entre síntoma, signo y enfermedad, y la localización de la enfermedad fuera del espacio físico corporal.

En consecuencia, la aplicación de tamizajes a escala poblacional alteró tres aspectos significativos para la medicina en un contexto en el que crecían en importancia las enfermedades crónicas mientras se reducían las enfermedades infecto-contagiosas, a saber: la definición de enfermedad, o sea, qué es y qué no es enfermedad; la incorporación del concepto de ‘probabilidad’, es decir, la probabilidad que tiene una persona de enfermar; y el nuevo papel que ocupa la medicina en la sociedad.

Para Armstrong<sup>19</sup>, la medicina se basaba en un modelo lineal temporal de la enfermedad en el que era posible incidir en cualquier punto de su progresión. Precisamente, el objetivo principal de un tamizaje consistía en el escrutinio de los cuerpos de los ciudadanos para detectar precozmente numerosas enfermedades y, así, alterar su curso a través de las tecnologías disponibles. Sin embargo, este modelo se modificó a partir del estudio de Framingham de 1948, puesto que demostró que un conjunto de factores de riesgo podían ser predictores de enfermedades cardiovasculares, lo que significó una ruptura con la manera tradicional de comprender la etiología de las enfermedades. Por consiguiente, al modificarse la comprensión de la etiología de algunas enfermedades, los *screenings* se adaptaron a la nueva definición de enfermedad y reforzaron dicha transformación. A partir de entonces, según Armstrong, los tamizajes comienzan a detectar riesgos más

que identificar signos tempranos de una enfermedad, como ocurre en la prevención secundaria<sup>36</sup>. La identificación de factores de riesgo (prevención primaria) dio lugar a una nueva era en la medicina y en la salud pública, ya que el concepto de enfermedad (nos referimos a enfermedades no transmisibles) se modificó al disminuir los umbrales para designarla. En este nuevo escenario, los factores de riesgo se tornaron equivalentes a enfermedad. A su vez, esta equivalencia impactó en el significado de la cura y la prevención, convirtiendo ambos términos en categorías borrosas cuyas fronteras se vuelven más imprecisas y menos definidas, como analizaron Starfield et al<sup>3</sup>.

Otro aspecto que los tamizajes evidenciaron es la incorporación de la idea de ‘probabilidad’ de enfermar. Este cambio se empezó a producir a partir del estudio de Doll y Bradford Hill<sup>37</sup>, que dio cuenta de la relación entre mortalidad y el hábito de fumar. A partir de esa asociación, se empezaron a percibir como entidades inseparables el hábito de fumar y el cáncer de pulmón. Los trabajos de Jackson<sup>38</sup> y Lupton<sup>39</sup> han analizado precisamente la percepción que la sociedad tiene no solo del fumador activo, sino también del pasivo. No obstante, como señala Armstrong<sup>19</sup>, cuando nos referimos a un factor de riesgo (fumar, abuso de alcohol, alto consumo de sodio, baja actividad física) no está ligado con la futura enfermedad, ni necesariamente existe una relación directa con ella, simplemente abre un espacio de posibilidad.

El último aspecto que los tamizajes han ayudado a modificar es el que tiene que ver con el rol de la medicina en la sociedad. A lo largo del siglo XX, el objeto de preocupación y ocupación de la medicina se fue desplazando de la población enferma –como fue su práctica tradicionalmente a casi la totalidad de la población. Esta nueva manera de interpretar y comprender las enfermedades es reforzada por los tamizajes masivos, que rompen con la distinción médica tradicional entre enfermos y sanos<sup>19</sup>. Por consiguiente, la lógica dicotómica por la que operaba la práctica clínica se desvanece.

## Tamizaje y práctica clínica

En la década de 1990, la sociología de la salud ha examinado el estado de salud de las poblaciones y los medios utilizados para mantener una buena salud en las sociedades occidentales<sup>16,39,40</sup>. Justamente uno de los aspectos que ha estudiado con rigurosidad es la consulta clínica periódica, modalidad en la que se materializan los tamizajes, ya sea aquel que se produce espontáneamente o cuando el profesional invita a su paciente a formar parte activa de un programa de tamizaje organizado. En cualquiera de las dos modalidades el principio central es que las personas deben poner sus cuerpos a disposición de los profesionales de la salud para una inspección regular aunque no presenten síntomas.

El primer aspecto a tener en cuenta es que, para que un tamizaje alcance los objetivos propuestos, la consulta clínica debe rutinizarse<sup>41</sup>. En este cambio de hábito radica la primera diferencia entre este modelo de atención y los tradicionales modelos diagnósticos en los que el paciente iba a la consulta clínica a exponer sus síntomas y, a partir de allí, se detectaba (o no) una enfermedad. No obstante, los tamizajes rompen con esa lógica porque es el médico el que busca a su población objetivo para implementar exámenes diagnósticos sobre una población asintomática (sana). En este sentido, la búsqueda de determinados tipos de enfermedades o condiciones a través de los exámenes produce una clasificación de las personas en dos grandes grupos: aquellas con probabilidad de desarrollar una determinada condición y aquellas en las que es improbable<sup>19</sup>. Y esta clasificación está basada en el concepto de riesgo, es decir, el riesgo que tienen determinados individuos de enfermar y aquellos que no lo tienen. Por lo tanto, la relación entre riesgo y las estrategias poblacionales diagnósticas es sinérgica: las personas son exhortadas a asistir a un examen porque se considera que están en riesgo de desarrollar una enfermedad o condición, y

las estadísticas que se producen a través de sus resultados sirven para apoyar o reformular evaluaciones de patrones de riesgo en la población<sup>39</sup>. Esta nueva modalidad que se impone en la práctica clínica se fue desarrollando intensamente a partir de nuevas y más sofisticadas tecnologías diagnósticas<sup>42,43</sup>.

El segundo aspecto a considerar son las nuevas tecnologías para producir diagnósticos, puesto que cambian la percepción y la construcción de los mismos, es decir, una observación más profunda y detallada del cuerpo modifica las maneras de comprender lo normal y lo patológico y permite construir nuevos diagnósticos<sup>44,45</sup>. A este respecto, existe un conjunto de trabajos que discute sobre los límites cada vez más difusos entre enfermedad y salud<sup>46-50</sup>. Son muchos los ejemplos de anomalías, disfunciones o enfermedades que se diagnostican por tecnologías más y más sofisticadas, que hacen transparentes nuestros cuerpos. Además, continuamente se diagnostican enfermedades a personas que tienen niveles muy leves de disfunción, y que son completamente compatibles con una vida plena<sup>51</sup>. El resultado de esta agudeza diagnóstica es una definición ampliada de enfermedad, lo que hace que aumente el número de personas 'enfermas' y los problemas de sobrediagnóstico<sup>52</sup>. Aquí emerge el tercer aspecto que se modifica con los tamizajes: un resultado positivo no implica un diagnóstico, sino que significa que la persona tiene una mayor probabilidad de presentar determinada enfermedad. Este resultado desencadena una serie de exámenes hasta lograr un diagnóstico definitivo y frecuentemente genera un serio problema: el alto porcentaje de diagnósticos equivocados. Algunos pacientes son considerados libres de una enfermedad, pero, de hecho, la tienen (falsos negativos), y otros reciben un diagnóstico de enfermedad cuando, en verdad, no la tienen (falsos positivos). Esto sucede cuando el examen no posee una óptima sensibilidad y especificidad -propiedades inherentes a cada una de las pruebas de diagnóstico- para que dé como resultado pequeñas tasas de falso positivo y para que garantice que

la persona realmente no tiene la enfermedad cuando el resultado es negativo. Ello se debe a que los test diagnósticos tienen una sensibilidad (capacidad para detectar a individuos con la enfermedad) y una especificidad (capacidad de excluir el diagnóstico en los casos de los no enfermos) que nunca son del 100%<sup>53</sup>. Cuando se produce un falso positivo se realizan múltiples exámenes hasta que el diagnóstico original es descartado. La problemática del sobrediagnóstico y, por ende, del sobretratamiento (que, a diferencia del caso anterior, ocurre cuando el individuo es diagnosticado con una condición que no le causará síntomas, tampoco la muerte) es un debate polémico y actual en la literatura sobre los tamizajes masivos<sup>4,51,54</sup>.

Ante esta situación, los tamizajes masivos se implementan para detectar algunas enfermedades o condiciones muy puntuales. Actualmente, la OMS recomienda los tamizajes para rastrear el cáncer cervicouterino, de mama, colorrectal y bucal (y la inmunización para HPV). No está indicado un rastreo masivo para estómago, piel, próstata, pulmón, cavidad oral ni esófago, pero hasta hace poco tiempo, también se recomendaba el *screening* para el cáncer de próstata, con el test PSA, sin embargo la Preventive Service Task Force de Estados Unidos, en su revisión de 2012 de las recomendaciones de 2008, desaconsejó el *screening* mediante este tipo de prueba, considerando que no reducía la mortalidad por cáncer de próstata y un tratamiento innecesario podía causar más daño<sup>55</sup>. En Argentina, está bastante difundido este tipo de estudio en la población masculina, a pesar de que las últimas recomendaciones lo desalientan. No obstante, sigue siendo común que el médico y su paciente soliciten el test PSA, por lo que termina por convertirse en una especie de 'tamizaje por la puerta de atrás'<sup>56</sup>.

Las polémicas que generan los tamizajes son otro aspecto a tener en cuenta, dado que los debates dentro del mundo médico no solo involucran argumentos científicos y clínicos, sino también argumentos sociales<sup>57</sup>. En este contexto, el estudio de Gøtzsche y Nielsen<sup>7</sup> causó una fuerte polémica durante

años entre los investigadores, que realizaron una revisión sistemática del cribado con mamografías y concluyeron que, en un período de 10 años, 1 de cada 2000 mujeres que fueron invitadas a ser examinadas prolongará su vida, 10 se someterán a tratamientos innecesarios y correrán nuevos riesgos, y 200 tendrán que hacer frente al efecto psicológico de un falso positivo. Como señalaba Geoffrey Rose<sup>58</sup>, un gran número de personas sometidas a un pequeño riesgo puede generar más casos de enfermedad que un pequeño grupo de personas que tengan un alto riesgo.

### Tamizaje y gestión de la salud y enfermedad

Si en la sección anterior describimos las transformaciones que se sucedieron en la práctica clínica, aquí nuestro foco de atención está puesto en las transformaciones que los tamizajes masivos produjeron en los pacientes, una vez que esa práctica se hizo hegemónica en la sociedad. Desde diferentes postulados teóricos y objetos específicos de investigación, se han examinado las consecuencias de la nueva salud pública (en la que ocupa un lugar importante el cribado poblacional). Para la práctica clínica, los *screenings* y diagnósticos precoces son entendidos como 'tecnologías presintomáticas'. Sin embargo, al considerar que un individuo está en riesgo, se requiere una constante vigilancia de su entorno, tanto interno como externo, así como de su comportamiento. Estar en riesgo ha configurado un dispositivo perfecto para poner a la población en un estado constante de preparación y conciencia en cuanto a su salud<sup>59</sup>.

Desde la teoría sociocultural, Lupton y Petersen<sup>40</sup> examinaron diferentes aspectos de la nueva salud pública; el que nos interesa para esta revisión está relacionado con los derechos de los ciudadanos y sus responsabilidades y obligaciones implícitas. A continuación, los autores parten de una definición de tipo ideal del ciudadano 'sano':

aquellos que tienen a sus hijos inmunizados, participan en *screenings* de detección del cáncer cervical o exámenes de sangre para las pruebas de colesterol, controlan sus dietas, hacen ejercicio regularmente para protegerse contra enfermedades cardiovasculares u osteoporosis (traducido por los autores)<sup>40(69)</sup>.

