



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

VOLUME 43, NÚMERO 123

RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2019

ISSN 0103-1104

## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo:	José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane 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  
Luísa Regina Pessôa  
**Suplentes | Substitutes**  
Alcides Silva de Miranda  
Maria Edna Bezerra Silva  
Simone Domingues Garcia

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

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

### SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

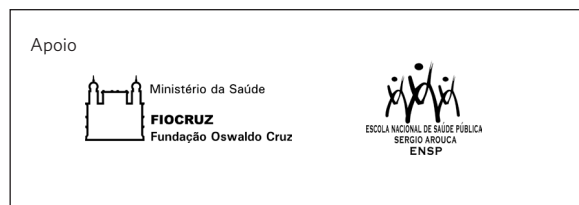
### SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

Cristina Santos

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



## SAÚDE EM DEBATE

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

### EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

### EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz  
Luiza Nunes

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 43, NÚMERO 123  
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2019

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

979 **A utopia do debate democrático na Vigilância em Saúde**

*The utopia of the democratic debate in Health Surveillance*

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

987 **Análise estratégica do Projeto QualiSUS-Rede: contribuições para avaliação em saúde pública**

*Strategic analysis of the QualiSUS-Network Project: contributions for evaluation in public health*

Margarete Martins de Oliveira, Helena Eri Shimizu, Elizabeth Moreira dos Santos, Everton Nunes da Silva

1003 **Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS**

*Construction and analysis of specialized care access performance indicators of SUS*

Gabriela Souza Assis Ferreira, Wilson Salgado Junior, André Lucirton Costa

1015 **Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde**

*Non-attendance as a factor of waste: challenge for Sustainability in a universal health system*

Sonia Maria Beltrame, Adauto Emmerich Oliveira, Maria Angelica Borges dos Santos, Edson Theodoro Santos Neto

1031 **Papel de Hospital Universitário na rede de atenção reumatológica**

*Role of University Hospital in the rheumatological care network*

Suélem Barros de Lorena, José Eudes de Lorena Sobrinho, Aline Ranzolin, Ângela Luzia Branco Pinto Duarte, Petrônio José de Lima Martelli, Eduardo Maia Freese de Carvalho

1043 **Implantação do Programa Seguro-Emprego e saúde dos trabalhadores na indústria automobilística**

*Employment-Insurance Program implantation and workers' health at automotive industry*

Leonardo Dresch Eberhardt, José Augusto Pina, Eduardo Navarro Stotz

1057 **Contexto rural e a reabilitação profissional em uma região do Vale do Ribeira**

*Rural context and professional rehabilitation in a region of the Ribeira Valley*

Camilla de Paula Zavarizzi, José Martim Marques Simas, Luiza Fabro dos Santos, Maria do Carmo Baracho de Alencar

1070 **Alimento ou mercadoria? Indicadores de autossuficiência alimentar em territórios do agronegócio, Mato Grosso, Brasil**

*Food or commodity? Indicators of food self-sufficiency in Agribusiness territories, Mato Grosso, Brazil*

Marcia Leopoldina Montanari Corrêa, Wanderlei Antônio Pignati, Marta Gislene Pignatti, Jorge Mesquita Huet Machado, Francco Antonio Neri de Souza e Lima

- 
- 1084**    **Condições da exposição a agrotóxicos de portadores da doença de Parkinson acompanhados no ambulatório de neurologia de um hospital universitário e a percepção da relação da exposição com o adoecimento**  
*Pesticide exposure conditions on Parkinson's disease patients followed at a neurology clinic of a university hospital and perception of the relationship of exposure with illness*  
Paula Renata Olegini Vasconcellos, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Gicelle Galvan Machineski, Rose Meire Costa
- 1095**    **Medicina Integrativa: um parecer situacional a partir da percepção de médicos no Sul do Brasil**  
*Integrative Medicine: situational assessment through medical perception in the South of Brazil*  
Maria Luiza Amaral Kracik, Pablo Michel Barcelos Pereira, Betine Pinto Moehlecke Iser
- 1106**    **Amandaba no Caeté: círculos de cultura como prática educativa no autocuidado de portadores de diabetes**  
*Amandaba in the Caeté: culture circles as an educational practice in the self-care of patients with diabetes*  
Suelen Trindade Correa, Socorro Castelo-Branco
- 1120**    **Cinderela de sapatinho quebrado: maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas mulheres**  
*Cinderella's shoe broken: maternity, no maternity, and parenting in stories told by women*  
Jacqueline Simone de Almeida Machado, Cláudia Maria de Mattos Penna, Regina Célia Lima Caleiro
- 1132**    **Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil**  
*Maternal deaths due to abortion among adolescents in Piauí, Brazil*  
Maria das Dores Sousa Nunes, Alberto Madeiro, Debora Diniz
- 1145**    **Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita**  
*Epidemiological and spatial analysis of cases of gestational and congenital syphilis*  
Hayla Nunes da Conceição, Joseneide Teixeira Câmara, Beatriz Mourão Pereira
- 1159**    **Acidentes Automobilísticos no Brasil em 2017: estudo ecológico dos anos de vida perdidos por incapacidade**  
*Automobile Accidents in Brazil in 2017: ecological study of the disability-adjusted life years*  
Tamires Feitosa de Lima, Raimunda Hermelinda Maia Macena, Rosa Maria Salani Mota
- 1168**    **Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil**  
*Effectiveness of participation of a municipal health council in the Brazilian South region*  
Francieli Regina Bortoli, Douglas Francisco Kovaleski

- 
- ENSAIO | ESSAY
- 1181 Um olhar sobre o Complexo Econômico Industrial da Saúde e a Pesquisa Translacional**  
*A look at the Industrial Economic Health Complex and Translational Research*  
Maria Sueli Soares Felipe, Kellen Santos Rezende, Mário Fabrício Fleury Rosa, Carlos Augusto Grabois Gadelha
- 1194 Habitação saudável e biossegurança: estratégias de análise dos fatores de risco em ambientes construídos**  
*Healthy housing and biosafety: strategies of analysis of the risk factors present in built environments*  
Simone Cynamon Cohen, Telma Abdalla de Oliveira Cardoso, Marli Brito Moreira de Albuquerque Navarro, Débora Cynamon Kligerman
- REVISÃO | REVIEW
- 1205 Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira**  
*Integrative and Complementary Practices in basic health care: a bibliometric study of Brazilian production*  
Jordana Aguiar, Lilia Aparecida Kanan, Anelise Viapiana Masiero
- 1219 Cultura dos povos originários da floresta amazônica na gestação e no puerpério: uma revisão de escopo sob o ponto de vista da segurança alimentar e nutricional**  
*Culture of people originating from the Amazon rainforest during pregnancy and the puerperium: a scope review from the point of view of food and nutrition security*  
Angélica Baptista Silva, Ianê Germano de Andrade Filha, Katherine Mary Marcelino Benevides, Deborah Moraes da Silva, Pedro Máximo de Andrade Rodrigues, Sandra Cavalcante Silva, Martha Inés Camargo Garzón
- 1240 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações**  
*Multiprofessional Health Residency Program: what publications show*  
Cinthia Alves da Silva, Maristela Dalbello-Araujo
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 1259 Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde**  
*An experience of georeferencing and mapping use in the process of territorialization in Primary Health Care*  
Melina Alves de Camargos, Fátima Corrêa Oliver
- 1270 Promoção da saúde para pessoas no regime semiaberto do sistema penitenciário: relato de experiência**  
*Health promotion for people in the semi-open prison system: a case study*  
Anne Evelyn Gomes Serra, Reângela Cintia Rodrigues de Oliveira Lima

# A utopia do debate democrático na Vigilância em Saúde

Helena Rodrigues Corrêa Filho<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912300

**COMO CONCILIAR A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** de origem militar com a marca da guerra fria com a democracia que desejamos para o Sistema Único de Saúde (SUS)? Seria essa uma tarefa utópica, impossível de atingir?

Vivemos em janeiro de 2020 sob o signo do ‘novo’ coronavírus surgido em Wuhan, capital de Hubei, na China. Desde os dias iniciais de janeiro até o primeiro decêndio de fevereiro, somamos 20 mil – ‘e um’ – casos de infecção pelo Covid-19, com 426 óbitos e 623 pessoas recuperadas aparentemente sem sequelas. Isso equivale a 2,12% de letalidade dos casos confirmados. Se a taxa de reprodução por contatos de pessoa infectante for igual ou superior a 2,6 contatos efetivos para desencadear infecção, estamos com mais de 52 mil casos novos, cuja morbidade pode ser a ponta do *iceberg*, em que estes casos sejam 15% a 20% das infecções que resultem em morbidade clinicamente detectável com outros 70% indetectáveis – outros 260 mil –, cuja transmissibilidade pode ser iniciada antes de sinais e sintomas semelhante à caxumba<sup>1</sup>.

A letalidade da pandemia do Covid-19 não é o ‘fim do mundo’ como seria se estivéssemos com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars) de letalidade de 10% igual à da gripe ‘espanhola’ do início do século XX. Apenas temos um tempo diferente, em que o tráfego aéreo da China para outros países aumentou dez vezes desde a época da Sars em 2003. Isso implica espalhar muito mais a infecção pelo Covid-19 do que aconteceu nas pandemias anteriores. Nada comparável às letalidades das pandemias de varíola, do ebola e da gripe aviária superiores a 40%.

O problema é que a Covid-19 é uma doença que, em 20 dias, atingiu o dobro do número em que a pandemia de Sars se estabilizou aos cem dias do caso inicial; e nada indica que atingiu nesse prazo o seu platô no território chinês. Se as medidas de saúde pública adotadas na China forem eficazes para conter a transmissibilidade, a pandemia pode não se concretizar. Aí está o nó em que a corda da vigilância epidemiológica se travou. A passagem da corda ou se detém na trava, ou se arrebenta.

A trava é de natureza ética, geopolítica e menos virológica. Uma doença de letalidade baixa (2,6%), mas de alta transmissibilidade (2,6 contatos transmissores efetivos por doente) pode se espalhar pelo globo terrestre, e mesmo sendo pouco letal matará muita gente. Por isso, chamamos de nó o embargo ao trânsito contínuo do fio condutor da vigilância em saúde nos dias dessa pandemia<sup>2</sup>.

Os Estados Unidos da América (EUA) são o país que mais militarizou sua vigilância epidemiológica com a criação do Centro de Controle de Doenças (CDC) em Atlanta/Geórgia. Desenvolveu métodos biológicos calcados estritamente na detecção, redução de danos, imunização e desenvolvimento de terapias de contenção epidemiológica sob controle militar sem participação popular transparente. Como o enfoque epidemiológico do CDC foi o medo da

<sup>1</sup>Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [helenocorreia@uol.com.br](mailto:helenocorreia@uol.com.br)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



guerra viral e bacteriana durante a guerra fria, esteve sempre longe da mobilização popular participativa. Os livros e filmes estão repletos de produção real e ficcional sobre o choque entre a quarentena militarizada e os direitos da população civil.

Ironicamente, é essa a acusação de epidemiologistas dos EUA contra as medidas de quarentena adotadas pelo partido comunista chinês. Alegam que os direitos civis são desrespeitados, as informações são impossíveis de validar, e acusam o conflito entre o fechamento das cidades com 40 milhões de habitantes e o direito de ir e vir.

Não sabemos em que medida os cidadãos chineses serão capacitados a participar ativamente da vigilância epidemiológica em comitês de bairro, de locais de trabalho, ou territórios de circulação e comércio. Não sabemos o grau de decisão democrática chinesa sobre notificação, investigação, auxílio às pessoas doentes e resolutividade das medidas de isolamento. Se as medidas forem militarizadas e autocráticas, estão destinadas ao fracasso porque a primeira reação do ser humano tolhido é libertar-se das amarras.

A noção de responsabilidade civil combinada com capacidade de resposta a epidemias é completamente nova no mundo. No Brasil, existe reação corporativa dos funcionários públicos contra dividirem sua missão sanitária com cidadãos considerados 'leigos'. Existe também a descrença das lideranças populares e sindicais em confiar na participação popular direta nos sistemas de Vigilância em Saúde. Tanto o documento orientador quanto os resultados ainda não divulgados da primeira Conferência Nacional de Vigilância em Saúde mostram a evolução do conceito e, ao mesmo tempo, a ausência da proposta de participação direta nos direitos de notificação, avaliação e direito de saber para cidadãos que não são trabalhadores dos sistemas de saúde<sup>3</sup>.

Na prática do SUS no Brasil, existe um universo tácito de negligência consentida pelos órgãos de saúde pública que atribui a vigilância epidemiológica apenas aos serviços públicos embora a lei destine igual responsabilidade aos serviços de saúde privados. Nesse ponto, somos absoluta imagem precária da militarização estadunidense sem termos a centralidade partidária vertical do estado comunista chinês. Pecamos por excesso de burocracia aliado à falta de estrutura.

Países centrais da Europa, além dos EUA, tomaram medidas epidemiológicas ineficazes com interesse de caráter geopolítico. Bloquearam suas fronteiras ao ingresso de cidadãos e viajantes procedentes da China, como se seus nacionais com passaporte e vistos de residência permanente fossem abençoados pela ausência de infecções de um vírus 'chinês'. A guerra comercial e geopolítica busca tirar proveito da epidemia para seus interesses comerciais e de supremacia militar.