Es preciso resaltar, como señalan los autores, que el tipo ideal de ciudadano 'sano' descrito difiere sustancialmente entre hombres y mujeres. Las mujeres son vistas más como un recurso para la reproducción (y, por ello, la importancia de los programas en salud reproductiva) y el mantenimiento de otros ciudadanos 'sanos', mientras que los hombres quedan apartados de la vigilancia médica, ya que no existe equivalente a la ginecología para el estudio y tratamiento de los cuerpos masculinos. Estos solo adquieren entidad pública en tanto fuerza laboral o cuando forman parte de un cuerpo de defensa. Los hombres, como ciudadanos, no tienen la responsabilidad de cuidar la salud de los demás, más bien lo contrario, ellos tienen el derecho a la protección por parte de otros. Sin embargo, esta realidad se ha modificado durante las dos últimas décadas debido a que se expandieron los servicios de salud para los hombres, siendo el *screening* para el cáncer de próstata el símbolo de la vigilancia de la salud masculina<sup>4</sup>.

Participar en un programa de cribado implica que las personas deben ser escaneadas periódicamente —en un examen de mamas, en la visita anual al ginecólogo o en un examen colorrectal—. Como vimos en la sección anterior, esa práctica se rutiniza y, al hacerlo, va configurando un tipo de paciente responsable no solo del cuidado de su salud individual, sino también porque va convirtiéndose en un individuo responsable socialmente, demostrando ser un 'buen ciudadano' que vela por su salud. Como advierte Howson<sup>60</sup>, las prácticas preventivas se vuelven una suerte de 'obligación moral'.

Este tipo de obligación, en la que se incluye

la participación en un tamizaje, fue tema de análisis, también, en relación con el *embodiment* femenino, o sea, la obligación que las mujeres sienten en cuanto al cuidado y respeto por sus cuerpos<sup>61</sup>. Pero, al mismo tiempo, en esta rutina existen incertidumbres manifiestas y latentes. Las primeras están asociadas con las experiencias y percepciones de las mujeres sobre el cribado e incluyen distintos grados de ambigüedad en relación con el propósito del tamizaje, el significado de un resultado anormal y el riesgo generado por la búsqueda de anomalías cervicales. Por el contrario, las cuestiones de incertidumbre latente se asocian con las experiencias y percepciones de los profesionales encargados de ofrecer a sus pacientes los cribados<sup>62</sup>.

Asimismo, otra dimensión examinada por la literatura ha sido cómo los discursos médicos con relación a los cribados cervicouterinos han modificado la percepción de las mujeres en cuanto a lo 'normal', el sentido de la obligación asociada al examen Papanicolau y un nuevo tipo de feminidad<sup>63</sup>. Por otro lado, estudios han mostrado la contracara de este aspecto. Mckie<sup>64</sup>, por ejemplo, analizó los discursos de la clase trabajadora blanca masculina relatados por las mujeres y percibió que el cuello del útero era representado como sitio de vigilancia y control estatal, profesional y masculino, mientras que Daykin y Naidoo<sup>65</sup> examinaron cómo este tipo de vigilancia sobre los cuerpos toma por sentado las desigualdades de género y adapta sus estrategias para mantener el *status quo* y, en definitiva, siguen reproduciendo las desigualdades existentes. Por su parte, Green y col.<sup>66</sup> han examinado el rol que juegan las tecnologías de la salud en el manejo de los cuerpos de las mujeres de mediana edad y la manera en que estas las interpretan.

## Discusión

En las dos últimas décadas del siglo XX, a diferencia del período anterior, los tamizajes



quedaron reducidos a un puñado de programas adaptados a enfermedades, como algunos tipos de cáncer o a la vigilancia de la maternidad y la niñez, en los que se pone en juego el futuro. Antiguamente, el objetivo del cribado masivo era operar como estrategia para intentar demorar la aparición de la enfermedad o directamente detener su progresión, pero se modificó cuando los factores de riesgo comenzaron a utilizarse como predictores de enfermedades. A partir de entonces, ese nuevo raciocinio se extendió a otro tipo de enfermedades. Actualmente, el foco de atención para las enfermedades no transmisibles está centrado no tanto en la enfermedad en sí misma, sino en el estado semipatológico prepatogénico. Como el caso del cáncer, cada vez se confunden más las líneas divisorias entre lo patológico y el riesgo de enfermar, y la idea de riesgo refuerza, aún más, la delimitación de la vigilancia médica sobre ciertos grupos poblacionales en los que se ejerce un mayor control. Por ejemplo, se monitorea más a la población obesa porque pertenece a un grupo con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares en relación con la población general. Desde este paradigma, aún hegemónico de la biomedicina, las fronteras entre enfermos y sanos son cada vez más borrosas. Ahora todos, enfermos y sanos, estamos bajo la supervisión constante de la medicina. Más aún, los factores de riesgo existen en una relación móvil con otros riesgos, apareciendo y desapareciendo, cruzando espacios dentro y fuera del espacio corporal<sup>19</sup>.

La práctica clínica también se ha modificado a lo largo del tiempo. En la primera mitad del siglo XIX, centraba su mirada en las lesiones patológicas que se encontraban en el interior del cuerpo. En cambio, en la segunda mitad de ese siglo, estuvo marcada por la fisiopatología, que acercó el saber médico al de las ciencias 'duras' en el dominio de lo biológico. Por lo que, a partir de la segunda mitad del siglo XX, las enfermedades no transmisibles empiezan a ser definidas como

consecuencia de factores de riesgos, más que como lesiones detectables en el organismo, y se definen, por primera vez en la historia, a partir de parámetros numéricos, como en el caso de la presión arterial. De esta manera, los estudios epidemiológicos comienzan a trazar las fronteras entre lo normal y lo patológico<sup>67</sup>. La enfermedad ya no está localizada en el cuerpo, sino en la población; sus causas son más externas que internas; multifactoriales más que unicasales, además, el *locus* de tratamiento ya no está situado en la cama del paciente, sino en la atención ambulatoria continua<sup>68</sup>. Con la ayuda de los cribados poblacionales, entendidos como una estrategia de la salud pública y no solo como un examen clínico, estos cambios producidos en la práctica clínica se reforzaron. Ante ello, la realidad del cuidado de la clínica es compleja y, en ella, los tamizajes oportunistas se mezclan con el cuidado clínico cotidiano, ya sea por iniciativa del profesional de salud o por la del paciente. Tomando en consideración que el tamizaje y el diagnóstico o detección precoz de enfermedades son estrategias de salud diferentes, tienen, por tanto, implicaciones distintas. Mientras el tamizaje consiste en la observación de pacientes asintomáticos, la detección precoz refiere a cuando el paciente ya presenta signos y/o síntomas. Por ejemplo, luego de un estudio de viabilidad y costo-efectividad, Brasil decidió no implementar un tamizaje masivo y, mientras tanto, aplica la estrategia de diagnóstico precoz, apuntando a consolidar las bases necesarias para la implementación a futuro de un programa de tamizaje masivo<sup>53</sup>. Sin embargo, ambas estrategias generan un proceso de medicalización social que puede generar intervenciones diagnósticas y terapias excesivas y, a veces, dañinas<sup>69,70</sup>. Se puede citar el uso de nuevas tecnologías diagnósticas, como la ecografía mamaria, que nos permite mejorar sustancialmente la visión de esa parte del cuerpo. Hallazgos frecuentes con este tipo de técnicas son los nódulos sólidos. De acuerdo con las características ecográficas



y el contexto clínico, el médico puede solicitar un seguimiento mediante estudios por imágenes o, después de la evaluación inicial, puede indicar una biopsia, cuyo resultado puede determinar que el nódulo estudiado corresponde a un fibroadenoma, que es el tumor benigno de mama más frecuente. En este caso, los nódulos no son una enfermedad en sí misma, pero son tratados como tal, y la mujer, en la mayoría de los casos, fue intervenida. No obstante, en el caso de la detección de un ganglio linfático intramamario, que es una condición que no produce síntomas ni es peligroso, el diagnóstico de este tipo de condiciones 'anormales' genera múltiples consecuencias para los pacientes como, por ejemplo, angustia e incertidumbre. En este contexto, se produce el reciente reconocimiento de la iatrogenia como una importante causa de mala salud<sup>71</sup>, lo que dio origen, entre los médicos generalistas europeos, al concepto y a la práctica de la prevención cuaternaria, relacionada con toda acción que atenúa o evita las consecuencias del intervencionismo médico excesivo<sup>72</sup>.

La contracara de este proceso se presenta en las alteraciones en la percepción y las prácticas de cuidado que generan los tamizajes en los pacientes, produciendo diferentes situaciones, que fueron analizadas por la literatura. Esos 'buenos ciudadanos', que recurren a la consulta anual – clínica o ginecológica – pueden ser diagnosticados de cáncer entre una consulta y otra. Por consiguiente, esta situación relativamente frecuente causa una sensación de impotencia, dolor y perplejidad por el diagnóstico inesperado, especialmente por haber actuado como un paciente responsable. Pero también sucede lo contrario: la rutinización de la consulta clínica y los resultados normales en un tamizaje generan diferentes impactos en las personas. Uno de ellos es la ansiedad asociada a la espera de los resultados de un tamizaje<sup>73,74</sup>, así como recibir resultados 'sin riesgo'. La literatura ha puesto su foco de atención en la preocupación de que tales

resultados puedan transmitir una sensación de 'falsa seguridad'<sup>75</sup> y, a su vez, desencadenar un efecto de 'certificado de salud'<sup>76</sup>.

Otra de las consecuencias de la rutinización de la consulta médica es que puede generar un exceso de demanda de pruebas diagnósticas por parte de la población debido al temor a la posibilidad de enfermar, a veces, sobrecargando los sistemas de salud con estudios innecesarios. Además, son frecuentes las quejas de las mujeres en relación con las visitas ginecológicas, es decir, cuando el médico indica un papanicolaou y no indica una colposcopia en la misma consulta. La información que proporcionan los profesionales de salud no siempre es clara y suficiente y los medios masivos de comunicación frecuentemente difunden mensajes confusos y contradictorios. Un estudio ha mostrado los problemas que han suscitado los *screenings* masivos que deberían tenerse en consideración a la hora de implementar esta estrategia de la salud pública: el enojo que sienten los pacientes decepcionados por estos programas; síntomas que son ignorados por la creencia de que los tamizajes ofrecen una protección completa; la responsabilidad que se le imputa al personal de la salud por problemas que, en realidad, son inherentes al cribado, y los malos entendidos que se producen sobre los beneficios, los límites y los costos de un tamizaje masivo<sup>77</sup>. Como ya se ha advertido, cuando se adoptan estrategias poblacionales, estas deben evitar la incomodidad y el dolor, además de ser mínimamente invasivas, socialmente aceptadas<sup>58</sup> y de bajo costo.

## Consideraciones finales

Esta revisión buscó traer al debate académico una reseña de la literatura sobre una estrategia de la salud pública contemporánea denominada tamizajes masivos. También pretendió poner de manifiesto los aspectos sociales que emergieron a partir de la implementación de este tipo de estrategia, además,

buscó exponer tres dimensiones que, consideramos, rompen con la lógica tradicional de comprensión de enfermedades, de la práctica clínica y del cuidado por parte de los pacientes y, al mismo tiempo, trató de integrar esas dimensiones en una narrativa común.

Como se ha mostrado, los tamizajes masivos han colaborado en invertir una concepción fuertemente arraigada en la forma tradicional de comprensión de las enfermedades, al poner su foco de atención más en la prevención primaria que en la secundaria, más en la detección de riesgos que en identificar signos tempranos de una enfermedad. En consecuencia, este desplazamiento generó una disminución en los umbrales para definir enfermedad y rompió con la distinción médica tradicional entre enfermos y sanos. Cuando la práctica del *screening* se convirtió en hegemónica en la sociedad, la práctica clínica se modificó al buscar enfermedades en personas asintomáticas y, al mismo tiempo, cambió los comportamientos de los pacientes, que pasaron a ser responsables del cuidado de sí mismos. En otras palabras, se produce una especie de ‘transferencia de responsabilidad’ de la medicina al individuo. Adicionalmente, el cuidado de sí mismo se transformó en un

valor moral a partir del cual las personas comienzan a ser juzgadas.

## Contribuciones

Los autores han contribuido, de igual manera, en la idea de elaborar una revisión de la temática, en el análisis de las obras y su interpretación. También han trabajado en el borrador y revisión crítica del contenido y han aprobado la versión final del manuscrito.

## Agradecimientos

Los autores agradecen al Grupo de Estudios Sociales en Tecnociencia y Salud (BIOMEDSCI), del Instituto de Medicina Social – Uerj, por su contribución en la discusión de este trabajo, así como reconocen las invaluable contribuciones de Clarice Rios, Luciana Hadid y María Belén Herrero en las diferentes versiones que fue adquiriendo este artículo, y de Anabella Poggio, a través de su colaboración en la corrección de estilo y revisión gramatical del español. ■

## Referencias

1. Forman D, Sierra MS. Cancer in Central and South America: Introduction. *Cancer Epidemiol.* 2016 sep; 44(supl)S3–S10.
2. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
3. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health.* 2008; 62(7):580-583.
4. Marcus PM, Prorok PC, Miller AB, et al. Conceptualizing overdiagnosis in Cancer Screening. *J Natl Cancer Inst.* 2015 fev; 107(4).
5. Faulkner A. Resisting the screening imperative: patienthood, populations and politics in prostate cancer detection technologies for the UK. *Sociol Health Illn.* 2012 fev; 34(2):221–233.
6. Hogarth S, Hopkins M, Rodriguez R. A molecular monopoly? HPV testing, the Pap smear and the molecularisation of cervical cancer screening in the USA. *Sociol. Health Illn.* 2012; 34(2):234-250.
7. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 enero; (1):1-15.
8. Arrossi S. Cancer registration and information systems in Latin America. *Lancet Oncol.* 2015; 16(4):1400-1401.
9. Espinola N, Maceira D, Palacios, A. Costo-efectividad de las pruebas de tamizaje del cáncer colorrectal en la Argentina. *Rev. Acta Gastroenterol Latinoamericana.* 2016; 46(1):8-17.
10. Arrossi S, Thouyaret L, Paul L. Prevención del cáncer cervicouterino: recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH: actualización 2015. Buenos Aires: Instituto Nacional de Cáncer; 2015.
11. Gualdrini UA, Iummato LE. Cáncer colorrectal en la Argentina: Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final de diciembre de 2011: Diagnóstico de situación de la Argentina. Buenos Aires: Instituto Nacional de Cáncer; 2012.
12. Cronin P, Ryan F, Coughlan M. Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *Br J Nurs.* 2008; 17(1):38-43.
13. Parahoo K. *Nursing Research – principles, process and issues.* 2. ed. London: Palgrave Houndsmill; 2006.
14. Cohen G. Memory. In: Roth I, editor. *The Open University's Introduction to Psychology.* New Delhi: Elsevier; 1990. p. 570-620.
15. Harold L, Miller JR. *Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods.* California: Sage Publications; 2016.
16. Bunton R, Nettleton S, Burrows R. *The sociology of health promotion: Critical analyses of consumption, lifestyle and risk.* London: Routledge; 1995.
17. Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.* São Paulo: Unesp; 2003.
18. Raffle A, Gray M. *Screening: evidence and practice.* Oxford: Oxford University; 2009.
19. Armstrong D. Screening: mapping medicine's temporal spaces. In: *The Sociology of Medical Screening Critical Perspectives, New Directions.* Singapore: Blackwell Publishing; 2012.
20. Kaufman P. A screening the body: the pap smear and the mammogram. In: Lock M, Young A, Cambrosio A. *Living and working with the new medical technologies.* Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 165-183.

21. Gardner KE. Early detection: women, cancer, and awareness campaigns in the twentieth-century united states. Carolina do Norte: University of North Carolina Press; 2006.
22. Löwy I. Cancer, women, and public health: the history of screening for cervical cancer. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2010 jul; 17(1):53-67.
23. Gibbon S. *Breast Cancer Genes and the Gendering of Knowledge*. England: Palgrave Macmillan; 2007.
24. Klawiter M. *The Biopolitics of Breast Cancer*. Minnesota: University of Minnesota Press; 2008.
25. Deshazer MK. *Mammographies: the Cultural Discourses of Breast Cancer Narratives*. Michigan: University of Michigan Press; 2013.
26. Foucault M. *Vigilar y castigar*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2012.
27. Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Social Health Illn*. 1995; 17(3):393-404.
28. Beck U. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage; 1992.
29. Bunton R, Petersen A. *Genetic Governance: Health, Risk and Ethics in the Biotech Era*. London; New York: Routledge; 2005.
30. Conrad P, Schneide J. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
31. Conrad P. *The Medicalization of Society on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
32. Clarke AE, Shim Jk, Mamo L, et al. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *Am Sociol Rev*. 2003; 68(2):161-194.
33. Zola IK. *Medicine as an Institution of Social Control*. *Sociol Rev*. 1972 nov; 20(4):487-504.
34. Armstrong D. *Political Anatomy of the Body*. Cambridge: Cambridge University Press; 1983.
35. Armstrong D. *Public Health Spaces and the Fabrication of Identity*. *Sociol*. 1993; 27(3):393-410.
36. Leavell H, Clark EG. *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1976.
37. Doll R, Hill AB. La mortalidad en relación con el hábito de fumar: diez años de observaciones sobre médicos británicos. In: Buck C, Llopis A, Nájera E, et al. *El Desafío de la Epidemiología*. Washington: OPS; 1988.
38. Jackson P. The development of a scientific fact.: the case of passive smoking. In: Bunton R, Nettleton S, Burrows R, editores. *The sociology of health promotion Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*. London: Routledge; 1995.
39. Lupton D. *The Imperative of Health*. London: Sage; 1995.
40. Petersen A, Lupton D. *The New Public Health*. London: Sage; 1996.
41. Armstrong N, Eborall H. The sociology of medical screening: past, present and future. In: *The Sociology of Medical Screening Critical Perspectives, New Directions*. New Jersey: Blackwell Publishing; 2012. p. 1-17.
42. Faulkner A. Resisting the screening imperative: patienthood, populations and politics in prostate cancer detection technologies for the UK. *Social Health Illn*. 2012; 34(2):221-233.
43. Hogarth S, Hopkins M, Rodriguez R. A molecular monopoly? HPV testing, the Pap smear and the molecularisation of cervical cancer screening in the USA. *Social Health Ill*. 2012; 34(2):234-250.
44. Hofmann B. On the value-ladenness of technology in medicine. *Med Health Care Philos* [internet].

- 2001 [acceso en 2018 jul 10]; 4(3):335-345. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1012069919089>.
45. Boenink M. Molecular medicine and concepts of disease: the ethical value of a conceptual analysis of emerging biomedical technologies. *Med Health Care Philos* [internet]. 2010 [acceso en 2018 jul 10]; 13(1):11-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2801843/>.
  46. Nordenfelt L. On Disability and Illness. A Reply to Edwards. *Theoretical Med Bioethics*. 1999; 20(2):181-189.
  47. Nordenfelt L. *Action, Ability and Health*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2000.
  48. Nordenfelt L. On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Rev. Disability Rehabilitation*. 2006; 28(23):1461-1465.
  49. Lemoine M. Defining disease beyond conceptual analysis: an analysis of conceptual analysis in philosophy of medicine. *Theoretical Med Bioethics*. 2013; 34(4):309-325.
  50. Rogers WA, Walker MJ. The Line-drawing Problem in Disease Definition. *J Med Philos*. 2017; 42(4):405-423.
  51. Walker MJ, Rogers WA. Defining disease in the context of overdiagnosis. *Med Health Care Philos*. 2017; 20(2):269-280.
  52. Doust J, Walker J, Rogers WA. Current Dilemmas in Defining the Boundaries of Disease. *J Med Philosophy*. 2017; 42(4):350-366.
  53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Rastreamento*. Brasília, DF: MS; 2010.
  54. Hofmann B. The overdiagnosis of what? On the relationship between the concepts of overdiagnosis, disease, and diagnosis. *Med Health Care Philos*. 2017; 20(4):453-464.
  55. Gillespie C. The experience of risk as measured vulnerability: health screening and lay uses of numerical risk. *Sociol Health Illn*. 2012; 34(2):194-207.
  56. Donovan JL, Frankel SJ, Neal DE, et al. Screening for prostate cancer in the UK: Seems to be creeping in by the back door. *BMJ*. 2001; 323(7316):763-764.
  57. Lehoux P, Denis JL, Rock M, et al. How medical specialists appraise three controversial health innovations: scientific, clinical and social arguments. *Sociol Health Illn*. 2010 enero; 32(1):123-139.
  58. Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications; 1992.
  59. Armstrong D. Chronic illness: a revisionist account. *Sociol Health Illn*. 2014; 36(1):15-27.
  60. Howson A. Embodied obligation: the female body and health surveillance. In: Nettleton S, Watson J, editores. *The Body in Everyday Life*. London: Routledge; 1998.
  61. Howson A. Cervical screening, compliance and moral obligation. *Sociol Health Illn*. 1999; 21(4):401-425.
  62. Howson A. Locating uncertainties in cervical screening. *Health Risk Soc*. 2001; 3(2):167-179.
  63. Bush J. "It's just part of being a woman": cervical screening, the body and femininity. *Soc Sci Med*. 2000; 50(3):429-444.
  64. Mckie L. The art of surveillance or reasonable prevention? The case of cervical screening. *Sociol Health Illn*. 1995; 17(4):441-457.
  65. Daykin N, Naidoo J, Bunton R, et al. Feminist critiques of health promotion. In: *The Sociology of Health Promotion*. London: Routledge; 1995.
  66. Green EE, Thompson D, Griffiths, F. Narratives of risk: Women at midlife, medical experts and health technologies. *Health Risk Soc*. 2002; 4(3):273-286.
  67. Camargo KR. O paradigma clínico-epidemiológico

- lógico ou biomédico. *Rev Bras História Ciênc.* 2013;6(2):183-195.
68. Armstrong D. Actors, patients and agency: a recent history. *Sociol Health Illn.* 2014; 36(2):163-174.
69. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface.* 2006; 10(19):61-76.
70. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface.* 2006; 10(20):347-362.
71. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
72. Gervas J. Screening for serious illness: limits to the power of medicine. *European J General Practice.* 2002; 8(2):47-49.
73. Brett J, Bankhead C, Henderson B, et al. The psychological impact of mammographic screening: a systematic review. *Psycho-oncology.* 2005; 14:917-938.
74. Orbell S, O' Sullivan I, Parker R, et al. Illness representations and coping following an abnormal colorectal cancer screening result. *Social Science Med.* 2008; 67:1465-1474.
75. Pettigrew M, Sowden A, Sharp DL, et al. False-negative results in screening programmes: systematic review of impact and implications. *Health Technol Assess.* 2000; 4(5):1-33.
76. Tymstra T, Bieleman B. The psychosocial impact of mass screening for cardiovascular risk factors. *Family Practice.* 1987; 4(4):287-290.
77. Raffle AE. Information about screening: is it to achieve high uptake or to ensure informed choice. *Health Expect.* 2001 jun; 4(2):92-98.