Países governados por governos sabujos do império estadunidense, como Brasil, Chile, Equador, Bolívia e Paraguai, tomarão medidas epidemiológicas espelhadas no pior da geopolítica e na incompetência para combinar direitos civis com contenção epidemiológica. Seguirão determinações dos modelos centrais que já se demonstraram politicamente contaminados pela guerra econômica bipolar entre China e EUA com subordinação a este último.

Se os cidadãos chineses tiverem a oportunidade de organizar a vigilância civil em saúde, darão lição ao mundo sobre a melhor forma de democratizar a participação popular direta em saúde. Terão duas vitórias a exhibir. A vitória epidemiológica virá associada à vitória da politização das relações entre estado e responsabilidade sanitária popular, tal como fizeram na eliminação da esquistossomose endêmica nos anos 1960.

Se fracassar a contenção da pandemia do Covid-19 na China, e, conseqüentemente, em toda a Ásia, assistiremos ao avanço da epidemia de forma inexorável em países com sistemas de saúde incompetentes, fracos, privatizados, terceirizados, excludentes e desparelhados para lidar com a natureza humana da solidariedade na emergência de doenças.



Já imaginaram a classe média abastada ou remediada correndo em massa para seus ‘hospitais de convênio’ com sintomas de angústia respiratória? Pior que isso. Já imaginaram prefeitos, vereadores e deputados que defendem o estado mínimo neoliberal com o corte de orçamento da Emenda Constitucional 95 exigindo que seus eleitores furem a fila dos hospitais do SUS? Vai ser um *‘Holiday’* de espetáculos de clientelismo indecente como ocorreu na epidemia de meningite dos anos 1970.

Medidas militares podem conter focos epidêmicos, mas não podem conter uma pandemia. Medidas burocráticas verticais sem participação popular direta com direito de informação plena e direito de saber resultados são parcialmente eficazes, mas são incompatíveis com estados sem democracia.

Acusar o governo chinês de esconder informações e reclamar do Secretário Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) que deu apoio às ações chinesas de saúde pública é fácil para quem domina a mídia ocidental. Esconder as dimensões da fragilidade sanitária do ocidente capitalista militarizado também é fácil para quem domina a mesma mídia, como acontece no Brasil.

A Vigilância em Saúde que hoje reúne a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador ainda tem muito que progredir até dar direito pleno de notificação epidemiológica a todos os cidadãos, e não apenas aos profissionais de saúde. Todos os cidadãos notificantes deveriam ter direito às normas de confidencialidade, de saber os resultados da investigação e de partilhar a tomada de decisões em momentos de guerra humana, química, viral ou bacteriológica<sup>4</sup>. A diretriz central do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) refletida nas publicações históricas da revista ‘Saúde em Debate’ afirma: sem democracia, não há saúde. O corolário do século XXI é: sem democracia e comitês populares participativos, não há Vigilância em Saúde.

## Colaborador

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)\* é responsável pela elaboração do manuscrito.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Sheikh K, Watkins D, Wu J, et al. How Bad Will the Coronavirus Outbreak Get? Here Are 6 Key Factors [internet]. The New York Times. 2020 fev 1. [acesso em 2020 fev 1]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/world/asia/china-coronavirus-contain.html>.
2. The Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at JHU. Coronavirus 2019-nCoV Global Cases by Johns Hopkins CSSE [internet]. 2020. [acesso em 2020 fev 4]. Disponível em: [https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html?fbclid=IwAR2eUiZF\\_45JToUoSiWB5xWg5pF\\_AXXuMJSIw\\_wpKPmLNQnYiexsIih3So8#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6](https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html?fbclid=IwAR2eUiZF_45JToUoSiWB5xWg5pF_AXXuMJSIw_wpKPmLNQnYiexsIih3So8#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6).
3. Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
4. Corrêa Filho HR. As mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a Saúde do Trabalhador: revisão e tendências para o início do século XXI. In: Feliciano GG, Ebert PRL, editores. Direito Ambiental do Trabalho: Apontamentos para uma teoria geral. Direito Ambiental e do Trabalho. São Paulo: LTR Editora; 2018. p. 93-126.

# The utopia of the democratic debate in Health Surveillance

Heleno Rodrigues Corrêa Filho<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912300

**HOW TO RECONCILE THE EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE** of military origin with the mark of the Cold War with the democracy that we long for regarding the Unified Health System (SUS)? Is this an utopian task, one that is impossible to achieve?

It is January 2020 and we live under the scary image of the ‘new’ coronavirus which emerged in Wuhan, capital of Hubei, China. From the first days of January to the first ten days of February, we amounted 20 thousand – ‘and one’ – cases of infection by Covid-19, with 426 deaths and 623 people recovered apparently without sequelae. This is equivalent to a figure of 2.12% of lethality of confirmed cases. If the rate of reproduction by contact of an infectious person is equal to or greater than 2.6 effective contacts to trigger the infection, we face more than 52 thousand new cases, whose morbidity may be the tip of the iceberg, in which these cases are 15% to 20% of the infections that result in clinically detectable morbidity, with another 70% that are undetectable – another 260 thousand –, whose transmissibility can be initiated before any signals and symptoms similar to those of mumps<sup>1</sup>.

The lethality of the Covid-19 pandemic is not the ‘end of the world’, as it would be if we had a Severe Acute Respiratory Syndrome (Sars) with a 10% lethality equal to that of the ‘Spanish flu’ of the early 20th century. It is merely a different time, in which air traffic from China to other countries has increased tenfold since the time of Sars in 2003. That implies the spreading of the Covid-19 infection much more than what happened in previous pandemics. Nothing comparable to the lethalities of smallpox, ebola, and bird flu pandemics, which surpass the 40% rate.

The problem is that the Covid-19 is a disease that, in 20 days, has reached twice the number in which the SARS pandemic was stabilized at 100 days counting from the initial case; and there is nothing that indicates that it has reached its letup in Chinese territory during this period. If the public health measures adopted in China are able to be effective in curbing transmissibility, the pandemic may not materialize. There lies the knot in which the cord of epidemiological surveillance finds itself tangled. The passage of the rope either stops at the carabiner, or it breaks.

This carabiner is of an ethical, geopolitical, and less virological nature. A disease of low lethality (2.6%), but high transmissibility (2.6 effective transmitting contacts per patient) may rapidly spread across the globe, and even though it is not so lethal, it will kill many people. For that reason, we call a ‘knot’ the embargo on the continuous transit of the conducting thread of health surveillance in the times of such pandemic<sup>2</sup>.

The United States of America (USA) is the country that most militarized its epidemiological

<sup>1</sup>Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [helenocorrea@uol.com.br](mailto:helenocorrea@uol.com.br)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



surveillance with the creation of the Center for Disease Control (CDC) in Atlanta/Georgia. It developed biological methods based strictly on the detection, harm reduction, immunization, and development of epidemiological containment therapies under military control without a transparent popular participation. Since the CDC's epidemiological focus was the fear of a viral and bacterial war during the Cold War, it was always detached from any participatory popular mobilization. Literature and cinema are full of real and fictional production about the clash between militarized quarantine and the rights of civil population.

Ironically, that is the accusation of US epidemiologists against the quarantine measures adopted by the Chinese Communist Party. They claim that civil rights are disrespected, information is impossible to validate, and they accuse the conflict between the enclosure of cities with 40 million inhabitants and the right to come and go.

We do not know the extent to which Chinese citizens will be able to actively participate in epidemiological surveillance in neighborhood, workplace, or circulation and trade committees. We do not know the degree of Chinese democratic decision regarding the notification, investigation, aid to those infected, and the resolution of isolation measures. If the measures are militarized and autocratic, they are destined to fail for the immediate reaction of any curtailed human being is to free himself from his bonds.

The idea of civil responsibility combined with the capacity to respond to epidemics is a complete novelty to the world. In Brazil, there is a corporate reaction from public officials that stand against sharing their health mission with citizens considered 'laymen'. There is also the disbelief of the popular and union leaders in relying on direct popular participation in the Health Surveillance systems. Both the guiding document and the results not yet released from the first National Health Surveillance Conference show the evolution of the concept and, at the same time, the absence of the proposal for direct participation concerning the rights of notification, evaluation, and the right to know for citizens who are not professionals of the health systems<sup>3</sup>.

In the practice of the SUS in Brazil, there is a tacit universe of negligence allowed by public health agencies that attributes epidemiological surveillance only to public services, although the legislation allocates equal responsibility to private health services. In that regard, we are an absolute precarious image of the American militarization without having the vertical Party centrality of the Chinese Communist State. We err on the side of excessive bureaucracy coupled with a lack of structure.

Central European countries, besides the US, have taken ineffective epidemiological measures in view of geopolitical interest. They have closed their borders to the entry of citizens and travelers coming from China, as if their nationals with passports and permanent residence visas were blessed by the absence of infections from a 'Chinese' virus. The commercial and geopolitical war seeks to take advantage of the epidemic for its own commercial interests and military supremacy.

Countries ruled by governments that are servile to the American empire, such as Brazil, Chile, Ecuador, Bolivia, and Paraguay, will take epidemiological measures mirrored in the worst of geopolitics and in the incompetence to combine civil rights with epidemiological restraint. They will follow determinations of the central models that have already shown to be politically contaminated by the bipolar economic war between China and the US, with subordination to the latter.

If Chinese citizens have the opportunity to organize civilian health surveillance, they will teach the world the best way to democratize direct popular participation in health. They will have two victories to display. The epidemiological victory will come associated with the

victory of the politicization of the relations between the State and popular health responsibility, as they did in the elimination of the endemic schistosomiasis in the 1960s.

If the containment of the Covid-19 pandemic shall fail in China and, consequently, throughout Asia, we will witness the advance of the epidemic inexorably in countries with incompetent, weak, privatized, outsourced, exclusionary, and unequaled health systems to deal with the solidarity character of human nature in face of the emergence of diseases.

Can you picture the wealthy or well-to-do middle class rushing massively to their 'private health insurance hospitals' with symptoms of respiratory distress? Even worse: Can you picture mayors, city councilors, and congressmen who defend the neoliberal minimum State model with the budget cut of Constitutional Amendment 95 demanding that their voters jump the line of public hospitals? It will be a 'Holiday' of indecent clientelistic spectacles, as it was in the 1970's meningitis epidemic.

Military measures may contain epidemic outbreaks, but they cannot contain a pandemic. Vertical bureaucratic measures without direct popular participation with the right to full information and the right to know about results are partially effective, but are incompatible with States without democracy.

Accusing the Chinese government of hiding information and complaining about the Secretary-General of the World Health Organization (WHO) who has supported Chinese public health actions is easy for those who dominate Western media. Hiding the dimensions of the health fragility of the militarized capitalist West is also easy for those who dominate that same media, as it happens in Brazil.

The Health Surveillance that presently brings together the epidemiological, sanitary, environmental, and workers' health surveillance has yet a long way to go before granting full right to epidemiological notification to all citizens and not just to health professionals. All notifying citizens should have the right to confidentiality rules, the right to know the results of the investigation, and to share decision-making in times of human, chemical, viral, or bacteriological warfare<sup>4</sup>. The central guideline of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) that is reflected in the historical publications of the journal 'Saúde em Debate' states: without democracy, there is no health. The corollary of the 21st century is: without democracy and participatory popular committees, there is no Health Surveillance.

## Collaborator

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)\* is responsible for the elaboration of the manuscript.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## References

1. Sheikh K, Watkins D, Wu J, et al. How Bad Will the Coronavirus Outbreak Get? Here Are 6 Key Factors [internet]. The New York Times. 2020 fev 1. [acesso em 2020 fev 1]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/world/asia/china-coronavirus-contain.html>.
2. The Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at JHU. Coronavirus 2019-nCoV Global Cases by Johns Hopkins CSSE [internet]. 2020. [acesso em 2020 fev 4]. Disponível em: [https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html?fbclid=IwAR2eUiZF\\_45JToUoSiWB5xWg5pF\\_AXXuMJSIw\\_wpKPmLNQnYiexsIih3So8#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6](https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html?fbclid=IwAR2eUiZF_45JToUoSiWB5xWg5pF_AXXuMJSIw_wpKPmLNQnYiexsIih3So8#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6).
3. Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
4. Corrêa Filho HR. As mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a Saúde do Trabalhador: revisão e tendências para o início do século XXI. In: Feliciano GG, Ebert PRL, editores. Direito Ambiental do Trabalho: Apontamentos para uma teoria geral. Direito Ambiental e do Trabalho. São Paulo: LTR Editora; 2018. p. 93-126.