---

Recibido en 08/01/2018

Aprobado en 04/07/2018

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) de Brasil, número de proyecto 401057/2015-1

# Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa

## *Axes of action of the School Health Program and Health Promotion: an integrative review*

Iraneide Etelvina Lopes<sup>1</sup>, Júlia Aparecida Devidé Nogueira<sup>2</sup>, Dais Gonçalves Rocha<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811819

**RESUMO** Esta revisão reflete sobre a fundamentação e os eixos do Programa Saúde na Escola (PSE) e sua articulação com as concepções de Promoção da Saúde (PS). A revisão integrativa permite combinar estudos com diferentes abordagens metodológicas e foi realizada nas bases científicas nacionais. Os 38 artigos selecionados foram agrupados e analisados consoante os eixos de ação presentes na normativa do PSE. Aspectos conceituais e metodológicos adotados na concepção e na operacionalização dos estudos e da PS foram analisados criticamente. Referenciais de PS na diretriz do programa e na maior parte dos estudos se misturam ao modelo preventivista, centrado em ações fragmentadas e individualizadas. Pesquisas sobre o PSE devem aproximar teoria e prática, fortalecendo princípios como integralidade (do saber, do sujeito e do cuidado), intersectorialidade (metodológica e prática) e participação social, e reconhecer os determinantes sociais da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Serviços de saúde escolar. Prevenção de doenças. Promoção da Saúde.

**ABSTRACT** *This review reflects upon the theoretical basis and the axes of the School Health Program (SHP) and its articulation with the conceptions of Health Promotion (HP). The integrative review allows to combine studies with different methodological approaches and was carried out in the national scientific basis. The 38 scientific articles were grouped and analyzed according to the axes of action present in the regulation of the SHP. Conceptual and methodological aspects adopted in the conception and operationalization of the studies and of the HP were critically analyzed. References of HP in the program guideline and in most of the studies merge with the preventive model, centered on fragmented an individual actions. Researches about SHP should approximate theory and practice, strengthening principles such as integrality (of knowledge, of subject and of care), intersectoriality (methodological and practical) and social participation, and recognize the socials determinants of health.*

**KEYWORDS** *School health services. Disease prevention. Health Promotion.*

<sup>1</sup>Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amapá (Ifap) - Porto Grande (AP), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0350-8649>  
[iraneide.lopes@ifap.edu.br](mailto:iraneide.lopes@ifap.edu.br)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Educação Física - Brasília (DF), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0318-1973>  
[julianogueira@yahoo.com](mailto:julianogueira@yahoo.com)

<sup>3</sup>Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Ciências da Saúde - Brasília (DF), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1103-5930>  
[daisrocha@yahoo.com.br](mailto:daisrocha@yahoo.com.br)





## Introdução

Políticas e programas públicos de saúde e de educação são fundamentais para a formação cidadã e para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população<sup>1</sup>. Melhores níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável, assim como uma população saudável tem maiores possibilidades de se apropriar de saberes e conhecimentos da educação formal e informal<sup>2</sup>. A escola, além de transmitir conhecimentos sobre a saúde, organizados em disciplinas, deve, também, educar e desenvolver valores e posturas críticas relacionadas à realidade social e aos estilos de vida, em processos de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e que favoreçam a autonomia e o empoderamento para a Promoção da Saúde (PS)<sup>3,4</sup>.

Considerando que os hábitos, as atitudes e crenças formados durante a infância e a adolescência têm grandes chances de serem perpetuados até a vida adulta<sup>4</sup> e que a maior parte das crianças e dos adolescentes brasileiros está na escola (98,6% das crianças de seis a 14 anos e 85,0% dos adolescentes de 15 a 17 anos)<sup>5</sup>, encontramos nas comunidades escolares *loci* privilegiado de desenvolvimento das ações de prevenção de riscos e agravos, de educação em saúde e de PS<sup>2,4</sup>. No entanto, há que se destacar que as perspectivas de PS, educação em saúde ou prevenção de agravos, interpretadas e ressignificadas pelos atores envolvidos nas ações locais, diferem em seu potencial transformador da realidade<sup>6</sup>.

A PS pode ser compreendida como

um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial [...] buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social<sup>7(7)</sup>.

Já a prevenção de agravos se dirige à mudança de comportamentos ou fatores de

risco na perspectiva individual<sup>6</sup>, buscando disseminar regras de comportamentos saudáveis (por exemplo, não fumar e fazer dieta e atividade física), e encontra na educação em saúde, particularmente, nas ações educativas tradicionais, uma de suas vertentes mais difundidas<sup>8</sup>. Um contraponto ao modelo preventivista, assistencialista e informativo (ao invés de formativo) em saúde são os programas de PS, que, reconhecendo a centralidade dos determinantes sociais nos processos de saúde e adoecimento, favorecem a participação social e o empoderamento para desenvolver respostas integrais e sustentáveis aos problemas identificados<sup>6,9</sup>.

Orientada pelos referenciais teóricos de PS alinhados com a Carta de Ottawa<sup>8</sup>, a normativa nacional interministerial (Decreto nº 6.286/2007)<sup>10</sup>, que cria o Programa Saúde na Escola (PSE), afirma que o Programa busca atender à formação integral e ao desenvolvimento da cidadania de estudantes da educação básica. Fundamentado nos princípios da intersetorialidade e da territorialidade, o PSE deve se materializar na parceria entre escola e unidade básica de saúde como espaço de convivência social que possibilite o estabelecimento de relações favoráveis à PS<sup>2,4</sup>.

A normativa<sup>10</sup> indica, ainda, que a operacionalização do Programa deve ocorrer baseada em eixos de ações, agrupados em cinco componentes: i) avaliação clínica e psicossocial dos estudantes; ii) ações de PS e prevenção de doenças e agravos; iii) educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE; iv) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e v) monitoramento e avaliação do PSE. Nota-se que, ao passar para o processo de operacionalização, a fundamentação teórica esbarra na historicidade dos processos e na concretude das realidades, da territorialidade e dos profissionais envolvidos nas dinâmicas de construção das ações em saúde na escola e mistura iniciativas complementares de atenção à saúde (diagnóstico clínico e social, estratégias de triagem e encaminhamento aos serviços de saúde); de

educação em saúde (formação e capacitação); de prevenção às doenças e agravos; e de PS<sup>2,11</sup>.

Embora complementares, as diferenças teóricas presentes nos enfoques de prevenção de agravos, educação (ou letramento) em saúde ou de PS<sup>8</sup> mantêm especificidades conceituais ligadas a visões de mundo e a projetos de sociedade diferentes e conflitantes, que se expressam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas relativas aos seus saberes e conhecimentos<sup>6</sup>. Tais questões afetam diretamente tanto a produção de conhecimentos quanto a formação profissional e a realidade dos serviços em saúde e educação<sup>2,9</sup>, incluindo o PSE.

A presente revisão de literatura identificou estudos científicos sobre o PSE, agrupou e analisou as práticas e ações reportadas ou investigadas, identificou evidências (recorrentes ou discrepantes) relativas aos componentes que orientam os eixos de ação do PSE e teceu reflexões críticas, apoiada nos referenciais teóricos da PS<sup>12</sup>, sobre a concepção e a operacionalização tanto das práticas no PSE quanto das publicações encontradas.

## Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o PSE, realizada a partir de artigos científicos publicados em periódicos indexados desde a criação do programa (em 2007) até dezembro de 2017. O método de revisão integrativa permite a combinação de estudos com diferentes abordagens metodológicas, mantendo o rigor da revisão por meio das seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; análise dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e reflexões pertinentes aos estudos<sup>13</sup>.

Devido ao interesse temático marcadamente nacional, as bases de dados consultadas foram:

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). O descritor utilizado foi 'Programa Saúde na Escola'. Critérios de inclusão foram inseridos, sempre que possível, no item de 'pesquisa/busca avançada' para delimitar as buscas por: descritor (PSE), ano da publicação (entre 2007 e 2017), tipo de material (artigo científico), disponível na íntegra (online), idioma (português) e local (Brasil). Em janeiro de 2018, obtivemos 2765 resultados no Periódicos Capes, 256 na BVS, e 12 no SciELO.

A seleção das referências e da leitura dos títulos e resumos permitiu aplicar mais dois critérios de inclusão: ter sido publicado em periódico indexado e ter o descritor 'Programa Saúde na Escola' no título, no resumo e/ou nas palavras-chave. Permitiu, ainda, excluir materiais duplicados, teses, dissertações, documentos ou pesquisas institucionais, textos publicados em anais de eventos e/ou artigos que não centraram suas análises no PSE, apenas o citavam como exemplo de política ou programa público. Nessa etapa de seleção, quando havia dúvidas, dois pesquisadores debatiam sobre a manutenção ou exclusão do artigo.

Procedeu-se, então, à leitura completa de 38 artigos. Suas principais características (autor e ano, objetivos, participantes ou informantes-chave, região em que o estudo foi realizado, abordagem metodológica e resultados) foram identificadas e tabuladas. A seguir, os artigos foram agrupados de acordo com os componentes que orientam os eixos de ação do PSE na normativa nacional<sup>10</sup>, a partir de suas contribuições centrais (os resultados reportados e/ou as práticas e ações investigadas), com base no julgamento de duas pesquisadoras. Por fim, foram ordenados por ano de publicação.

Cabe destacar que, entre os cinco eixos de ação descritos na normativa do PSE<sup>10</sup>, dois foram agrupados nas análises, e os resultados da revisão são apresentados sistematizados em quatro quadros: i) avaliação clínica e psicossocial

dos estudantes, junto com monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; ii) ações de PS e prevenção de doenças e agravos; iii) educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens para o PSE; e iv) monitoramento e avaliação do PSE. Os quadros buscam facilitar a identificação de evidências (recorrentes ou discrepantes) relativas aos componentes que orientam os eixos de ação do PSE. Por fim, os resultados são analisados frente a aspectos conceituais e metodológicos adotados na concepção e na operacionalização da PS.

## Resultados

As principais contribuições de cada um dos 38 artigos selecionados são apresentadas nos quadros 1, 2, 3 e 4, de acordo com sua

aproximação a um dos componentes que orientam os eixos de ação do PSE.

Ao agrupar estudos que abordaram ou reportaram ações de avaliação clínica e psicossocial e/ou de monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes, é possível identificar que os estudantes de diversas regiões do Brasil apresentam comportamentos e fatores de risco à saúde, tais como uso de drogas, participação em *bullying* e excesso de peso coexistindo com desnutrição (*quadro 1*). Todos os estudos sobre avaliação de saúde de escolares apresentaram abordagem quantitativa, reportando os resultados como prevalências de comportamentos de risco a partir da utilização de questionários. Nenhum teve característica de monitoramento, considerado como um processo periódico, com abrangência nacional ou regional.