# Análise estratégica do Projeto QualiSUS-Rede: contribuições para avaliação em saúde pública

## *Strategic analysis of the QualiSUS-Network Project: contributions for evaluation in public health*

Margarete Martins de Oliveira<sup>1</sup>, Helena Eri Shimizu<sup>1</sup>, Elizabeth Moreira dos Santos<sup>2</sup>, Everton Nunes da Silva<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912301

**RESUMO** O QualiSUS-Rede buscou qualificar a atenção e a gestão em saúde via organização das redes de atenção. O objetivo do estudo foi analisar o processo de formulação e implementação do QualiSUS-Rede relacionado à gestão. Trata-se de estudo qualitativo, de base documental. Fez-se uso da análise estratégica, considerando suas três dimensões: pertinência do problema priorizado; pertinência do objetivo e das soluções propostas; pertinência das parcerias. Aplicou-se a análise estratégica de forma hibridizada com a teoria de mudança em seus três eixos: cadeia de efeitos e seus condicionantes, modo de funcionamento e as interações entre os atores. Elaborou-se a linha do tempo do QualiSUS-Rede, identificando os eventos críticos. Como resultado, verificou-se que o QualiSUS-Rede obteve pertinência nas três dimensões da análise estratégica. No entanto, as evidências apontam que, em intervenções futuras, os seguintes aspectos precisam ser observados: i) a agilização dos tempos institucionais; ii) a fragilidade do modelo institucional de monitoramento e avaliação; e iii) dificuldade das instâncias envolvidas com a gestão de riscos, especialmente daqueles originários das transições governamentais. O uso de múltiplas estratégias metodológicas, com base na teoria da intervenção, considerando a cadeia de efeitos e causalidades, mostrou-se potente para explicitar a teoria e o modelo de gestão no QualiSUS-Rede.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção à saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento. Análise qualitativa. Estudos de avaliação como assunto.

**ABSTRACT** QualiSUS-Network sought to qualify management and health care by means of organization of health networks. The objective of our study is to analyze the process of formulation and implementation of QualiSUS-Network related to management. This is a qualitative study, on a documentary basis. Strategic analysis was used, by considering its three dimensions: relevance of the problem prioritized; relevance of the proposed objectives and solutions; relevance of partnerships. Strategic analysis was used in a hybrid way together with the theory of change considering its three axes: chain of results and its conditioners, operation mode and interactions among actors. A timeline of QualiSUS-Network was also developed, identifying critical events. As a result, it was verified that QualiSUS-Network achieved relevance in the three dimensions of the strategic analysis. However, the evidences point out that, in future interventions, the following barriers need to be observed: i) the streamlining of institutional times; ii) the weakness of the institutional model for monitoring and evaluation; iii) difficulty of the bodies involved with risk management, especially those originating from government transitions. The use of multiple methodological strategies, based on the intervention theory, considering the chain of outcomes and causalities, have proved to be potent in explaining the theory and management model in the QualiSUS-Network.

**KEYWORDS** Health care (public health). Program evaluation. International Bank for Reconstruction and Development. Qualitative analysis. Evaluation studies as topic.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.  
margareteoliveira500@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) configura-se como uma proposta de intervenção na realidade do sistema de atenção à saúde no Brasil. Originou-se de um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – Bird), com vistas a qualificar a gestão e o cuidado em saúde, por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>1</sup>. Logo, o QualiSUS-Rede é objeto desta análise, não só pelo grande montante de recursos públicos a ele destinados (US\$ 235 milhões)<sup>1</sup>, mas porque se registra que as intervenções realizadas pelo Bird em países de baixa e média renda, inclusive no Brasil, reafirmam a centralidade de práticas de mercado, como sistema organizador e gestor mais eficiente das políticas públicas de saúde<sup>2</sup>.

A organização de RAS, escopo principal do QualiSUS-Rede, é reconhecida internacionalmente como alternativa para superar a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, conforme já demonstrado por alguns países que conseguiram consolidar sistemas integrados<sup>2-6</sup>. Os sistemas fragmentados são caracterizados, entre outras questões, por um conjunto de pontos de atenção isolados que não se comunicam, ou se comunicam de forma inadequada, e que não oferecem ação contínua, longitudinal e integral à população<sup>7</sup>. Ademais, a população nem sempre se encontra adstrita, e as autoridades sanitárias têm dificuldades para efetivar a coordenação do cuidado<sup>7,8</sup>.

As primeiras iniciativas de organização de redes de atenção ocorreram, desde os anos 1990, nos estados do Ceará, Espírito Santo e Minas Gerais, e nos municípios de Curitiba e do Rio de Janeiro<sup>9</sup>. Observadas as experiências exitosas em âmbito local e a necessidade de superar a fragmentação do sistema de atenção, em 2010, foi publicada a Portaria Ministerial GM nº 4.279, que normatiza a rede de atenção à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que estivesse estabelecida no marco legal constitucional desde 1988<sup>6</sup>.

Concomitantemente, desde os anos 2000, as estratégias de regionalização da saúde vêm sendo implementadas visando à integração dos serviços de atenção organizados em redes de atenção à saúde<sup>10</sup>.

Em 2011, foram publicadas as portarias das redes temáticas: Rede Cegonha – Portaria nº 1.459, de 24 de junho; Rede de Urgência e Emergência – Portaria nº 1.600, de 07 de julho; Rede de Atenção Psicossocial – Portaria nº 3.008, de 23 de dezembro; em 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, de nº 793, de 24 de abril<sup>6</sup>.

Nesse contexto, o QualiSUS-Rede caracterizou-se como a primeira estratégia formalmente adotada pelo Ministério da Saúde (MS) com o explícito objetivo de fomentar a organização das RAS, num momento em que essas se encontravam circunscritas a poucas experiências no País.

O QualiSUS-Rede se constituiu com três componentes, sendo os dois primeiros finalísticos, e o terceiro voltado para a gestão administrativa e financeira. O componente 1 visou à qualificação da gestão e do cuidado por meio da organização de redes de atenção à saúde, a partir das necessidades locais, por meio da implementação de 15 subprojetos regionais, sob responsabilidade dos estados selecionados. Desses 15 subprojetos, 10 estavam vinculados às regiões metropolitanas: Rio de Janeiro (RJ), Recife (PE), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), ABC (SP), Teresina (PI), Belém (PA), Região Integrada de Desenvolvimento – Ride (DF/GO/MG). Os outros cinco, vinculados às regiões que apresentam características sociais e geográficas singulares, denominadas Regiões Tipo. Essas incluíam: Alto Solimões (AM), região amazônica, com destacada presença indígena; Dourados/Ponta Porã (MS), região de fronteira internacional; Peba (PE/BA), região de fronteira de desenvolvimento agrícola; Topama (TO/PA/MA), região interestadual; e Cariri (CE), região com clima semiárido. As Regiões Tipo também são reconhecidas como regiões onde prevalecem as doenças negligenciadas, têm baixa cobertura de ações e de serviços, dificuldade de fixação de profissionais e baixo índice de desenvolvimento humano<sup>1</sup>.



O componente 2, operacionalizado de forma centralizada pelo MS, buscou implementar intervenções sistêmicas estratégicas, centradas em prioridades nacionais. O propósito foi o desenvolvimento de estratégias, instrumentos e sistemas de apoio que pudessem apoiar transversalmente a implantação ou o fortalecimento das RAS<sup>1</sup>.

O componente 3, de gestão, também de responsabilidade do MS, respondeu pelos processos políticos, técnicos e administrativos inerentes ao projeto QualiSUS-Rede como um todo<sup>1</sup>.

Acredita-se que entender os fatores intervenientes e as características que foram peculiares ao modelo de gestão adotado possa contribuir para o aprimoramento da gestão pública de políticas de saúde<sup>11</sup> e de projetos de intervenção da mesma natureza.

A análise do processo de formulação e de implementação do QualiSUS-Rede é importante pelo seu potencial de esclarecer o caminho que a intervenção percorreu e orientar futuras decisões com vistas ao aprimoramento da gestão pública, levando-se em conta as prioridades existentes, os recursos disponíveis, os processos e os resultados a serem atingidos<sup>12,13</sup>.

De igual forma, é uma oportunidade para se identificar problemas existentes na estrutura de incentivos, os quais podem explicar grande parte das dificuldades dos gestores em alcançar os resultados pretendidos, mesmo que tenham atendido a todos os requisitos estabelecidos<sup>14</sup>.

Estudos de análise estratégica são escassos na literatura, embora tenham potencial para auxiliar os gestores na tomada de decisão<sup>15,16</sup>. São mais raros ainda aqueles que exploram, para além do significado da palavra ‘pertinência’ no senso comum, as suas relações com a Teoria da Mudança (TdM).

Este artigo tem como objetivo realizar a Análise Estratégica (AE) da formulação e da implementação do QualiSUS-Rede, com ênfase no componente de gestão. Com a AE, buscou-se analisar, a partir das 3 dimensões que a compõem, a pertinência do projeto em termos de: i) priorização do problema a ser enfrentado (AE1); ii) objetivos e soluções propostos para combater o

problema priorizado (AE2); iii) parcerias estabelecidas para atingir os objetivos (AE3)<sup>11,15</sup>.

A articulação da análise estratégica com a teoria da mudança se deu por meio de três eixos analíticos, a cadeia de efeitos principais e aquelas relacionadas aos seus condicionantes: a de funcionamento e a das relações<sup>17-19</sup>. Por meio dessa hibridização, pretende-se desvendar a teoria subjacente ao QualiSUS-Rede e identificar o caminho percorrido para que as atividades levassem aos resultados esperados. Isto é, o caminho causal das atividades aos resultados planejados, que mostram por que e sob quais condições espera-se que os vários elos da via causal funcionem<sup>19</sup>. Além disso, a hibridização crítica com diferentes abordagens e modelos possibilita melhor apropriação das complexidades do real<sup>20</sup>.

Nesse contexto, foram metodologicamente construídas: i) a teoria da mudança, que permitiu compreender os elos de ligação causais existentes entre os principais efeitos esperados pelo QualiSUS-Rede; ii) a teoria do funcionamento, que identificou as diretrizes técnicas, os normativos e os instrumentos legais utilizados para viabilizar as mudanças pretendidas; e iii) a teoria das relações, que possibilitou identificar as parcerias estabelecidas por meio do arranjo de gestão instituído. Em cada eixo, foram identificados eventos críticos que, em alguma medida, afetaram a rota de mudança almejada pelo QualiSUS-Rede.

## Métodos

Trata-se de um estudo de caso, do tipo *ex post*, de base documental, com uso de técnicas e de evidências qualitativas. Foram analisados dados do período de 2006 a 2016. Compreendeu quatro etapas: i) análise documental; ii) modelização do componente de gestão da intervenção, com caracterização da teoria de mudança que lhe é subjacente<sup>19</sup>; iii) elaboração de linha do tempo para identificação de eventos críticos<sup>21</sup>; e iv) elaboração da roda de análise estratégica<sup>15</sup>.

A análise documental contemplou a revisão dos documentos referentes ao projeto, publicados ou de circulação restrita, no acervo

do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento (Desid) da Secretaria Executiva (SE). Com relação aos documentos de circulação restrita – tais como termos de compromisso estabelecidos entre o MS e as secretarias estaduais de saúde e os relatórios de monitoramento e de prestação de contas produzidos pela unidade gestora do projeto e pelas secretarias estaduais de saúde –, foi solicitado acesso ao Desid, que o concedeu por meio de manifestação de concordância de uso. Entre os documentos oficiais publicados, foram analisados: i) documento base de avaliação do projeto<sup>22</sup>; ii) o Contrato de Empréstimo nº 7.632/2009, estabelecido entre o governo brasileiro e o Banco Mundial<sup>23</sup>; iii) definição da instituição vinculada e termo de cooperação técnica com a Fiocruz; iv) Portarias, que instituíram as instâncias gestoras em nível nacional e local e as diretrizes técnicas e operacionais para execução do projeto<sup>24-27</sup>; vi) definição dos quinze subprojetos regionais e dos recursos financeiros correspondentes<sup>27</sup>; e vii) relatório de avaliação do Bird<sup>28</sup>.

A apreciação documental se deu por meio da análise de conteúdo<sup>29,30</sup>. Para a interpretação temática, apreenderam-se os núcleos de texto significativos neles contidos.

A análise documental possibilitou a identificação dos elementos que são inerentes ao QualiSUS-Rede, tais como a normatividade, o objetivo, o contexto, os componentes operacionais, o arranjo de gestão e os atores humanos, institucionais e tecnológicos. O produto dessa análise orientou a elaboração do modelo da teoria da mudança, da linha do tempo e da roda da análise estratégica.

A elaboração do modelo da teoria da mudança, a partir da cadeia de efeitos esperados, objetivou descrever a teoria subjacente ao QualiSUS-Rede. Buscou evidenciar os elos de conexão entre o problema que originou a intervenção, as estratégias, as tecnologias, as ações adotadas para superá-los e os atores envolvidos no processo, em contexto. A cadeia de efeitos esperados (TdM), usualmente expressa por diagramas, mostra o sequenciamento lógico das atividades ou dos processos da intervenção que presumidamente levariam a eles. Inclui as relações entre os

processos descritos; os riscos de ruptura de cada ligação na cadeia; e a caracterização de outros fatores explicativos (explicações rivais) para a mudança esperada<sup>19</sup>. Embora representada linearmente, representa múltiplas interações entre eventos complexos, imbricados e dinâmicos<sup>31</sup>.

A elaboração da linha do tempo se deu numa perspectiva histórica, compreendendo o processo de formulação e de implementação, impresso pelo modelo de gestão adotado, desde o primeiro documento oficial de instituição do QualiSUS-Rede até os relatórios finais de prestação de contas. O objetivo desse movimento metodológico foi apreciar o contexto, identificar possíveis eventos críticos que resultaram em intensificação, atrasos e interrupções na implementação, para, com isso, evidenciar as lacunas ocorridas entre um efeito esperado e outro.