Quadro 1. Estudos agrupados nos componentes de avaliação clínica e psicossocial ou da saúde dos escolares do Programa Saúde na Escola (PSE)

Referência	Objetivo (com participantes e localidade) e abordagem metodológica	Principais Resultados
Giacomozzi et al. <sup>14</sup>	Investigar o uso de álcool e outras drogas e as vulnerabilidades relacionadas em adolescentes. Florianópolis, Santa Catarina. Quantitativa.	30,1% usam álcool; 20,1%, tabaco; 7%, maconha; 1,3%, cocaína; 0,6%, crack. Estudantes que usam álcool e drogas faltam mais aulas, participam mais de brigas e são sexualmente mais ativos.
Brito e Oliveira <sup>15</sup>	Realizar diagnóstico situacional do <i>bullying</i> e autoestima em adolescentes. Olinda, Pernambuco. Quantitativa.	67,5% já presenciaram ou sofreram <i>bullying</i> . Alunos têm diversos papéis, havendo associação com sexo/gênero e autoestima dos envolvidos no <i>bullying</i> .
Honório e Hadler <sup>16</sup>	Analisar os fatores associados à obesidade em crianças. Goiânia, Goiás. Quantitativa.	21,4% têm excesso de peso, e 1,3% desnutrição. Fatores associados com obesidade: mamar mais que seis meses, sedentarismo e mastigação rápida.
Izidoro et al. <sup>17</sup>	Analisar a relação entre o estado nutricional e o desempenho escolar em crianças. Belo Horizonte, Minas Gerais. Quantitativa.	22% têm excesso de peso, e 1,7% desnutrição. 74,6% tiveram baixo desempenho escolar na prova. Crianças acima do peso apresentaram pior resultado nas tarefas de escrita e aritmética.
Pereira et al. <sup>18</sup>	Avaliar condições de saúde por meio de indicadores de aptidão física em crianças. Belo Horizonte, Minas Gerais. Quantitativa.	Média do IMC de meninos e meninas dentro de zona saudável. Testes de resistência aeróbia, força abdominal e de flexibilidade apresentaram valores considerados de risco para a saúde.
Pereira et al. <sup>19</sup>	Conhecer a prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adolescentes. Imperatriz, Maranhão. Quantitativa.	13,3% têm sobrepeso e obesidade. Fatores de proteção foram: alimentos saudáveis (arroz, feijão e frutas), com maior consumo entre meninas; e atividade física, mais prevalente em meninos. Exposição ao cigarro, a drogas ilícitas e álcool não difere entre sexos.

Fonte: Elaboração própria.

IMC - Índice de Massa Corporal.

Quanto às ações de PS e prevenção de doenças e agravos desenvolvidas no contexto do PSE, os estudos mostram que diversas atividades são realizadas (e analisadas), mas muitas ainda mantêm seu foco nos processos de prevenção de doenças e agravos, numa perspectiva clínica e por meio de práticas fragmentadas, tais como: saúde ocular, nutricional, sexual e reprodutiva, entre outras (*quadro 2*). Embora não haja registro

explícito de que as ações tenham sido de PS, algumas experiências começam a relatar certa superação do modelo assistencialista em saúde, com aproximações a alguns princípios de PS, em particular, o empoderamento e a participação social. A maioria dos estudos foi de abordagem qualitativa e teve abrangência nacional (seja como revisão de literatura, de documentos ou por dados secundários).

Quadro 2. Estudos agrupados no componente de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no Programa Saúde na Escola (PSE)

Referência	Objetivo (com participantes e localidade) e abordagem metodológica	Principais Resultados
Prado e Lima <sup>20</sup>	Revisar a literatura sobre as ações básicas de saúde ocular entre os enfermeiros vinculados ao PSE. Brasil. Qualitativa.	Atuação do enfermeiro é importante para a triagem de doenças oculares. Presença da equipe de saúde no ambiente escolar deflagra uma série de benefícios para a PS do escolar.
Teles <sup>21</sup>	Discutir a medicalização do fracasso escolar e as políticas educacionais, com foco na nutrição. Brasil. Qualitativa.	A desnutrição, reconhecida como produtora do fracasso escolar, subsidia ações do PSE. Mas o discurso medicalizante pode naturalizar o fenômeno através de concepções reducionistas que não contribuem para a superação do fracasso escolar.
Assis e Jorge <sup>22</sup>	Refletir sobre as doenças negligenciadas e a PS nas propostas curriculares dos estados e nos documentos do PSE. Brasil. Qualitativa.	Doenças negligenciadas pouco aparecem nos currículos de ciências; são ignoradas nos documentos do PSE; e têm pouco incentivo para articulação entre atores do PSE.
Machado et al. <sup>23</sup>	Descrever as ações desenvolvidas pelas ESF no PSE a partir de dados secundários (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ). Brasil. Quantitativa	Realização expressiva, mas heterogênea, de atividades na escola em todas as regiões (Norte é a que mais se destaca, seguida de Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste). Predominam as práticas preventivistas e individualistas.
Carvalho <sup>24</sup>	Analisar ações da saúde no PSE como práticas pedagógicas e verificar seu alinhamento à PS. Duque de Caxias e Nova Iguaçu, Rio de Janeiro. Qualitativa.	Em alguma medida, as ações superam o modelo assistencialista da atenção em saúde, que prioriza o indivíduo e partes dele, e desenvolveu algumas ações com foco na coletividade.
Bringel et al. <sup>25</sup>	Analisar posturas e estratégias em educação sexual e reprodutiva em sala de aula, por professores e um gestor. Juazeiro, Bahia. Qualitativo	A atuação dos educadores não encontra sustentabilidade no PSE. Os professores desconhecem o programa. O tema deve ser socializado e horizontalizado para promover a integração do conhecimento pelo PSE.
Batista; Mondini e Jaime <sup>26</sup>	Descrever ações de alimentação escolar relacionadas à prevenção do excesso de peso em estudantes. Itapevi, São Paulo. Quantitativa.	67% das escolas realizam atividades curriculares sobre os temas de alimentação e atividade física. Alimentos ultraprocessados prevalecem (68,4%) nos lanches da manhã e da tarde, e alimentos minimamente processados (92,4%) no almoço. 30,6% dos alunos têm excesso de peso.

Fonte: Elaboração própria.

Os estudos agrupados para refletir sobre a educação permanente e a capacitação de profissionais e de jovens para o PSE apontam um expressivo desconhecimento sobre o programa ou visões reducionistas sobre ele, seja na esfera normativa, conceitual e/ou prática; e a pouca

participação social (*quadro 3*). Apenas um estudo abordou o desenvolvimento de capacidades na perspectiva dos estudantes. Todos os demais se referiram à capacitação dos profissionais. A maior parte dos estudos tem características descritivas e abordagem qualitativa.

Quadro 3. Estudos agrupados no componente de educação permanente e capacitação de profissionais da educação e saúde e de jovens para o Programa Saúde na Escola (PSE)

Referência	Objetivo (com participantes e localidade) e abordagem metodológica	Principais Resultados
Jacóe et al. <sup>27</sup>	Verificar percepção dos profissionais da saúde sobre o PSE. Belo Horizonte, Minas Gerais. Quantitativa.	A despeito de defender a relevância do PSE para a comunidade local, 34,1% dos profissionais não souberam identificar, e 36,4% não souberam avaliar o PSE.
Oliveira et al. <sup>28</sup>	Apresentar reflexões sobre as relações da EF com o PSE nas visões dos professores. Vitória, Espírito Santo. Qualitativa.	Pouca clareza sobre como a EF pode ajudar a implementar o PSE. Relação reconhecida a partir do eixo 'Promoção das práticas corporais/atividade física', mas inexistência de projetos sobre o tema na escola.
Schuler et al. <sup>29</sup>	Apresentar a trajetória dos adolescentes multiplicadores na visão dos adolescentes e do grupo de trabalho. Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Qualitativa.	Ações dos multiplicadores favorecem o diálogo e o acesso aos serviços na perspectiva integral. Vão para além da escola: melhoram diálogo em casa e com amigos, disponibilizam preservativos, ajudam na caderneta de saúde do escolar, aproximam profissionais da rede e induzem ao protagonismo juvenil.
Tusset et al. <sup>30</sup>	Identificar a presença de domínios de competências em PS nos discursos de profissionais e na normativa do PSE. Brasília, Distrito Federal. Qualitativa.	Profissionais da saúde e da educação relatam práticas parcialmente convergentes com oito dos nove domínios; 'avaliação e pesquisa' não foi identificado. A normativa não apresenta os domínios 'comunicação' e 'advocacia'; 'avaliação' teve convergência parcial, pois não abrangeu 'pesquisa'.
Cord et al. <sup>31</sup>	Identificar significações sobre dificuldade de aprendizagem em profissionais da saúde e da educação. Florianópolis, Santa Catarina. Qualitativa.	Compreensão reducionista: o PSE pode contribuir para superar dificuldades de aprendizagem (percebidas como decorrentes de problemas do aluno - pouca renda, desestruturação familiar ou outros - e, em menor escala, de práticas pedagógicas e políticas educacionais) por meio de diagnóstico e medicalização.
Camargo <sup>32</sup>	Investigar a aversão à gordura a partir de profissionais da atenção básica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Qualitativa.	Visão reducionista. Excesso de gordura é tratado como doença que acarreta muitas outras, visto como uma característica inerentemente negativa, que necessita ser corrigida e prevenida sempre e a cada instante, em toda população.
Mota e Andrade <sup>33</sup>	Contribuir para a reflexão da atuação de profissionais da educação e da saúde em ações de educação para a saúde. Vitória, Espírito Santo. Qualitativa.	Temas específicos resultantes dos encontros contribuíram para a produção de instrumento educacional das atividades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que pode ser utilizado pelo PSE para promover educação em saúde na área de atenção às urgências junto à população em idade escolar.

Fonte: Elaboração própria.

EF - Educação Física; PS - Promoção da Saúde.

Por fim, a maioria dos estudos selecionados apresentou uma aproximação com o componente monitoramento e avaliação do PSE, destacando percepções sobre normas ou princípios do programa que carecem de atenção ou reorientação e apontando questões relacionadas à falta de equidade, intersetorialidade, integração e participação social em todos os níveis de ação e tomada de decisão (*quadro 4*). A maior parte desses estudos foi qualitativa e abordou análises e/ou avaliações dos processos de implementação

ou desenvolvimento do programa por meio de entrevistas com profissionais (gestores inclusive). Alguns recorreram à análise documental; mas nenhum dos estudos realizou um monitoramento sistemático e periódico, efetuado por comissão intersetorial, como indica a normativa nacional do PSE<sup>10</sup>. O compilado desses estudos permite afirmar que faltam instrumentos robustos de avaliação em PS e que existem limitações gerenciais na execução e no registro do PSE, o que dificulta aferir sua efetividade.

Quadro 4. Estudos agrupados no componente de monitoramento e avaliação do Programa Saúde na Escola (PSE)

Referência	Objetivo (com participantes e localidade) e abordagem metodológica	Principais Resultados
Ferreira et al. <sup>34</sup>	Analisar a percepção de gestores sobre intersetorialidade. Curitiba, Paraná; Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; Brasília, Distrito Federal; Olinda, Pernambuco; Manaus, Amazonas. Qualitativa.	Gestores têm conhecimentos para o trabalho intersetorial, mas são necessários ajustes conceituais e capacitações para superar o atual modelo de gestão. Não há participação dos estudantes na definição de prioridades e no planejamento das ações.
Santiago et al. <sup>35</sup>	Relatar a experiência da implantação do PSE por uma equipe da ESF. Fortaleza, Ceará. Qualitativa.	Implantar o PSE permitiu aos profissionais de saúde perceber seu papel social de educar; e um maior contato dos adolescentes com a ESF, aspectos fundamentais para transformar informações em práticas saudáveis.
Tabosa et al. <sup>36</sup>	Refletir sobre a importância da gestão da informação no PSE e a formação dos estudantes. Fortaleza, Ceará. Qualitativa.	Participação, convivência e envolvimento dos integrantes do PSE são escassos. Faltam instrumentos robustos de avaliação que traduzam a situação vigente nos territórios.
Ferreira et al. <sup>37</sup>	Analisar os diplomas normativos emitidos sobre o PSE. Brasil. Documental. Qualitativa.	Normativas apontam parceria da educação e da saúde na maior parte da estruturação do PSE; mas há contradições e iniquidades na participação dos setores. Protagonismo da saúde em áreas como financiamento, adesão e coordenação do programa.
Silva et al. <sup>38</sup>	Analisar o PSE, sua organização, a atuação dos profissionais de enfermagem e sua inserção na PS. Belo Horizonte, Minas Gerais. Qualitativa.	Os enfermeiros têm grande potencial nas ações educativas em saúde, mas a relação intersetorial da saúde e da educação ainda é um desafio a ser superado.
Dias et al. <sup>39</sup>	Analisar documentos oficiais que regulamentam o PSE, traçando características gerais conforme seus objetivos. Sobral, Ceará. Documental. Qualitativa.	Dos 46 documentos (21 normativos, 11 educativos e 14 informativos), a maioria era de âmbito nacional e poucos de âmbito regional; e os métodos, sugestões e fluxos eram direcionados ao nível publicado.
Teive e Abud <sup>40</sup>	Refletir sobre a biopolítica no PSE. Florianópolis, Santa Catarina. Qualitativa.	As práticas pedagógicas em saúde dos escolares também apresentam possibilidades de escape ou transgressão, seja pelo do debate ou pelos questionamentos na escola e junto à comunidade escolar.
Christmann e Pavão <sup>41</sup>	Valorar, na perspectiva do cuidado integral, o papel da articulação entre saúde e educação em documentos oficiais do PSE. Brasil. Qualitativa.	Articular saúde e educação é essencial e favorece a educação para saúde e em saúde. Superar a medicalização da educação e articular ações permanentes e integrais são desafios.

Quadro 4. (cont.)

Leite et al. <sup>42</sup>	Compreender a percepção dos professores sobre ações intersetoriais e PSE. Barbalha, Ceará. Qualitativa.	Projetos desenvolvidos na escola devem se articular com o PSE, mas esse ainda se caracteriza como ação assistencialista, sem integração entre os profissionais e com pouco interesse dos adolescentes.
Magalhães <sup>43</sup>	Analisar a implementação de ações interse-toriais previstas nos programas Bolsa Família, Saúde da Família e PSE na visão dos gestores. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Qualitativa.	Diferentes lógicas de divisão das áreas nas secretarias municipais de saúde, educação e assistência social dificultam a articulação entre os programas. Apesar de a intersectorialidade e a territorialização serem dimensões valorizadas no plano normativo, ações isoladas, superpos-tas e descontínuas são frequentes.
Cavalcanti et al. <sup>44</sup>	Identificar inconsistências do PSE a partir da concepção de PS. Brasil. Qualitativa.	O PSE contribui para melhorar a assistência aos estu-dantes, mas a concepção ampliada de PS ainda não é uma realidade. São desafios realizar ações multiestra-tégicas com participação social e empoderamento.
Köptcke et al. <sup>45</sup>	Identificar a situação institucional do PSE e seus processos de implementação. Gama e Candan-golândia, Distrito Federal. Qualitativa.	O PSE é percebido positivamente por potencializar articulação intersectorial, mas enfrenta desafios comu-nicacionais e na distribuição de poder entre os setores e esferas. Essa compreensão varia segundo o nível (Federal, Distrital ou local) do entrevistado.
Farias et al. <sup>46</sup>	Compreender como se dá a intersectorialidade no PSE sob a perspectiva da saúde e da educa-ção. Olinda, Pernambuco. Qualitativa.	É um dilema operar uma política intersectorial num ambiente com atores que possuem agendas setoriais e sem espaço para se dedicar a ela. Dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores e o diferente envolvimento setorial impede a sustentabi-lidade das ações.
Sousa et al. <sup>47</sup>	Avaliar a intersectorialidade dos processos político-gerenciais e as práticas vinculadas ao PSE, bem como as concepções dos profissionais envolvidos. Município na Bahia. Qualitativa.	Intersetorialidade é compreendida como parceria e traba-lho conjunto, mas a liderança na tomada de decisão e na mobilização de recursos é do setor Saúde. As atividades de saúde nas escolas possuem uma abordagem biomédi-ca e são efetivadas através de palestras.
Fontenele et al. <sup>48</sup>	Construir e validar o modelo lógico do PSE a partir dos atores-chave. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Qualitativa.	O modelo lógico explicitou as categorias: criação do PSE; avanços e desafios; e busca de resultados. In-tersectorialidade ainda é um desafio. Necessidade de sensibilização e fortalecimento das relações entre os profissionais da rede de referência e território e de um sistema de informação único.
Barbieri e Noma <sup>49</sup>	Analisar a função social do PSE a partir de seus pilares teóricos centrais, articulados com polí-ticas públicas de educação e saúde na escola. Brasil. Documental. Qualitativa.	O PSE é parte do projeto educacional burguês contem-porâneo e um instrumento de difusão da 'nova pedagogia da hegemonia', a partir da formação de subjetividades em saúde ajustadas aos delineamentos neoliberais. É agente, também, da construção de sociabilidades mais ativas e protagonistas numa 'terceira via'.
Soares et al. <sup>50</sup>	Compreender a percepção de enfermeiras da ESF sobre o PSE. Jequié, Bahia. Qualitativo	O PSE é capaz de contribuir para a integralidade em saúde, mas há limitações no conhecimento sobre o pro-grama. Isso, somado à sobrecarga de trabalho, aos proble-mas de gestão municipal e à carência de parceria com os pais, afeta as práticas. Há necessidade de capacitação.
Silva et al. <sup>51</sup>	Conhecer desafios e avanços na implantação do PSE e outras políticas públicas de promoção à saúde do escolar a partir dos gestores. Recife, Pernambuco. Qualitativa.	Há limitações gerenciais na execução e na efetividade de políticas intersetoriais. O sistema público redirecio-na gradualmente a atenção à saúde do adolescente, mas muitos profissionais têm resistência com essa faixa etária. Desafios: recursos humanos e família. Avanços: análises clínicas e abordagem do tema saú-de/doenças por professores.

Fonte: Elaboração própria.

ESF – Estratégia de Saúde da Família; PS – Promoção da Saúde.



A partir do consolidado de estudos sobre o PSE, temos que, quando analisados por ano, os primeiros estudos foram publicados a partir de 2011, sendo que o número de publicações aumenta consideravelmente a partir de 2014. Em termos regionais, não houve nenhum estudo desenvolvido especificamente na Região Norte; onze foram realizados na Região Nordeste, dez na Sudeste; cinco na Região Sul; três na Região Centro-Oeste; e outros nove tiveram abrangência nacional.

Quando agrupados por participantes ou informantes-chave, a maioria dos artigos apresentou o olhar dos profissionais (sejam da saúde ou da educação); oito estudos tiveram os estudantes como informantes-chave; três incluíram diversos atores envolvidos no processo de implantação do PSE (secretários municipais da educação e/ou da saúde, profissionais da saúde e/ou da educação, e escolares); e dois estudos tiveram como objeto de análise diversos documentos relativos ao PSE, tais como os diplomas normativos<sup>34,39</sup>.

Quanto à abordagem metodológica, a maioria utilizou metodologia qualitativa (majoritariamente, a partir de entrevistas, mas também de análise documental e relato de experiência), e nove estudos apresentaram delineamento quantitativo (majoritariamente, com uso de questionários de autopreenchimento, mas também avaliação antropométrica e/ou teste de desempenho escolar). Houve ampla variação nas palavras-chave descritas, sendo as mais frequentes: 'saúde na escola/do escolar' em 18 artigos; 'PS' em 15; 'ação intersetorial', 'adolescente' e 'políticas públicas' em cinco; 'educação' e 'obesidade' em quatro; 'atenção primária à saúde' em três; 'avaliação em saúde', 'escola', 'programas nacionais de saúde', 'saúde pública' e 'vulnerabilidade social' em dois estudos cada.

## Discussão

A presente revisão apresenta um compilado de evidências que permite tecer reflexões a

partir dos resultados dos estudos agrupados em componentes específicos do PSE; a partir das características, em especial, metodológicas e conceituais, dos estudos; e a partir da própria normativa que determina a orientação teórica e a operacionalização do Programa.

O panorama nacional da saúde do escolar explicita a necessidade de intervenções efetivas que contribuam para a melhora do estado de saúde dos escolares, reduzindo a exposição a fatores de risco para a saúde, como uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo<sup>5</sup>. Estudos locais ou regionais com escolares do PSE reforçam esse cenário, em particular, sobre o uso de drogas, da violência e da obesidade<sup>14,15,17</sup>.

No entanto, as ações para reduzir os fatores que tornam jovens vulneráveis a comportamentos de risco não podem ficar restritas à esfera do indivíduo, uma vez que mantêm relação com os ambientes cultural, econômico e político nos quais esses jovens estão inseridos<sup>6</sup>. A PS se caracteriza pela busca da conservação ou expansão da vitalidade humana, vista como totalidade irreduzível, decorrente de atividades e hábitos cotidianos afetados por fatores estruturais da sociedade em que vivemos<sup>52</sup>.

As publicações que abarcam as intervenções e ações desenvolvidas no âmbito do PSE indicam que elas ainda são centradas na atenção, na prevenção ou no manejo de comportamentos de risco, a partir de processos informativos (mas, geralmente, pouco formativos) em saúde, replicando o modelo recorrente em outras esferas da saúde pública<sup>53</sup>. Tal modelo de prática se mostra pouco efetivo e precisa ser superado. É importante trazer as dimensões da PS do discurso para a prática e incorporá-las à realidade, para equilibrar e integrar a prevenção e o cuidado clínico individual com ações multisetoriais (entre governo, sociedade civil, familiares, alunos, professores e profissionais da saúde) que aumentem os fatores ambientais de proteção à saúde<sup>23,52</sup>.

Embora alguns artigos selecionados reconheçam os determinantes sociais nos processos de saúde e doença<sup>30,38</sup>, não utilizam essa visão ampliada para desenvolver o estudo. Por exemplo, não foram encontrados estudos que abordaram temáticas como meio ambiente ou articulação com as redes sociais, incluindo a comunidade escolar ou o sistema de saúde, na superação das vulnerabilidades enfrentadas por jovens participantes do PSE<sup>14</sup>.

Estudos agrupados nos componentes de educação permanente e capacitação e de monitoramento e avaliação do PSE permitem identificar o pouco conhecimento sobre o PSE enquanto política pública<sup>54</sup>. Como a estruturação das ações do programa passa por seus atores, é fundamental que estes possuam compreensão, conhecimentos e as capacidades necessárias para desenvolvê-las<sup>55</sup>. Em adição, embora o ambiente escolar seja considerado um espaço privilegiado para a PS, a presente revisão e outros estudos mostram que a comunicação e a articulação entre os atores locais são frágeis e descontínuas<sup>56</sup>. Favorecer a comunicação, qualificar as discussões sobre as bases conceituais, ampliar a articulação entre profissionais de saúde e educação e a participação dos estudantes certamente otimizará o planejamento e o desenvolvimento das ações em saúde<sup>28,37</sup>.

Uma crítica frequente aos programas e ações de saúde na escola é que esses são apresentados, em sua maioria, por profissionais do setor de saúde de forma verticalizada e desvinculada dos conteúdos programáticos do currículo escolar. A equipe da saúde costuma adentrar a escola 'comunicando' o que deve ser feito pelos professores para que os alunos tenham mais saúde<sup>57</sup>. Tal aspecto é corroborado pela revisão e por outros estudos<sup>34</sup> quando se identifica que a maioria das pesquisas apresentou o olhar dos profissionais, principalmente da área da saúde, apontando o protagonismo desse setor no planejamento e no desenvolvimento do programa. As práticas desenvolvidas no PSE precisam superar o modelo setorial

e o paradigma medicalizante, adotado pela saúde, e avançar na construção da intersectorialidade, da cidadania, do empoderamento e da participação social<sup>58</sup>.