Qualificam-se como eventos críticos aqueles que por sua ocorrência geram consequências e levam à reconfiguração da intervenção<sup>21</sup>. Compreende-se como naturalmente presentes nesse processo controvérsias que surgem a partir de diferenças existentes entre as posições dos vários atores envolvidos, pontos de vista, projetos sociais e políticos de cada um ou qualquer outra questão que esteja conjuntamente em jogo<sup>16,21,32</sup>. Pressupõe-se que os eventos críticos materializem controvérsias atinentes ao processo de formulação e de implementação.

O modelo da análise estratégica é expresso por meio da figura da roda da análise estratégica, onde estão contidas as 3 dimensões que a compõem e que movem a roda. A elaboração da roda se deu com base em elementos contextuais datados<sup>15</sup>, identificados nos documentos normativos da intervenção em análise. Desta forma, as respostas às questões centrais fundam-se na exploração concomitante de fatores contextuais, situados historicamente, que permitiram a síntese avaliativa. A síntese avaliativa (lições aprendidas) teve como objetivo sistematizar hipóteses explicativas plausíveis às questões colocadas e reúne a análise estratégica fundada na teoria da mudança.

Este estudo atendeu à Resolução nº 466/12, artigo XIII.3, e à Resolução nº 510, de 7/4/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

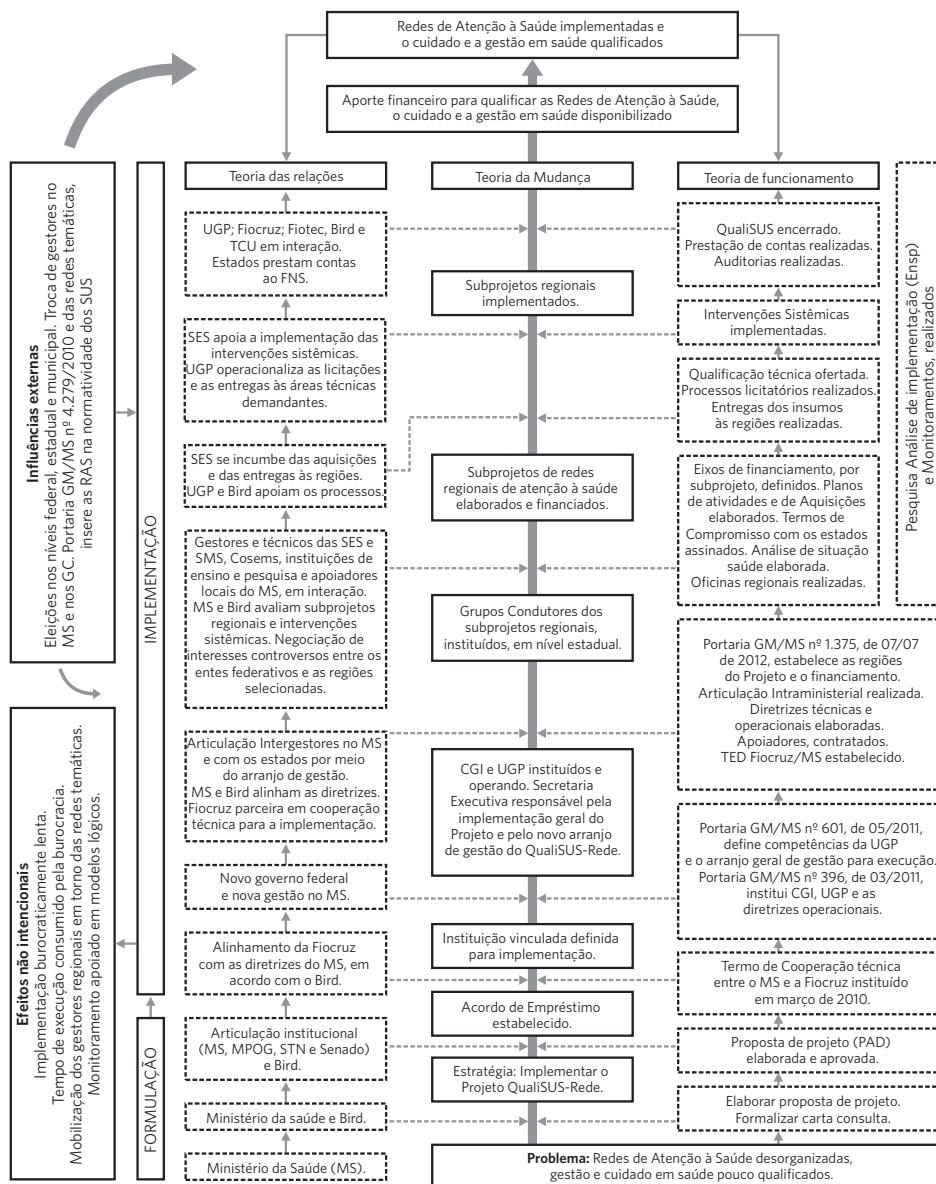
## Resultados

Os resultados são apresentados com base em três conjuntos de informações. O modelo da teoria da mudança, a linha do tempo, com identificação dos eventos críticos, e a roda da análise estratégica.

O modelo da teoria da mudança (figura 1) apresenta no eixo central da figura a cadeia

de efeitos resultantes dos eventos sucessivos ocorridos no processo de formulação e de implementação do QualiSUS-Rede. As relações de condicionamento desses efeitos são representadas nos dois eixos laterais da figura, que, de forma sintetizada, descrevem as atividades que foram os requisitos condicionantes à sucessão dos resultados na cadeia de efeitos (necessários e suficientes).

Figura 1. Modelo de Teoria da Mudança do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde - QualiSUS-Rede, 2019



Fonte: Elaboração própria, 2019.

No eixo lateral direito, estão representados os pressupostos (a teoria de funcionamento), isto é, quais são, onde e quando os dispositivos e as ações técnicas da intervenção foram mobilizados para que o efeito subsequente na cadeia acontecesse.

No eixo lateral esquerdo estão representadas as interações entre os atores-chave que atuaram na intervenção e explicitam a teoria das relações formalizadas. Esses atores estão diretamente ligados aos dispositivos e às ações técnicas, citados na teoria de funcionamento, que, quando em interação convergente, conduzem à produção sucessiva de cada efeito.

Na etapa de formulação do QualiSUS-Rede, liderada pelo MS e pelo Bird, foi definido o problema a ser enfrentado e negociado com a Secretaria de Assuntos Internacionais (Seain), do Ministério da Economia, Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG), e a solicitação de empréstimo ao Bird, para prover os recursos necessários à execução do projeto.

A aprovação da proposta se deu de forma articulada com outras instituições federais, tais como o Senado Federal, para aprovação do acordo de empréstimo no Congresso. Após a assinatura do acordo de empréstimo, deliberou-se que o projeto seria desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição vinculada ao MS. Cerca de um ano depois, o MS, pós-eleições presidenciais e sob nova gestão, retomou para si a execução do projeto e propôs um novo arranjo de gestão para a implementação, tendo o Desid como coordenador do processo<sup>33</sup>.

O arranjo formalizou as seguintes instâncias gestoras: i) Comitê Geral de Implementação (CGI), composto por representantes de todas as secretarias do MS, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), cuja atribuição foi estabelecer as

prioridades de investimento, as normativas, as diretrizes técnicas e políticas e a seleção das regiões participantes; e ii) Unidade Gestora do Projeto (UGP), responsável pela coordenação geral (administrativa e financeira) do Projeto. A UGP foi composta por uma coordenação geral, um responsável por cada um dos componentes e por especialistas contratados. Para a implementação técnica das ações definidas no CGI, a UGP contava com o apoio técnico das demais secretarias do MS<sup>25,33</sup>.

O CGI e a UGP intensificaram a articulação com os estados, encarregados de propor os subprojetos regionais. Foram criados os Grupos Condutores (GC), que viabilizaram a identificação das demandas locais, a formulação, implementação e o monitoramento dos subprojetos regionais, sob aprovação das Comissões Intergestores Regionais (CIR). A composição dos GC deveria incluir, no mínimo, três representantes da SES, um dos municípios envolvidos, um do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Goiás (Cosems), um apoiador local do MS e, quando necessário, instituições de ensino e pesquisa. Identificou-se que a composição do GC variou em número, de um para outro<sup>34</sup>.

O financiamento dos subprojetos regionais alinhou-se às diretrizes estratégicas estabelecidas pelo MS para o período de 2011 a 2014, no que diz respeito à qualificação do cuidado e da gestão em saúde. Cinco eixos de financiamento orientaram a elaboração dos subprojetos e dos respectivos planos de aquisições: 1 – Atenção Primária à Saúde; 2 – Redes Temáticas de Atenção à Saúde; 3 – Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT); 4 – Sistema de Apoio Logístico; e 5 – Fortalecimento da Governança Regional. Os 3 últimos compõem a estrutura operacional da rede de atenção. Após aprovação dos subprojetos, pelo MS e pelo Bird, os grupos condutores deveriam elaborar os respectivos planos de aquisições, para manifestação de não objeção pelo Bird<sup>34</sup>. O processo de análise ocorreu entre os meses de março e dezembro de 2012.

Por meio do componente 1, foram financiados quinze subprojetos regionais. Identificou-se que todos os subprojetos contemplaram nos planos de trabalho pelo menos 3 dos 5 eixos de financiamento, sendo que a maioria investiu nos 5.

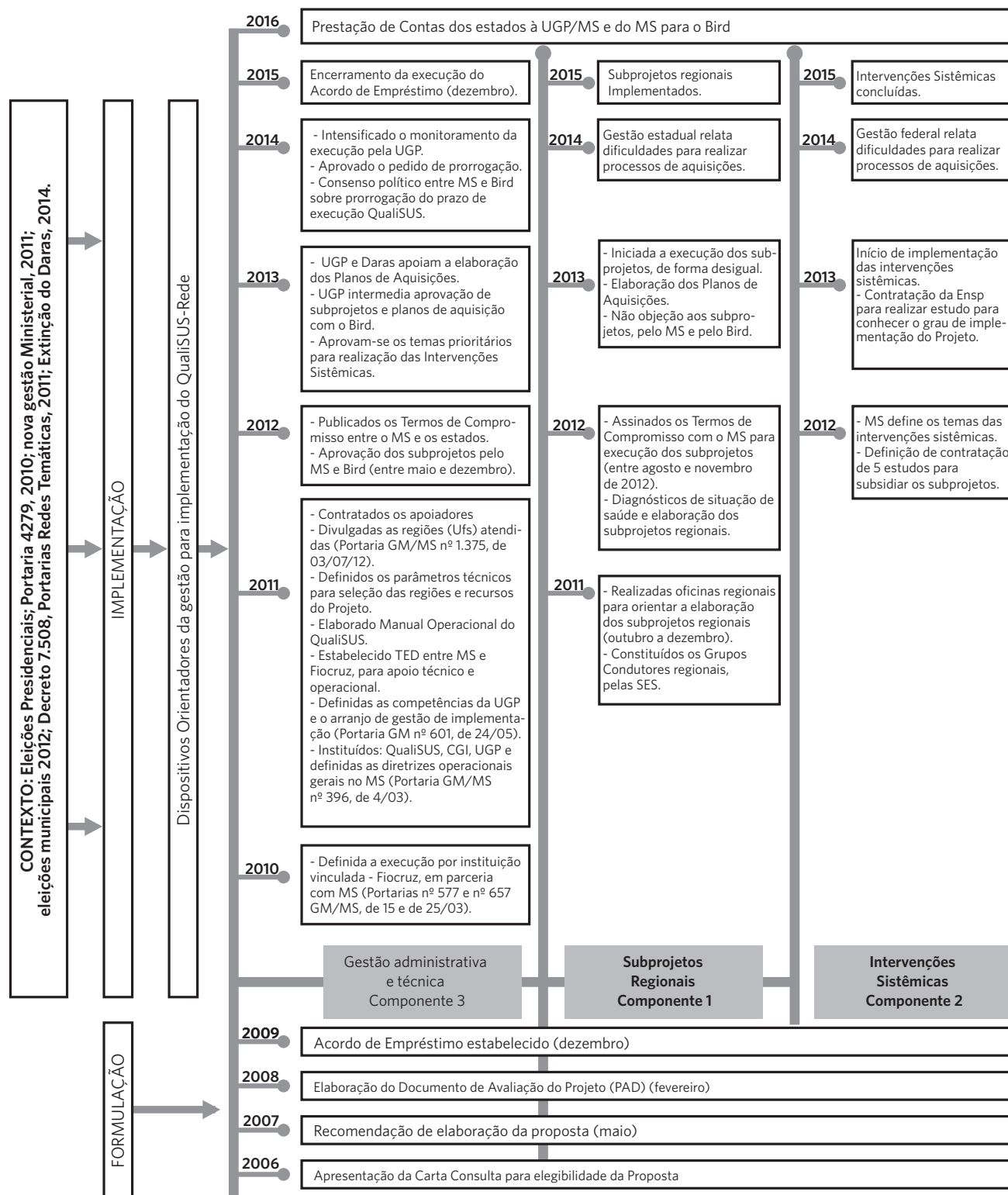
Com relação ao componente 2, o relatório final do projeto valorizou quatro intervenções sistêmicas: curso de formação de apoiadores temáticos em ambiência na saúde; qualificação da gestão de tecnologias médico-hospitalares nas RAS, com o objetivo de mapear a capacidade de gestão dos equipamentos médico-hospitalares com foco nas Redes Temáticas Cegonha e Urgência e Emergência; qualificação da gestão da assistência farmacêutica nas RAS e implementação tecnológica do e-SUS-AB. Havia uma previsão de financiamento de um conjunto de tipos de estudos para apoiar a

implementação do projeto. Apesar da iniciativa de contratação de 5 estudos, nenhuma delas foi concluída<sup>28</sup>.