Uma forma de superar ou reduzir essas barreiras seria investir em educação permanente e capacitações. Mas os processos de capacitação também devem se guiar pelos princípios de PS, utilizando metodologias ativas e pesquisas-ação que favoreçam a sensibilização, a participação, a aproximação e a equidade entre os atores. Devem, também, questionar o *modus operandi* hierárquico, setorial e fragmentado presente na realidade dos sistemas de saúde e de educação no Brasil<sup>3</sup>, e investir na construção de capacidades locais para a realização de ações articuladas e sustentáveis voltadas para a realidade da comunidade escolar<sup>2</sup>. Nessa perspectiva, apontamos o desenvolvimento de competências em PS (favorecimento de mudanças; advocacia; parceria; comunicação; liderança; diagnóstico; planejamento; implementação; e avaliação e pesquisa), quando adaptadas para os contextos e as capacidades locais, como uma ferramenta que pode ser usada para favorecer a construção de práticas ampliadas e inovadoras de PS<sup>30</sup>.

Quanto aos processos de monitoramento e avaliação, estes devem ser entendidos como uma ferramenta acessível e útil aos que fazem parte do programa, sejam eles profissionais ou demais atores. Avaliar o PSE implica contribuir para superar as deficiências apontadas por aqueles que têm interesse em sua melhoria e eficácia<sup>59</sup>. Os resultados de uma avaliação podem ajudar a reorientar ou consolidar práticas de gestores e equipes envolvidas no ambiente escolar de forma a gerar transformações no cotidiano das pessoas<sup>37</sup>. Não obstante, faltam instrumentos robustos de avaliação que favoreçam a superação das limitações gerenciais na execução e no registro do programa, e ainda existe muita dificuldade por parte dos profissionais em lidar com os conceitos e as metodologias mais modernas de avaliação em saúde<sup>60</sup>, seja

na esfera teórica ou das práticas em PS<sup>61,62</sup>.

Tal aspecto é reforçado quando se analisa a perspectiva metodológica das publicações selecionadas na presente revisão. Embora haja uma prevalência de estudos com abordagens qualitativas – uma realidade diferente da hegemonia quantitativa dos estudos em saúde<sup>63</sup> –, ao menos metade dos artigos apresenta um olhar fragmentado e descontextualizado dos fenômenos investigados, estando mais alinhada à abordagem positivista. Ainda são poucos os estudos<sup>24,30,34,37,43</sup> que se destacaram por desenvolver pesquisas qualitativas consoante alguns critérios de qualidade<sup>64</sup>, o que inclui apresentar definições epistemológicas e referências conceituais adotadas. A inexistência de um posicionamento teórico claro pode ampliar a dificuldade no entendimento e a diferenciação entre a prevenção e a PS<sup>6,8</sup>.

Para citar alguns exemplos, menos da metade dos artigos selecionados utilizou o termo ‘PS’ como palavra-chave ou descritor do estudo; uma publicação utilizou o termo PS como sinônimo de prevenção de doenças e agravos, empregando o conceito de forma descontextualizada da literatura<sup>14</sup>; e algumas publicações associaram o termo prevenção ao processo de informação, educação e/ou conscientização para prevenir situações de risco (agravos e acidentes)<sup>18,23,29,34</sup>. Na maior parte dos estudos, foram encontradas diferentes aproximações com os referenciais teóricos da PS<sup>24,28,30,42,43,54</sup>.

A própria normativa do PSE carece de atenção ou reorientação, embora não seja possível afirmar se a visão de PS nela expressa se deva às concepções e ideologias que orientam as pessoas e os grupos que operam a proposta ou a confusões conceituais. É importante, também, considerar as complexas relações que se desenvolvem entre a abordagem teórica, os eixos de ações e os componentes expressos na normativa, mas é possível que imprecisões epistemológicas possam estar induzindo práticas e estudos centrados na visão clínica e preventivista. Estabelecer marcos

conceituais claros é fundamental, pois uma distorção repetida mil vezes acaba convertendo-se em ingrediente de uma interpretação da realidade capaz de produzir ou transformar as relações sociais e a saúde<sup>65</sup>.

Outro aspecto é que são raras as pesquisas a respeito do PSE, enquanto estratégia de PS, orientadas na prática por princípios tais como equidade, participação social, empoderamento, concepção holística, intersetorialidade e sustentabilidade; e/ou que busquem desenvolver competências para ações multiestratégicas; ou, ainda, que congreguem o entorno escolar com o currículo, com o intuito de constituir escolas, pessoas e conhecimentos promotores da saúde. É necessário avançar para estudos científicos sobre a efetividade das intervenções em PS que desenvolvam abordagens complexas, com participação social e perspectiva intersetorial e com temporalidade longitudinal<sup>1</sup>; e/ou sem realizar avaliações de quarta geração<sup>66</sup>.

Se, conceitualmente, a saúde escolar registra alguns avanços, em sintonia com conhecimentos técnico-científicos e sociopolíticos que gradativamente buscam superar o paradigma biomédico<sup>57</sup>, a efetiva operacionalização de práticas de PS no PSE ainda é um desafio<sup>11,30</sup>. Gerir a informação, articular os setores e atores envolvidos, sobrepujar a medicalização da educação, inclusive nas normativas, e articular ações permanentes e integrais com seu monitoramento contínuo como desafios a serem superados no cotidiano do PSE.

Essa situação paradoxal entre teoria e prática será enfrentada quando estudos e capacitações passarem, eles mesmos, a utilizar o modelo da PS, produzindo processos de produção e socialização do conhecimento que ocorram por meio de construção de capacidades e corresponsabilidades, gestão compartilhada e ações intersetoriais<sup>1</sup> que busquem fortalecer os determinantes sociais da saúde, passando pela redução das iniquidades, inclusive regionais, no Brasil<sup>27</sup>. Nesse sentido, destaca-se que a maior parte dos

estudos sobre o PSE foi desenvolvida a partir das Regiões Sul-Sudeste, consoante os indicadores de produção científica que indicam hegemonia de publicações oriundas dessas regiões<sup>67</sup>. Cabe salientar a expressiva produção sobre o tema a partir da Região Nordeste, provavelmente impulsionada por uma maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nessa região e sua relação com o funcionamento do PSE<sup>35,50</sup>.

Outra questão refere-se à intensa fragmentação das próprias políticas, normativas e dos programas que, no âmbito local, constituem-se em grandes entraves à reformulação do modelo assistencial<sup>52</sup>. A complexidade do modelo intersetorial e multidisciplinar como um mecanismo articulado de esforços e recursos direcionados para construir uma escola promotora de saúde dificulta o desenvolvimento desses programas<sup>8,68</sup>. Tal aspecto é reforçado quando os estudos sobre avaliação indicam falta de intersetorialidade, equidade, integração e participação social em todos os níveis de ação e tomada de decisão.

O modelo teórico-conceitual da PS prioriza estratégias de saúde subsidiadas por princípios que afirmam a importância de atuarmos em seus determinantes e condicionantes, numa perspectiva intersetorial, inclusiva e de participação social que visa a superar práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais<sup>6</sup>. Nessa perspectiva, o PSE e suas ações de PS se constituem como importantes ferramentas de educação, empoderamento e participação nos processos de reconhecimento do direito universal e inalienável à saúde; de garantia desse direito; e da ampliação dos determinantes sociais promotores da saúde, refletindo nas atribuições do Estado e da coletividade<sup>3,10</sup>. É fundamental que a prática científica em PS desenvolva suas pesquisas centradas na defesa da ampliação dos direitos à saúde e na redução das iniquidades<sup>69</sup>, o que, no contexto específico da atual conjuntura política e social brasileira, inclui a luta pela

democratização do Estado e os esforços de universalização da saúde.

Em termos positivos, as análises realizadas com base no conjunto total de artigos permitem afirmar, a despeito de enfoques, abordagens e resultados variados, que os(as) autores(as) e os(as) informantes-chave, em geral, entendem o PSE como uma importante estratégia intersetorial de cuidado integral aos escolares, que estimula a articulação entre os setores saúde e educação e mobiliza ações relevantes. Entre as percepções referidas, podemos citar: desenvolver, de forma conjunta ou solidária, pela população, sociedade civil e setores do Estado, ações para melhorar condições de vida e saúde; pautar os direitos sociais e o contexto social; propagar os princípios de intersetorialidade, integralidade, equidade, participação social, empoderamento, autonomia e sustentabilidade; entender a recuperação da saúde como prática social; abordar a produção de cidadania e mudanças dos determinantes sociais.

Os estudos sistematizados na presente revisão chamam a atenção para uma relação cada vez mais horizontal entre os setores saúde e educação no PSE, para a importância do trabalho conjunto entre a sociedade civil organizada, pais, profissionais da saúde, educação, justiça, assistência social, e outros, como estratégias para diminuir fatores de vulnerabilidade e aumentar os fatores de proteção à saúde. São indicadas, ainda: a necessidade da aproximação entre escola e ESF para ajudar na adoção de comportamentos saudáveis por parte dos adolescentes; a necessidade de estudos adicionais sobre *bullying* e autoestima; capacitações dos profissionais do PSE; e superação das percepções limitadas sobre o programa ou o termo de PS, desassociando-os da esfera do comportamento ou conhecimento saudável individual. Com isso, espera-se que o PSE siga se consolidando como um instrumento de diálogo entre diferentes níveis e setores da saúde, educação e sociedade civil, para desenvolver conhecimentos e práticas

promotoras de saúde, ainda que tenha que realizar, no território, ações de atenção à saúde e de prevenção às doenças e agravos<sup>10</sup>.

Acreditando que a escola e a ciência são espaços ideais para construir e compartilhar saberes que fortaleçam os fatores de proteção à saúde através da busca de soluções coletivas para problemas complexos<sup>28,70</sup> e que os objetivos do PSE devem permanecer centrados no fortalecimento da relação entre as redes de saúde e educação, motivando a comunicação entre elas, articulando as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os seus princípios e diretrizes, com direcionamentos para a educação em saúde na rede básica do ensino público<sup>34</sup>, indica-se que futuros estudos sobre o tema explorem novos modelos e metodologias complementares relacionados às práticas e aos princípios de PS nas escolas, favorecendo a participação social, o empoderamento, a equidade e a intersetorialidade.