A *figura 1* indica algumas influências externas e efeitos não intencionais que influenciaram o projeto, tais como a burocracia em torno das regras de licitação nacionais e do Bird e a limitada capacidade técnica local para lidar com os processos de aquisição; a descontinuidade nas equipes, a extinção do Departamento de Articulação das Redes de Atenção à Saúde (Daras/MS), a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/201035 e o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011<sup>36</sup>.

A linha do tempo do QualiSUS-Rede (*figura 2*) apresenta de forma destacada, sombreados, alguns eventos críticos que contribuíram para a alteração de rotas na gestão do projeto.

Figura 2. Linha do tempo do processo de formulação e implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde - QualiSUS-Rede (Brasil, 2006-2016)



Fonte: Elaboração própria.

O primeiro evento crítico identificado foi o prazo para execução do projeto, o qual estava previsto para dez anos, contemplando duas fases. O recurso financeiro planejado para a primeira fase foi de US\$ 235 milhões, e para a segunda, de US\$ 265 milhões, oriundos de acordo de empréstimo com o Bird. A contrapartida do governo federal se daria por meio das políticas vigentes, sem incremento obrigatório de recursos financeiros novos. No entanto, após a assinatura do acordo de empréstimo, o prazo de execução foi limitado a quatro anos e seis meses, condensando-se as duas fases previstas em uma, com recursos financeiros totais no valor do estabelecido para a primeira fase. Outro evento crítico foi o fato de que a instituição vinculada designada para execução em 2010 não movimentou o projeto em 2010. Esse fato atrasou a execução do projeto em pelo menos um ano.

Houve mudança na rota da gestão do QualiSUS-Rede quando o CGI definiu os parâmetros técnicos para a seleção das regiões e recursos para os subprojetos em 2011. Observou-se nesse momento que o documento de avaliação do projeto previu que a seleção dos subprojetos contemplaria até quinze unidades federadas e que se dariam por livre concorrência, sendo qualquer estado elegível para submeter projetos a apreciação. No entanto, o CGI optou por estabelecer parâmetros de inclusão que por si definiram os estados que seriam convidados a apresentar os subprojetos regionais<sup>34</sup>. Ainda que se reconheça que os critérios foram abrangentes, isso reduziu o escopo da concorrência. Destaque-se que o tempo decorrido para a formulação da intervenção, entre a elaboração da carta consulta e a assinatura do acordo, foi de 3 anos e 10 meses.

Pode-se afirmar que a implementação do QualiSUS-Rede deriva de um processo longo de negociação entre o governo brasileiro e o Bird. Em 2014, registrava-se baixa execução financeira dos orçamentos disponíveis para os dois componentes do projeto. Diante desse cenário crítico, houve consenso entre o MS e o Bird sobre a necessidade de se prorrogar o prazo de

execução do QualiSUS-Rede. Assim, o projeto foi prorrogado em 16 meses, redefinindo-se o encerramento para dezembro de 2015<sup>28</sup>.

A roda da análise estratégica (*figura 3*) descreve os elementos que a compõem, considerando-se as três dimensões que lhe são inerentes. A primeira dimensão de análise (AE1) verificou a pertinência do problema selecionado, frente ao conjunto de problemas listados, pelos gestores. Os principais problemas foram: uso incipiente de mecanismos e instrumentos de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação); financiamento público insuficiente e fragmentado; redes de atenção à saúde desorganizadas e cuidado e gestão em saúde desqualificados; e reduzida capacidade da gestão em prover conhecimento técnico para melhoria da qualidade da atenção. Entre os problemas listados, os gestores federais optaram por intervir na qualificação do cuidado e da gestão em saúde, por meio da organização de redes de atenção à saúde, tornando-o o objetivo da intervenção.

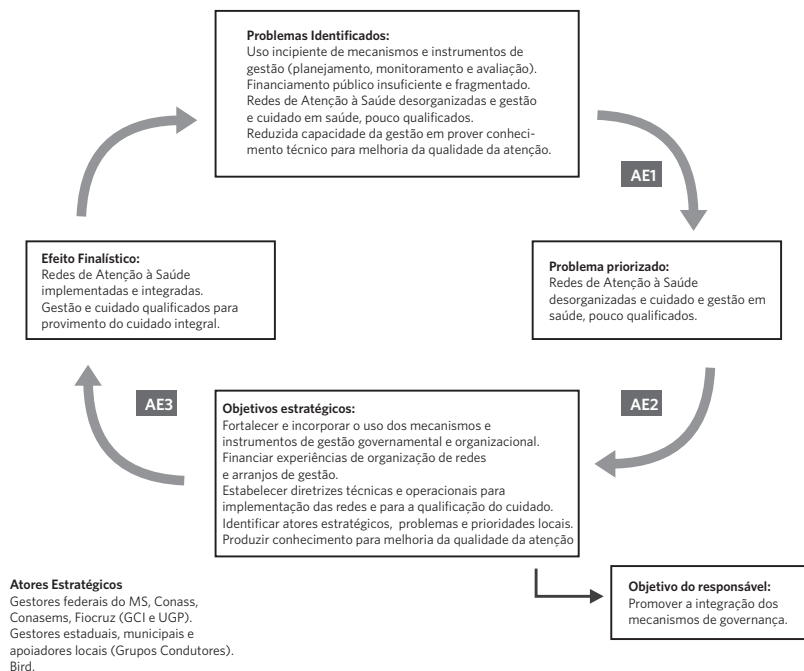
A segunda dimensão de análise (AE2) verificou se os objetivos estratégicos (soluções) propostos estariam adequados para responder às situações-problema, sendo elas: fortalecer e incorporar o uso dos mecanismos e instrumentos de gestão governamental e organizacional; financiar experiências de organização de redes e arranjos de gestão; estabelecer diretrizes técnicas e operacionais para implementação das redes e para a qualificação do cuidado; identificar atores estratégicos, problemas e prioridades locais; e produzir conhecimento para melhoria da qualidade da atenção. Sua importância está relacionada à possibilidade de se verificar a racionalidade causal da intervenção no contexto.

A terceira dimensão (AE3) verificou a pertinência dos atores envolvidos e as relações e conexões existente entre eles, assim como aprofundou a discussão sobre as respectivas atuações para lidar com as limitações administrativas e políticas inerentes ao processo de implementação. Percebeu-se que, teoricamente, a participação se deu de forma ampla, seja

no nível federal, nos níveis estadual e local, conforme apresentado no modelo de teoria de mudança, descrito na teoria de funcionamento

e na linha do tempo, mas não se identificou na documentação a participação de instituições da sociedade civil.

Figura 3. Roda da Análise Estratégica da implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede, 2019



Fonte: Adaptado de Champagne F, et al.<sup>11</sup>.

## Discussões

A teoria de mudança e a identificação dos eventos críticos por meio da organização cronológica das ações do QualiSUS-Rede, registradas na linha do tempo, desvelaram o modelo de gestão adotado e iluminaram o processo de formulação, favorecendo o conhecimento das ações implementadas. Essas duas abordagens permitiram a identificação dos condicionantes da estratégia QualiSUS-Rede de forma a embasar a exploração empírica das dimensões da AE. Os três eixos não devem e não foram interpretados como paralelos,

pois são conjuntos de pressupostos a serem compreendidos de forma interativa<sup>19,31,37</sup>. Em outras palavras, os eixos laterais são condições para a ocorrência dos efeitos do eixo central, expressam as condições ‘se’ e ‘então’, do inglês ‘if’ and ‘then’. Neste artigo, esse é o norteador da discussão.

Observou-se que a formulação do projeto QualiSUS-Rede contou com a participação de gestores que atuavam no MS e no Banco Mundial, cujas relações geraram um modelo de gestão que não incluiu outros atores estratégicos, na fase de formulação do projeto.

A análise estratégica evidenciou que a



escolha do problema foi bem-sucedida (AE1). Primeiro, a necessidade de organização das RAS não é tema novo no Brasil, e as evidências sugerem que a organização das RAS é problemática no contexto do SUS. As estratégias de organização das RAS adotadas no Brasil se apoiam em experiências de outros países que construíram sistemas universais de saúde<sup>38</sup>. O desenho da federação brasileira e as dificuldades de articulação com as quais os vários municípios de uma mesma região se defrontam quando procuram promover a integração e a hierarquização dos serviços de saúde, em especial, da rede de atenção básica com os níveis mais altos de complexidade, são alguns desses problemas<sup>39-41</sup>.

A inclusão de atores dos três níveis de gestão só ocorreu no processo de implementação quando todas as diretrizes técnicas, de financiamento e normativas já estavam definidas pelo nível central, e não inclui atores do controle social. Revisões sistemáticas realizadas sobre a transformação de grandes sistemas de saúde advogam que a participação de todos os atores interessados é condição essencial quando se propõem a modelar o sistema de saúde, em torno de objetivos comuns<sup>10,42</sup>.

Quanto à apreciação de adequação e conformidade das escolhas de ações e estratégias adotadas (AE2), pode-se afirmar que investir na estrutura operacional da rede, por meio dos subprojetos regionais, configurou-se como uma opção alinhada à perspectiva de sustentabilidade da implementação da RAS e accountability mútua<sup>43</sup>, portanto, uma escolha adequada. Afirma-se que a falta de entendimento sobre a totalidade da estrutura operacional (dispositivos de funcionamento) tem sido responsável por problemas de implantação das redes, justificada pela pouca atenção dada à organização dos sistemas de apoio, logísticos e de governança<sup>44</sup>.

Os subprojetos elaborados, compostos por muitos dos eixos temáticos disponibilizados para financiamento, mostraram que o processo de priorização técnica para definir-se o investimento necessário para atender às diversas

necessidades inerentes à organização das redes de atenção levou os gestores a não observarem a existência de suficiência e a otimização dos recursos financeiros com base nos objetivos comuns, mas nas necessidades individuais dos municípios. Deve-se considerar que a implementação de uma política se dá com muitas incertezas, uma vez que o envolvimento de múltiplos atores, geralmente com concepções e interesses próprios, e não necessariamente coincidentes, pode levar a ambientes de disputas e dificuldades de centralidade em torno de objetivos comuns<sup>14</sup>.

Além disso, dar operacionalidade e concretude à execução dos subprojetos regionais num contexto de desmobilização dos grupos de trabalho locais, causados pelos diferentes períodos eleitorais e de mudanças governamentais, imprimiu morosidade na execução do projeto, ainda que os grupos condutores, com apoio dos apoiadores locais que atuaram como interlocutores entre os estados e o MS, tenham feito seu papel de dinamizar as agendas e se dedicado a manter regularidade na execução<sup>45,46</sup>.

A necessidade de fazer convergirem as regras de licitação existentes no Brasil com as regras estabelecidas pelo Bird para aquisição de bens e serviços foi um fator de dificuldade e agregou demora na consecução das aquisições. A administração pública tem problemas nesse setor. Ainda há carência de profissionais para atuarem nessa área, e a instrumentalização desses processos é precária, comprometendo-se a fase mais importante da licitação, que é a de planejamento do certame, que se relaciona com: especificação, quantificação, pesquisa de mercado, estimativa de preço, elaboração do projeto básico ou do termo de referência<sup>47,48</sup>.

Identificaram-se múltiplas tentativas de contratação dos estudos sistêmicos catalizadores da implementação referente ao componente 2. Atender à modalidade de contratação praticada pelo Bird para essa ação, em função do tempo disponível para realizá-la, mostrou-se inadequado. A duração, em torno de 24 meses do início à conclusão do processo, inviabilizou a realização dos estudos previstos.

Com relação à terceira dimensão que compõe a Análise Estratégica (AE3), exceto na formulação, verificou-se a pertinência das parcerias estabelecidas. No nível federal, todas as secretarias do MS compuseram o arranjo de gestão. Já no nível estadual, os grupos condutores foram compostos por representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos Cosems e de universidades<sup>1</sup>.

Percebeu-se, ao analisar as atas de reunião da UGP, que houve desmobilização do CGI no decorrer do terceiro ano de execução. Isso não se explica apenas pelo esvaziamento de suas competências político-estratégicas, à medida que o projeto progredia no processo de sua execução, mas pelo fato de que a execução incipiente tornou invisível a necessidade de acompanhamento por parte desses atores. A adoção de uma política não necessariamente garante a sua implementação, que pode encontrar resistência, ser cooptada ou transformada, muitas vezes tornando-se sem significado em face dos muitos atores e interesses que a compõem<sup>14</sup>.

Toda indução financeira gera ritos formais e não formais. O rito formal está explícito no modelo normativo operacional adotado, que por si só engendra arranjos contextuais que se corporificam como arranjos não formais ou tácitos, através dos mecanismos e processos de implementação. A indução catalizadora não se implementa linearmente, mas ocorre submersa em contextos nos quais fatores complicadores constantemente requerem negociações, ajustes internos e mesmo desvios do objetivo proposto.

## Considerações finais

Este estudo viabilizou o conhecimento do caminho percorrido pelo Qualisus-Rede, da formulação à implementação, com seus resultados esperados, expressos nos modelos elaborados. Ao desvelar a cadeia de causalidade explicitada nos normativos que orientaram a implementação da intervenção, identificaram-se as hipóteses de mudança esperadas pelo QualiSUS-Rede. Os modelos se mostraram

potentes para identificar todos os atores envolvidos e suas respectivas ligações com a teoria de funcionamento para produção dos efeitos de causalidade.

As evidências apontaram três aspectos fundamentais para o aprimoramento da gestão do QualiSUS-Rede: i) a agilização dos tempos institucionais; ii) a fragilidade do modelo institucional de monitoramento e avaliação da estratégia; e iii) dificuldade das instâncias internas do projeto com a gestão de riscos, especialmente daqueles originários dos períodos de transição de governo. Todos se relacionam à prospecção de contexto, análise dos riscos e pactuação da hierarquia de valor agregado, inerentes à apreciação *ex ante* da estratégia e relacionados à sua modelização.

A análise estratégica evidenciou que os arranjos de gestão não se formam apenas em espaços formais de negociação, principalmente no âmbito regional/local. O fato incontestável é que, nesse âmbito, os arranjos não se sustentam e se descontinuum. Assim, parece recomendável a exploração desses, por estudos que utilizem a teoria de mudança, esquadrinhem de maneira explícita a racionalidade causal da estratégia adotada. Mais significativa ainda parece ser a necessidade de, no momento de formulação, desenhar não só o modo de funcionamento técnico, mas antecipar as relações entre os atores e seus interesses coletivos e/ou privados que tenham prevalecido nas negociações e nos acordos. Da mesma forma, são requeridos estudos sobre modelos de monitoramento capazes de informar a ação, prática ainda incipiente na implementação de políticas públicas no Brasil.

No processo de mobilização de teorias que tornassem explícitos os pressupostos que informaram o QualiSUS-Rede, a utilização da teoria da mudança e de seus componentes lógicos (racionalidade causal, teoria de funcionamento e teoria das relações) para a modelização das etapas da análise estratégica tornou a construção de evidências transparente, possibilitando a validação por pares e viabilizando devolutivas úteis para o aprimoramento institucional.

O estudo demonstrou potência de se trabalhar com múltiplas estratégias metodológicas, com base na teoria da intervenção, considerando a cadeia de efeitos e causalidades que compuseram a intervenção. O estudo aqui apresentado, aplicado ao QualiSUS-Rede, configura-se, no entendimento dos autores, um caminho para teorização de outras intervenções de mesma natureza, considerando naturalmente as especificidades e os contextos em que cada um se insere.

## Colaboradores

Oliveira MM (0000-0002-3926-4519)\*, Santos EM (0000-0002-2137-7048)\* e Silva EN (0000-0001-8747-4185)\* contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento, a análise e interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final. Shimizu HE (0000-0001-5612-5695)\* contribuiu para a concepção, orientação, e revisão da versão final. ■

---

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Operacional do Projeto QualiSUS-rede -Documento Base - Volume 1 [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 56 p. [acesso em 8 jan 2018]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/08/Vol1DocBaseQualiSUS-RedeWeb.pdf>.
2. Organização Pan-americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, USA: OPAS/OMS; 2007.
3. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde [internet]. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007. 154 p. [acesso em 2 fev 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revisao\\_bibliografica\\_redes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revisao_bibliografica_redes.pdf).
4. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [internet]. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p. [acesso em 21 dez 2017]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf).
5. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis* (Rio J.). [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 12]; 23(4):1101-1122. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
6. Magalhães Jr. HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg. saúde debate*. 2014; 52(15-37).

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2011 [acesso em 14 jan 2019]; 16(6):2753-2762. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&tln g=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&tln g=pt).
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2010 [acesso em 2 fev 2019]; 15(5):2297-2305. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso&tln g=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso&tln g=pt).
9. Albuquerque MV, Viana ALD. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2017 dez 21]; 39(esp):28-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>.
10. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet* [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 23]; 23(6):1791-1798. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&tln g=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&tln g=pt).
11. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, organizadores. *Avaliação: conceitos Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 41-60.
12. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. *Avaliação conceito e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 291 p.
13. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM, Furtado JP, et al. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública* (Online). [internet]. 2014 [acesso em 2018 fev 3]; 30(12):2643-2655. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=pt&tln g=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=pt&tln g=pt).
14. Arretche M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB, organizadores. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC; 2001. p. 43-56.
15. Champagne F, Brousselle A, Contandriopoulos AP, et al. *A Análise Estratégica*. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, organizadores. *Avaliação: conceitos Métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 95-104.
16. Soares BC, Cardoso GCP, Figueiró AC. Análise estratégica da Vigilância Epidemiológica em tuberculose: uma experiência local. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2018 mar 11]; 41(esp):22-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0022.pdf>.
17. Chen H-T. A conceptual framework of program theory for practiotiners. In: Chen HT, organizador. *Practical program evaluation: assessing and improving, planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks, California: SAGE; 2005. p. 15-45.
18. Rossy PH, Lipsey MW, Freeman HE. Expressing and assessing program theory. In: Rossy PH, Lipsey MW, Freeman HE, organizadores. *Evaluation: a Systematic Approach a systematic approach*. Thousand Oaks, California: SAGE; 2004. p. 133-68.
19. Ottawa JM. Useful Theory of Change Models. *Can J Progr Eval* [internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 30(12):119-142. Disponível em: [https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/30-2-119\\_0.pdf](https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/30-2-119_0.pdf).
20. Santos EM, Oliveira EA, Cardoso G, et al. Avaliações inclusivas: uma reflexão sobre possibilidades e implicações de abordagens participativas para a prática em avaliação. *Rev Salud Ambiental*. 2018; 18(2):172-181.
21. Figueiro AC, Araújo Oliveira SR, Hartz Z, et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *Int J Public Health*. 2017; 62(2):177-186.

22. World B. Project appraisal document for a network formation and quality improvement project (QUALISUS-REDE) [internet]. Brasília, DF: QUALISUS-REDE; 2008. [acesso em 2018 mar 3]. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/566961468225310105/pdf/423590PAD0P0881E00ONLY10R20091000211.pdf>.
23. World B. Loan Agreement (Health Network Formation and Quality Improvement Project – QUALISUS-REDE) [internet]. Brasília, DF: QUALISUS-REDE; 2009. [acesso em 2019 out 4]. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/444211468015668781/pdf/CONF0MED0Loan1BR010QualiSUS0Rede0.pdf>.
24. Magalhães R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015 [acesso em 20 jan 2019]; 31(7):1427-1436. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000701427](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701427).
25. Brasil. Portaria nº 577, de 15 de março de 2010. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde - QualiSUS- Rede, o Comitê Gestor de Implementação - CGI, a Unidade de Gerenciamento de Projeto (UGP). [internet]. Diário Oficial da União. 16 Mar 2010. [acesso em 20 jan 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt0577\\_15\\_03\\_2010\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt0577_15_03_2010_comp.html).
26. Brasil. Portaria nº 601, de 24 de maio de 2011. Dispõe sobre a organização e as competências da Unidade de Gestão do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) e define o arranjo de gestão para a execução dos subprojetos. [internet]. Diário Oficial da União. 25 Maio 2010. [acesso em 20 jan 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/se/2011/prt0601\\_24\\_05\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/se/2011/prt0601_24_05_2011.html).
27. Brasil. Portaria nº 1.375, de 3 de Julho de 2012. Define as regiões selecionadas para participação e implementação das ações dos subprojetos do Projeto QualiSUS-Rede. Diário Oficial da União. 4 Jul 2012.
28. World Bank. Independent Evaluation Group (IEG). BR Health Network Formation & Quality [internet]. Washington: World Bank; 2017. 10 p. [acesso em 2019 out 7]. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/437261485364913871/pdf/ICRR-Disclosable-P088716-01-25-2017-1485364900963.pdf>.
29. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. 223 p.
30. Spink P. Análise de documentos de domínio público. In: Spink MJ, organizador. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2004. p. 123-51.
31. Davis R. Scale, Complexity and the Representation of Theories of Change: Part II. *Evaluation* [internet]. 2005 [acesso em 10 fev 2019]; 11(1):133-149. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.914.1955&rep=rep1&type=pdf>.
32. Clavier C, Sénéchal Y, Vibert S, et al. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. *Social Health Illn*. 2012; 34(5):791-805.
33. Brasil. Portaria nº 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. [internet]. Diário Oficial da União. 4 Mar 2011. [acesso em 8 jan 2018]. Disponível em: [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe\\_eletronico/2011/iels.mar.11/Iels44/U\\_PT-MS-GM-396\\_040311.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.mar.11/Iels44/U_PT-MS-GM-396_040311.pdf).
34. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Operacional. Volume 2. Adesão ao projeto e formação das propostas dos subprojetos. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2019 jun 6]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/08/Vol2AdesaoFormulaSubprojetoQualiSUS-RedeWeb.pdf>.
35. 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) [internet]. Diário Oficial da União. 31 Dez 2010. [acesso em 11 jan 2019]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf).
36. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [internet]. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm).
  37. Patton MQ. Developmental evaluation for equity-focused evaluations. In: Marco Segone, editor. Evaluation for equitable development results [internet]. New York: UNICEF; 2012. p. 102-114. [acesso em 2019 fev 10]. Disponível em: <http://www.unicef.org/evaluation/index.html>.
  38. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(5):2307-2316.
  39. Assis E, Cruz VS, Trentin EF, et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: A experiência de um coletivo regional. Saúde e Soc. 2009; 18(supl):17-21.
  40. Machado CV, Lima LD, Viana AL, et al. Federalism and health policy: the intergovernmental committees in Brazil. Rev Saude Publica. [internet]. 2014 [acesso em 20 fev 2019]; 48(4):642-650. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000400642](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400642).
  41. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Ciênc. Saúde Colet [internet]. 2011 [acesso em 22 jan 2019]; 16(3):3003-3016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf>.
  42. Best A, Greenhalgh T, Lewis S, et al. Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. Milbank Q [internet]. 2012 [acesso em 2019 fev 7]; 90(3):421-456. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22985277>.
  43. Organization for Economic Co-operation and Development. The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action [internet]. Paris: OECD; 2008. [acesso em 2019 fev 10]. Disponível em: <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34428351.pdf>.
  44. Mendes EV. Comentário sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. Divulg. Saúde debate. 2014; (52):38-49.
  45. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2017 [acesso em 2 fev 2019]; 22(4):1209-1224. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=pt&tlng=pt).
  46. Oliveira EA, Cardoso GCP, Santos EM, et al. O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão? Saúde debate [internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 7]; 41(esp):275-289. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500275&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500275&lng=pt&tlng=pt).
  47. Fernandes JUJ. Sistema de Registro de Preços e Preção Presencial e Eletrônico. 6. ed. Belo Horizonte: Fórum; 2015. 636 p.
  48. Martins VLS, Marques LS. A proposta de um modelo de gestão e fiscalização de contratos em uma unidade federal de saúde. Brazilian J Dev [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 22]; 4(5):1838-1852. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-4060200000200013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-4060200000200013&lng=pt&tlng=pt).

---

Recebido em 29/03/2019

Aprovado em 16/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS

## *Construction and analysis of specialized care access performance indicators of SUS*

Gabriela Souza Assis Ferreira<sup>1</sup>, Wilson Salgado Junior<sup>2</sup>, André Lucirton Costa<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912302

**RESUMO** Este estudo objetiva identificar informações a serem utilizadas para analisar o desempenho do acesso à atenção secundária à saúde. Foram analisados os acessos à especialidade de cirurgia digestiva do Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP) e do Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB). Foram entrevistados 31 atores, em 16 organizações de saúde, com o objetivo de identificar indicadores de desempenho. Os indicadores identificados para ambos foram: 'distribuição de vagas por município', 'situação após a primeira consulta' e 'Pedidos de Interconsulta (PI)'. No acesso ao HERP, acrescentou-se o 'tempo para triagem'. Os dados para análise foram extraídos do Sistema de Apoio a Regulação Assistencial (Sara), utilizado somente no acesso ao HERP; e o sistema do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (módulo Athos), utilizado em ambos. Essas informações podem ser úteis para caracterizar os processos, compará-los e auxiliar na identificação de oportunidades de melhoria, tornando-os mais transparentes aos envolvidos. O acesso eficiente permite o uso racional de recursos e a ampliação do acesso dos pacientes aos serviços, uma vez que possibilita redução de desperdício, ociosidade e tempo de espera.