## Considerações finais

O PSE se constitui como um importante espaço e uma oportunidade para discutir,

conceituar, aprender, desenvolver e fazer crescer o ideário da PS, avançando em inovações que ressignifiquem a escola como cenário de produção de cidadania, de empoderamento e de mudança dos determinantes dos modos de viver. A superação dos desafios identificados passa pelo reconhecimento de que as contradições conceituais apontadas na presente revisão implicam as práxis, entendidas como relação entre teoria e prática, em saúde. Recomenda-se que o planejamento e a elaboração de normas e ações relativas ao PSE, inclusive suas pesquisas científicas, amparem-se nos princípios e valores de PS. Também, que trabalhem com o desenvolvimento de competências para essa nova prática em saúde e que fortaleçam o direito de crianças e adolescentes de participar das decisões que afetam suas vidas e sua saúde. Por fim, que se estruture a formação em saúde utilizando o PSE como espaço de estágio multiprofissional no setor saúde e educação, permitindo experiências inovadoras e aprendizados, em sentido amplo, a partir da articulação intersetorial e de abordagens complexas voltadas para a coletividade. ■

## Referências

1. Bydlowski CR, Lefèvre AMC, Pereira IMTB. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(3):1771-1780.
2. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(3):829-840.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde na Escola.* Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
4. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(2):397-402.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde do escolar. Pesquisa nacional de saúde do escolar 2015.* Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
6. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000; 5(1):163-177.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
8. Terris M. *Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública.* Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
9. Silva CD, Bodstein RC. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(6):1777-1788.
10. Brasil. Decreto no 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 6 dez 2007.
11. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface.* 2003; 7(12):91-112.
12. Nogueira, RP. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970-1983. *Educ Méd Salud.* 1986; 20(3):335-350.
13. Mendes KDS, Silveira RCD, 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.
14. Giacomozzi AI, Itokasu MC, Luzardo AR, et al. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. *Saúde Soc.* 2012; 21(3):612-622.
15. Brito CC, Oliveira MT. Bullying and self-esteem in adolescents from public schools. *J. Pediatr.* 2013; 89(6):601-607.
16. Honório RF, Hadler MCCM. Factors associated with obesity in Brazilian children enrolled in the School Health Program: a case-control study. *Nutr. hosp.* 2014; 30(3):526-534.
17. Izidoro GSL, Santos JN, Oliveira TSC, et al. A influência do estado nutricional no desempenho escolar. *Rev. CEFAC.* 2014; 16(5):1541-1547.
18. Pereira LM, Cunha HL, Barbosa RM, et al. Programa Saúde na Escola: avaliação das condições de aptidão física dos estudantes da escola municipal José Maria Alkmin de Belo Horizonte. *FIEP Bulletin.* 2015; 85(1):1-8.
19. Pereira KAS, Nunes SEA, Miranda RSA, et al. Fatores de risco e proteção contra doenças crônicas não transmissíveis entre adolescentes. *Rev. Bras. Promoc. Saúde.* 2017; 30(2):205-212.

20. Prado TCM, Lima AP. Saúde Ocular: O Trabalho Preventivo do Enfermeiro no Programa de Saúde da Escola – PSE. *J. Health Sci.* 2013; 15(4):327-330.
21. Teles LAL. A nutrição no foco do Programa Saúde na Escola: reflexões sobre o processo de medicalização. *Rev. Entreideias.* 2014; 3(1):47-61.
22. Assis SS, Jorge TA. As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE). *Rev. SBEnBio.* 2014; 7:6853-6864.
23. Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APFV, et al. Programa Saúde na Escola: Estratégia Promotora de Saúde na Atenção Básica no Brasil. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.* 2015; 25(3):307-312.
24. Carvalho FF. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis.* 2015; 25(4):1207-1227.
25. Bringel NM, Marques KK, Dutra EF, et al. Posturas e estratégias sobre sexualidade a partir do programa saúde na escola: discursos de professores. *Revista de Enfermagem da UFSM.* 2016; 6(4):494-506.
26. Batista MD, Mondini L, Jaime PC. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2017; 26(3):569-578.
27. Jacóe NB, Aquino NM, Pereira SCL, et al. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. *Rev. Méd. Minas Gerais.* 2014; 24(1):43-48.
28. Oliveira VJM, Martins IR, Bracht V. Relações da Educação Física com o Programa Saúde Na Escola: visões dos Professores das escolas de Vitória/ES. *Pensar Prát.* 2015; 18(3):544-556.
29. Schuler C, Watte CB, Schutz MFS, et al. Multiplicadores adolescentes do Programa Saúde na Escola: a prevenção entre pares. *Adolesc. Saúde.* 2015; 12(1):38-43.
30. Tusset D, Nogueira JAD, Rocha DG, et al. Análise das competências em promoção da saúde a partir do marco legal e dos discursos dos profissionais que implementam o Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. *Tempus (Brasília).* 2015; 9(1):189-204.
31. Cord D, Gesser M, Nunes ASB, et al. As significações de profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) acerca das dificuldades de aprendizagem: patologização e medicalização do fracasso escolar. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2015; 35(1):40-53.
32. Camargo TS. Promover Saúde, produzir responsabilidade: uma análise do funcionamento do programa saúde na escola em Porto Alegre/RS. In: Anais do 6. Seminário Brasileiro de Estudos Culturais e Educação; 2015 jun 3. Rio Grande do Sul: SBECE; 2015. p. 1-24.
33. Mota LL, Andrade SR. Temas educativos para escolares sob a perspectiva dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2016; 50:114-121.
34. Ferreira IDRC, Vosgerau DSR, Moysés SJ, et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(12):3385-3398.
35. Santiago LM, Rodrigues MTP, Moreira TMM, et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza - CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(6):1026-1029.
36. Tabosa HR, Paes DMB, Ferreira ALD, et al. A gestão da informação no programa saúde na escola em Fortaleza - CE: impasses e alternativas. *RACIn.* 2013; 1(1):30-49.
37. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. Bras. Educ.* 2014; 19(56):61-76.
38. Silva KL, Sena RR, Gandra EC, et al. Promoção da Saúde no Programa Saúde na Escola e a inserção



- da enfermagem. *REME Rev. Min. Enferm.* 2014; 18(3):614-622.
39. Dias MSA, Gomes DF, Santos RB, et al. Programa saúde na escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. *Sanare.* 2014; 13(1):29-34.
40. Teive GMG, Abud CCR. Biopolítica e biosociabilidade na escola: O programa Saúde Escolar. *Rev. Debates Educ.* 2014; 6(12):131-138.
41. Christmann M, Pavão SMO. A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. *Rev. Educ. PUC-Camp.* 2015 dez; 20(3):265-277.
42. Leite CT, Machado MFAS, Vieira RP, et al. The school health program: teachers' perceptions. *Invest. Educ. Enferm.* 2015; 33(2):280-287.
43. Magalhães R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(7):1427-1436.
44. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos Contextos.* 2015; 14(2):387-402.
45. Köptcke LS, Caixeta IA, Rocha FG. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. *Tempus (Brasília, DF).* 2015; 9(3):213-232.
46. Farias ICV, Franco de Sá RMP, Figueiredo N, et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2016; 40(2):261-267.
47. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A interseccionalidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gereccional e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1781-1790.
48. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde debate.* 2017 mar; 41(esp):167-179.
49. Barbieri AF, Noma AK. A função social do Programa Saúde na Escola: formação para a nova sociabilidade do capital?. *Perspectiva.* 2017 mar; 35(1):161-187.
50. Soares CJ, Santos PHS, Nery AA, et al. Percepção de enfermeiras da estratégia de saúde da família sobre o programa saúde na escola. *Rev. Enferm. UFPE.* 2016 dez; 10(12):4487-4493.
51. Silva ARS, Monteiro E, Lima LS, et al. Políticas públicas na promoção à saúde do adolescente escolar: concepção de gestores. *Enferm. Glob.* 2015 jan; 14(37):268-285.
52. Luz MT. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: Fraga A, Wachs F. *Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.* Porto Alegre: UFRGS. 2007. p. 9-16.
53. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. *Saúde debate.* 2014; 38(esp):52-68.
54. Penso MA, Brasil KCTR, Arrais AR, et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saúde Soc.* 2013; 22(2):542-553.
55. Assis SS, Pimenta DN, Schall VT. Conhecimentos e práticas educativas sobre dengue: a perspectiva de professores e profissionais de saúde. *Ens. Pesqui. Educ. Ciênc.* 2013; 15(1):131-153.
56. Gomes JP. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação.* 2009; 32(1):84-91.

57. Queiroz MVO, Lucena NBF, Brasil EGM, et al. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. *Rev. da Rede Enferm. do Nord.* 2011; 12(esp):1036-1044.
58. Rocha GD, Marcelo VC, Pereira IMTB. Escola promotora de saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.* 2002; 12(1):57-63.
59. Graciano AMC, Cardoso NMM, Mattos FF, et al. Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. *J. Health Biol. Sci.* 2015; 3(1):34-38.
60. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Geneva: WHO; 2006.
61. Bosi ML, Uchimura KY. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(1):150-153.
62. Staliano P, Araújo TCCF. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Um Estudo com Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Psicol. Saúde.* 2011; 3(1):43-51.
63. Ronzani TM, Rodrigues MC. O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. *Psicol. Ciên. Profis.* 2006; 26(1):132-143.
64. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(3):507-514.
65. Russell CK, Gregory DM. Evaluation of qualitative research studies. *Evid Based Nurs.* 2003; 6(2):36-40
66. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
67. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de quarta geração.* Campinas: Unicamp; 2011.
68. Sidone OJ, Haddad EA, Mena-Chalco JP. Science in Brazilian regions: Development of scholarly production and research collaboration networks. *Transinformação.* 2016; 28(1):15-32.
69. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde debate.* 2009; 33(81):27-37.
70. Costa FS, Silva JLL, Diniz MIG. A Importância de Interface Educação/Saúde no Ambiente Escolar com prática de Promoção da Saúde. *Inf. Promoção Saúde.* 2008; 4(2):30-33.

---

Recebido em 11/04/2018

Aprovado em 08/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

# Saúde em Debate

## Instruções aos autores

ATUALIZADA EM JANEIRO DE 2018

### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://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](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

### OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

### Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

**a) Conflito de interesses.** Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

**b) Colaboradores.** Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

**c) Agradecimentos.** (Opcional).

## OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

### 1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br

# Saúde em Debate

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN JANUARY 2018

---

### SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

### GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: [www.saudeemdebate.org.br](http://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](http://www.decs.bvs.br).

**Clinical trial registration:** 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

**Ethics in research involving human beings:** the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

**Introduction:** with clear definition of the investigated problem and its rationale;

**Material and methods:** objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

**Results and discussion:** may be presented together or separately;

**Conclusions or final considerations:** depending on the type of research carried out;

**References:** only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

#### NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

### Information about authors

The journal accepts a maximum of five authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

### ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

### Complementary information (should be sent in a separate file)

**a) Conflict of interest.** The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

**b) Contributors.** Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

**c) Acknowledgements.** (Optional).

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER**

### **1. Declaration of responsibility and assignment of copyright**

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

### **2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)**

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE**

### **1. Statement of spelling and grammar proofreading**

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

### **2. Statement of translation**

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

### **Correspondence address**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Saúde em Debate

## Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN ENERO DE 2018

### ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

#### Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

**6. Reseña:** reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

**7. Documento y declaración:** a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

**Importante:** en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

### Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

### El trabajo debe contener:

**Título:** que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

**Resumen:** en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

**Palabras-clave:** al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensayos clínicos:** la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

**Ética en investigaciones que involucren seres humanos:** la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

**Introducción:** con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

**Material y métodos:** descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

**Resultados y discusión:** pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

**Conclusiones o consideraciones finales:** que depende del tipo de investigación realizada;

**Referencias:** Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

### OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y 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, cinco autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

### PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

### Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

**a) Conflicto de intereses.** Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

**b) Colaboradores.** Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

**c) Agradecimientos. (Opcional).**

## **LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor**

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

### **2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)**

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

## **DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical**

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

### **2. Declaración de traducción**

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

### **Dirección para correspondencia**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto: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 Carvalho e Cristina Antunes - B&C Revisão de Textos (inglês)  
Ana Karina Fuginelli (inglês)  
Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)  
Carla de Paula (português)  
Elis Borde (espanhol)  
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)  
Luiza Nunes (normalização)  
Maíra dos Santos Ferreira (espanhol)  
Mariana Acorse (normalização)  
Simone Basilio (português)  
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m<sup>2</sup>

*Cover in ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>*

*Core in couché matte LD 90 g/m<sup>2</sup>*

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)  
E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2018.

v. 42. n. 118; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)