**PALAVRAS-CHAVE** Eficiência. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Atenção secundária à saúde. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *This study aims to identify information to be used in order to analyze the performance of access to secondary health care. The accesses to the specialty of digestive surgery of the Ribeirão Preto State Hospital (HERP) and the Américo Brasiliense State Hospital (HEAB) were analyzed. Thirty-one actors, in 16 health organizations, were interviewed, with the purpose of identifying performance indicators. The indicators identified for both were: 'distribution of vacancies by municipality', 'situation after the first consultation' and 'requests for consultation (PI)'. In access to HERP, the 'time for screening' was added. The data for analysis were extracted from the Assistance Regulation Support System (Sara), used only to access the HERP; and the system of the Clinical Hospital of Ribeirão Preto Medical School (Athos module), used in both. This information can be useful for characterizing processes, comparing them and assist in the identification of improvement opportunities by making them more transparent to those involved. Efficient access allows rational use of resources and increased patient access to services, as it enables reduction of waste, idleness and waiting time.*

**KEYWORDS** *Efficiency. Quality indicators, health care. Secondary care. Unified Health System.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA) - Ribeirão Preto (SP), Brasil. [gabriela\\_sassis@yahoo.com.br](mailto:gabriela_sassis@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.



## Introdução

O desempenho de um processo está relacionado com o seu rendimento com relação a tempo, custo, capacidade e qualidade. Gerenciar o desempenho dos processos tem um papel-chave na oferta eficiente e eficaz de serviços e produtos, uma vez que permite compreender seu desempenho e contribuir para a sua transformação<sup>1</sup>. A construção de indicadores de desempenho, também chamados de KPIs, do inglês Key Performance Indicator, é essencial para relatar o desempenho das organizações, destacar deficiências e possibilitar identificar oportunidades de melhorias<sup>2</sup>. No setor de saúde, os processos são desempenhados por atores que possuem diversas metas, muitas vezes conflitantes, como acesso aos serviços, rentabilidade, redução de custos, qualidade, segurança e satisfação do paciente<sup>3</sup>, o que torna a avaliação de desempenho algo muito complexo.

Quando se aborda a avaliação de desempenho de um sistema de saúde como o Sistema Único de Saúde (SUS), e não somente de organizações individualmente, essa complexidade aumenta, uma vez que ele é organizado em realidades desiguais, com demandas diferentes, e, principalmente, por envolver estruturas de governos das esferas municipal, estadual e federal<sup>4</sup>.

Buscando alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento dos recursos públicos, as organizações de saúde utilizam como instrumento de gestão a regulação assistencial. Entretanto, esse processo necessita de aprimoramentos para garantir a qualidade do atendimento e a alocação eficiente de recursos no SUS<sup>5</sup>.

A desorganização do fluxo de usuários é um grande problema enfrentado pelo SUS. As queixas com relação a limites de acesso, qualidade e carências nos serviços de saúde de média e alta complexidade são crescentes<sup>6,7</sup>. Spedo, Pinto e Tanaka<sup>8</sup> realizaram um estudo no município de São Paulo que identificou que não há um equilíbrio entre a oferta e a demanda dos serviços de atenção secundária à saúde, cujo acesso é um dos maiores entraves para a efetivação da integralidade do cuidado no SUS. A atenção secundária

exerce função indispensável na resolubilidade e na integralidade do cuidado<sup>9</sup>.

Dessa forma, fica clara a importância de medir a eficiência do acesso aos serviços de saúde, buscando identificar oportunidades de melhoria. Assim, questiona-se: como medir o desempenho do acesso à atenção secundária à saúde a partir de dados gerados nos sistemas de informação de gerenciamento de demanda?

Para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, é possível utilizar indicadores de efetividade; acesso; eficiência; respeito aos direitos das pessoas; aceitabilidade; continuidade; adequação; e segurança<sup>10</sup>. Nesta pesquisa, foram analisados indicadores relacionados à dimensão acesso. Os indicadores de acesso mostram a “capacidade do sistema de saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no lugar adequado”<sup>10</sup>. Esses indicadores são normalmente utilizados para avaliar se o paciente teve ou não acesso a determinado tipo de serviço, evidenciando o número de procedimentos realizados em determinada região.

A lacuna que esta pesquisa busca preencher é a de ausência de indicadores que possibilitem medir se o acesso aos serviços de saúde está sendo provido de forma eficiente. Portanto, o que se busca avaliar não é somente se o paciente teve ou não acesso a um serviço específico de saúde, mas se esse acesso foi provido no menor tempo possível, com menos uso de recursos e de forma equitativa, ou seja, de forma eficiente.

Assim, o objetivo deste estudo é identificar informações que possam ser utilizadas para analisar o desempenho do acesso à assistência especializada de dois hospitais públicos secundários no interior do estado de São Paulo, buscando identificar possíveis indicadores de desempenho. Avaliar os serviços de saúde torna-se uma ferramenta de apoio à gestão na medida em que permite maior qualidade na tomada de decisão. A função da gestão de serviços de saúde é otimizar o funcionamento das organizações e redes de saúde buscando a máxima eficiência, eficácia e efetividade<sup>11</sup>. Dessa forma, o presente estudo busca contribuir para a qualidade na gestão das



organizações e dos sistemas de saúde, uma vez que visa a identificar formas de avaliar esses serviços.

## Métodos

Para a realização deste estudo, foram analisados os dados gerados pelos sistemas de informação dos processos de acesso dos usuários do SUS à especialidade de cirurgia digestiva, em dois hospitais secundários: o Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP) e o Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB). A escolha da especialidade deve-se à conveniência de acesso aos dados, uma vez que os responsáveis pela especialidade se dispuseram a contribuir para a pesquisa e a fornecer os dados a serem analisados. Cada um desses hospitais está inserido num Departamento Regional de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, que consiste numa divisão administrativa da Secretaria de Saúde do Estado<sup>12</sup>.

O HERP é responsável pelo atendimento de usuários do SUS com indicação de internação e/ou procedimentos diagnósticos e cirúrgicos, identificados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 26 municípios da área de abrangência do Departamento Regional da Saúde – DRS XIII<sup>13</sup>: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataparã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Vitergo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho<sup>13</sup>.

O HEAB está instalado no município de Américo Brasiliense e é responsável por atender os usuários dos 24 municípios integrantes do DRS III<sup>14</sup>: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga, Trabiçu<sup>14</sup>.

A presente pesquisa resultou de um estudo

mais amplo, em que foi analisado o processo de acesso à atenção secundária de saúde, estruturado em três fases: (1) Pesquisa documental; (2) Estado atual do processo; e (3) Oportunidade de melhoria e indicadores de desempenho. Este trabalho apresenta parte dos resultados da terceira fase dessa pesquisa<sup>15</sup>. Para o escopo deste estudo, coletaram-se dados secundários relacionados ao acesso aos dois hospitais objetos do estudo, de relatórios gerados por dois sistemas de informação: o Sistema de Apoio a Regulação Assistencial (Sara), utilizado somente no processo de acesso ao HERP, e o sistema do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (módulo Athos), utilizado em ambos os processos. Esses dados foram fornecidos pelos gestores das organizações de saúde envolvidas.

Para definir quais dados seriam coletados, foram realizadas entrevistas com os envolvidos buscando identificar quais informações poderiam ser utilizadas para medir o desempenho do processo. Foram entrevistados 31 atores dos processos (gestores, médicos, enfermeiros e funcionários administrativos), em 16 organizações de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Centro médico de especialidades, Departamentos Regionais de Saúde e Hospitais secundários). As cidades que participaram do estudo foram selecionadas por sorteio, mantendo a proporção de participantes do DRS XIII e DRS III. Não serão revelados os nomes dos municípios visitados, para manter a privacidade dos participantes garantida na realização das entrevistas. Os participantes foram entrevistados utilizando um formulário de 14 questões como guia<sup>15</sup>, entretanto, somente a última buscou alcançar o objetivo do presente estudo: ‘Existem dados que já são ou que podem ser utilizados para avaliar se o processo está sendo bem realizado (indicadores de desempenho)?’.

Os dados coletados foram analisados por análise de conteúdo<sup>16</sup>, que permitiu identificar as informações mais frequentes levantadas pelos participantes durante as entrevistas. As respostas mais frequentes foram compiladas em um quadro-resumo relacionando as informações coletadas com as informações disponíveis nos sistemas de

informação e a organização de origem dos respondentes. O resultado dessa análise deu origem aos indicadores selecionados para o estudo, cujos dados necessários para calculá-los foram extraídos dos sistemas de informação. Em seguida, os dados coletados foram analisados por estatística descritiva. Finalmente, utilizaram-se as informações geradas para comparar a eficiência do acesso ao HERP e ao HEAB. A definição dos dados que poderiam ser utilizados como indicadores foi realizada em conjunto com os gestores dos hospitais e as organizações municipais, comparando as respostas obtidas com os dados gerados pelos sistemas de informação.

A inclusão dos municípios e dos departamentos regionais de saúde na pesquisa justifica-se pela participação efetiva de ambos no processo. O processo de acesso aos hospitais se inicia pela atenção básica, no município de origem do paciente, que, no caso de necessidade de atendimento de maior complexidade, encaminha o paciente para atendimento especializado. Os DRSs auxiliam no agendamento de consultas após triagem, no acesso ao HERP e como distribuidor de cotas de vagas aos municípios no acesso ao HEAB.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (CAAE: 42571714.4.0000.0065) e autorizado pelas organizações de saúde.

## Resultados

A partir das respostas compiladas das entrevistas, identificaram-se duas informações principais que poderiam ser utilizadas para avaliar o desempenho de ambos os processos. (1) A ‘quantidade de consultas agendadas por cada município’, visto que se espera um equilíbrio na distribuição de vagas, com relação à população, de cada município integrante de cada DRS; (2) ‘Situação ou status do paciente após a primeira consulta’, uma vez que, se o paciente teve um retorno agendado, recebeu alta ou foi transferido para outra especialidade após esse atendimento, isso pode indicar que ele não foi regulado adequadamente à especialidade ou complexidade referida.

A terceira informação que pode ser utilizada para avaliar o desempenho do processo de acesso à atenção secundária é o tempo transcorrido desde o preenchimento da guia de referência na atenção primária até a triagem realizada pelo médico (as duas ações via sistema de informação). Essa informação é exclusiva do processo de acesso ao HERP, visto que no processo de acesso ao HEAB não há a etapa de triagem da guia pelo sistema, uma vez que as vagas são distribuídas previamente aos municípios.

Essas informações são apresentadas no *quadro 1*, que ilustra o resultado da análise do conteúdo das entrevistas realizadas.

Quadro 1. Quadro de resultados

Questão dirigida ao entrevistado	Resposta mais frequentes	Origem mais frequente do entrevistado	Dados sistema	Sistema
Existem dados que já são ou que podem ser utilizados para avaliar se o processo está sendo bem realizado (indicadores de desempenho)?	Tempo até a triagem da guia no sistema realizada pelo médico	DRS XIII	Tempo para triagem	Sara
	Distribuição equilibrada de vagas aos municípios	Municípios (UBS e SMS)	Distribuição de vagas por município	Sistema HC
	Quantidade de altas e retornos após a primeira consulta	Hospitais	Situação após primeira consulta	Sistema HC

Na coluna de respostas mais frequentes, é apresentado um resumo das respostas dos entrevistados. Na coluna de origem, é apresentada a organização à qual os entrevistados estavam vinculados no momento da pesquisa. A quarta coluna mostra os dados do sistema que correspondem às sugestões apresentadas, e a quinta coluna identifica de qual sistema foram extraídos os dados.

Uma quarta informação, que foi identificada

pelos pesquisadores no decorrer da pesquisa, validada pelos participantes como um dado viável para medir o desempenho dos processos, é o número de Pedidos de Interconsulta (PI). Um número elevado de PI pode indicar que o processo não é eficiente, uma vez que se trata de transferências internas de pacientes entre especialidades. No *quadro 2*, é apresentado um resumo dos indicadores identificados, sua definição, classificação e o método de cálculo.

Quadro 2. Relação dos indicadores de desempenho

Indicador	Definição	Classificação	Método de cálculo
Tempo até a triagem	Identifica o tempo médio decorrido desde a solicitação de vaga pelo município até a triagem pelo médico no sistema	Tempo	$\frac{\Sigma \text{ tempo para triagem das guias}}{\text{número total de guias}}$
Distribuição de vagas por município	Indica a quantidade de consultas agendadas por município por 1.000 habitantes	Qualidade	$\frac{\text{número de pacientes oriundos do município com consultas agendada} \times 1.000}{\text{número total de habitantes no período}}$
Situação após primeira consulta	Mostra a proporção de cirurgias indicadas logo após a primeira consulta	Qualidade	$\frac{\text{número de cirurgias indicadas}}{\text{número total de primeiras consultas}}$
Número de Pedidos de Interconsulta	Identifica a proporção de PI em relação ao número total de consultas agendadas	Qualidade	$\frac{\text{número de pedidos de interconsulta}}{\text{número total de consultas agendadas}}$

A classificação dos indicadores, detalhada no *quadro 2*, foi realizada a partir da proposta sugerida por ABPMP (Association of Business Process Management Professionals)<sup>1</sup>. O indicador ‘Situação após primeira consulta’ pode ser construído com outros dados no numerador que também identifiquem o status do paciente após a primeira consulta como ‘número de retornos’ e ‘número de altas’, de acordo com a necessidade do gestor. Nos tópicos seguintes, são apresentados os resultados dos indicadores coletados dos processos de acesso ao HERP e de acesso ao HEAB, respectivamente.

## Resultado HERP

Os dados relacionados ao processo de acesso ao HERP, identificados como possíveis indicadores de desempenho, são descritos e calculados na seguinte ordem: tempo para a triagem, distribuição de vagas por município e situação após a primeira consulta.

- Tempo para triagem: número de dias transcorridos a partir da data de solicitação de pedido (quando o município insere a guia no Sara) até a data da triagem, realizada pelo médico via sistema. Segundo os entrevistados

do DRS XIII, quanto menor esse tempo, melhor pode ser a eficiência do subprocesso (agendar consulta) realizado por eles.

Os dados para calcular o tempo de triagem foram extraídos do relatório de guias devolvidas, da especialidade de cirurgia do aparelho digestivo, com data de solicitação referente a 2014, gerado pelo Sara em março de 2015. O relatório gerou 159 guias. O tempo médio decorrido até a triagem das guias é de aproximadamente 33 dias. No entanto, tem-se o valor 15 para a mediana. Ou seja, metade das guias analisadas neste estudo foi triada pelos médicos em menos de 15 dias a partir da data de solicitação. O valor do terceiro quartil é 52, o que demonstra que 75% das guias foram triadas em menos de 52 dias. A quantidade máxima de dias decorridos até a triagem é de 122, com a exceção de dois *outliers* de 134 dias.

- Distribuição de vagas por município: no processo de acesso ao HERP, não há critérios definidos para distribuição de vagas aos municípios. As consultas são agendadas utilizando como critério a prioridade de atendimento definida pelo médico e a data de solicitação, independentemente da origem do paciente. Portanto, pacientes com alta prioridade e que estão aguardando há mais tempo são agendados primeiro. No entanto, alguns entrevistados nos municípios relataram acreditar que a distribuição relativamente proporcional dessas vagas, com relação à população, pode indicar que o processo de acesso está sendo mais eficiente e equitativo.

Segundo relatório gerado pelo sistema de informação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (módulo Athos), utilizado pelo HERP para controle de consultas, no ano de 2014, foram agendadas 1.237 consultas na especialidade de cirurgia digestiva, das quais, 33

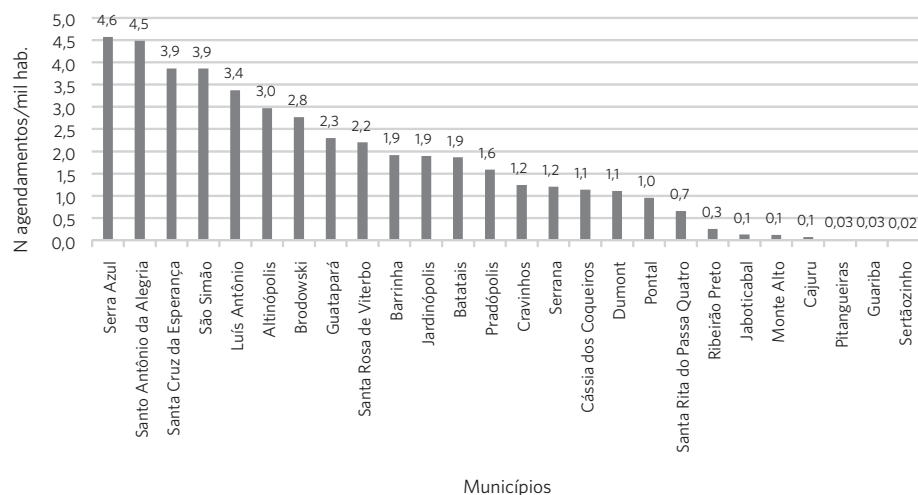
foram PI. Os PI são agendamentos realizados a partir de solicitações de outras especialidades do hospital. Trata-se de uma demanda interna gerada por dois motivos principais: (1) o paciente está sendo acompanhado por outra especialidade e necessita também de avaliação na cirurgia digestiva; ou (2) paciente passa por consulta em outra especialidade, que identifica que, por erro de diagnóstico na origem, foi encaminhado incorretamente e precisa ser transferido para a cirurgia digestiva.

Para o cálculo dos indicadores de desempenho: número de vagas por município e situação após a primeira consulta, os PI serão desconsiderados, uma vez que se referem a usuários que tiveram acesso à cirurgia digestiva agendado diretamente pelo HERP, e não pelo DRS XIII. Portanto, não podem ser utilizados para medir o desempenho do processo de acesso à referida especialidade a partir da atenção básica.

Excluindo-se os PI (33), tem-se 1.204 consultas de casos novos agendados na cirurgia digestiva do HERP em 2014. Desses, 1.025 são referentes a pacientes oriundos do DRS XIII, 144 do DRS VIII (Franca) e 35 de outros DRSS.

Aproximadamente 14% das consultas agendadas na Cirurgia Digestiva do HERP foram preenchidas por pacientes oriundos de Ribeirão Preto, 12% do DRS VIII (Franca), 9,3% de Batatais e 6,5% de Jardinópolis. Os demais municípios do DRS XIII e de outros DRSS ocuparam menos de 6% das vagas cada um. Comparando-se o número de agendamentos com a população (2014) de cada cidade pertencente ao DRS XIII, tem-se os valores apresentados no *gráfico 1*. Como a divisão do número de consultas agendadas pelo número de habitantes gerou valores muitos pequenos, esses resultados foram multiplicados por 1.000, buscando melhor visualização e compreensão dos dados. Assim, os valores gráficos representam o número de agendamentos por mil habitantes.

Gráfico 1. Quantidade aproximada de vagas agendadas na cirurgia do aparelho digestivo do HERP por mil habitantes dos municípios do DRS XIII em 2014



Nota-se que Serra Azul e Santo Antônio da Alegria apresentaram os maiores valores em 2014, com 4,6 e 4,5 agendamentos por mil habitantes, respectivamente. Sertãozinho encontra-se no extremo oposto: para cada mil habitantes, houve 0,02 agendamento na Cirurgia Digestiva no HERP.

- Situação após primeira consulta: o que ocorre com o paciente logo após a primeira consulta pode indicar se o processo está sendo eficiente, segundo relato de funcionários do HERP. Se o paciente tem a cirurgia indicada na primeira consulta, isso pode indicar que ele foi encaminhado corretamente (especialidade e complexidade); se foi agendado retorno, pode indicar que faltam informações e/ou exames para esclarecer o diagnóstico; e se o paciente recebeu alta, foi referenciado ou contrarreferenciado, pode indicar que ele foi encaminhado para a especialidade ou complexidade inadequada.

Dos 1.041 pacientes atendidos em 2014 na especialidade de cirurgia digestiva do HERP (excluindo-se as faltas), 48,2% tiveram a cirurgia indicada após primeira consulta, 38,6%

tiveram retorno agendado, 6,8% foram contrarreferenciados, 4,2% receberam alta e 1,7% foram referenciados. As situações de ‘alta por abandono’, ‘atendido’, ‘óbito’ e ‘internação’ abrangem 0,1% dos pacientes cada uma.

### Resultado HEAB

Os dados do processo de acesso ao HEAB são semelhantes aos identificados para o HERP: (1) Distribuição de vagas por município; (2) Situação após primeira consulta; e (3) Proporção de PI. A exceção é o ‘Tempo de triagem’, que não pôde ser considerado neste processo devido à inexistência do subprocesso ‘triar guias no sistema’. A seguir, serão apresentados e descritos esses indicadores referentes ao ano de 2014.

Em 2014, foram agendadas 2.275 consultas na especialidade de cirurgia digestiva do HEAB, no entanto, 1.000 referem-se à demanda interna, classificadas no sistema como ‘Pedido de Interconsulta’ (PI). Esse tipo de agendamento, assim como no processo de acesso ao HERP, foi desconsiderado no cálculo dos demais indicadores. Excluindo os PI (1.000) e as faltas referentes a casos novos registradas

no período (162), tem-se 1.112 consultas de casos novos realizadas em 2014 na referida especialidade do HEAB.

A partir desses números, foram calculados os indicadores distribuição de vagas por município e situação após primeira consulta, descritos a seguir.

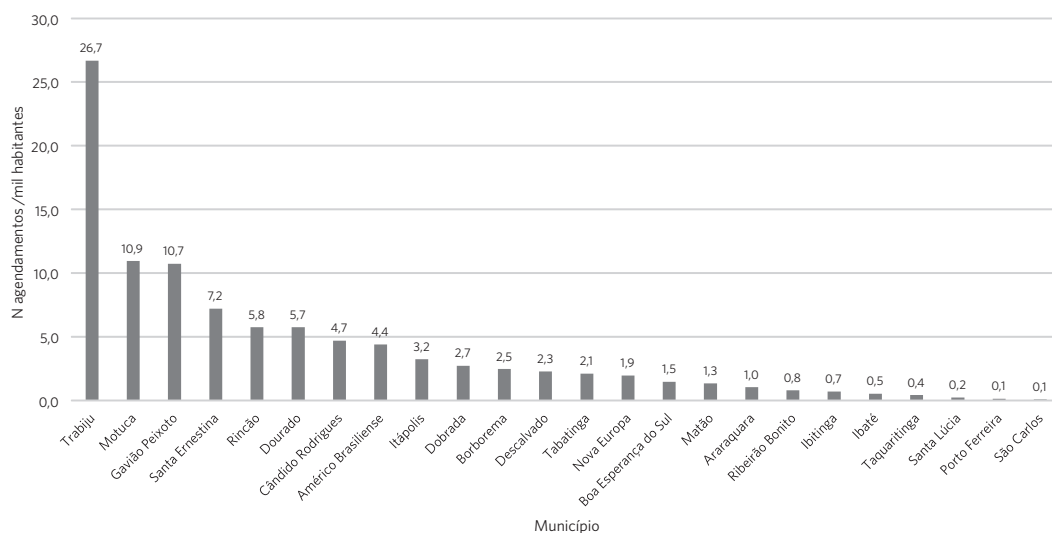
- Distribuição de vagas por município: no processo de acesso ao HEAB, as vagas são previamente distribuídas aos municípios por meio de cotas. Os critérios de distribuição dessas vagas não são considerados claros pelos entrevistados nos municípios. Eles acreditam que deveria haver proporcionalidade na distribuição de cotas de acordo com a população dos municípios. Assim,

um possível indicador de desempenho do processo é a distribuição equitativa de vagas em relação à população.

O número de consultas de casos novos em 2014 na cirurgia do aparelho digestivo do HEAB totaliza 1.274 agendamentos. Os municípios com maior participação dessas vagas em 2014 foram Araraquara (18,1%), Américo Brasiliense (13%) e Itápolis (10,7%). Os com menor participação foram Ribeirão Bonito (0,8%), Porto Ferreira (0,5%) e São Carlos (0,2%).

Dividindo a quantidade de vagas distribuídas pelo número de habitantes dos municípios e multiplicando esse valor por mil, obtêm-se os valores apresentados no *gráfico 2*.

Gráfico 2. Quantidade aproximada de vagas agendadas na cirurgia do aparelho digestivo do HEAB (casos novos) por mil habitantes dos municípios integrantes do DRS III



Os municípios com maiores números proporcionais de consultas agendadas foram Trabiju, com 26,7 agendamentos por mil habitantes, Motuca, com 10,9, e Gavião Peixoto, com 10,7. Os municípios com menor número de agendamentos por mil habitantes foram Porto

Ferreira e São Carlos, com 0,1 agendamentos por mil habitantes cada um.

- Situação após a primeira consulta: assim como descrito no processo de acesso ao HERP, o que ocorre com o paciente após a

primeira consulta no hospital pode indicar se o processo de acesso está sendo eficiente. Se for indicada cirurgia, pode sugerir que o paciente foi bem regulado e está na especialidade e complexidade correta. Se for agendado retorno, pode indicar que não foi bem regulado e faltam exames ou informações para definir se é necessária cirurgia. Se recebe alta logo após a primeira consulta, pode indicar que o paciente não está na especialidade ou complexidade adequada, ou seja, não foi bem regulado (encaminhado).

Das 1.112 consultas realizadas pela cirurgia do aparelho digestivo em 2014 (excluindo-se as faltas), 44,3% tiveram a cirurgia indicada na primeira consulta, 38,1% tiveram retornos agendados, 17,4% receberam alta e 0,2% foram internados.

## Discussão e comparação dos processos

A maioria das consultas realizadas no HERP foi de pacientes oriundos da rede (casos novos), enquanto no HEAB, aproximadamente 50% dos pacientes atendidos tinham essa característica. O objetivo da regulação é disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário<sup>17</sup>. A maior proporção de PI no HEAB sugere que, em vista da falta de um sistema que permita a triagem eletrônica dos pacientes, torna-se necessária a triagem presencial no ambulatório. No entanto, não é possível afirmar qual processo é de fato mais efetivo, uma vez que não é possível identificar a proporção de PI que se referem a transferência de especialidade e os que se referem a solicitação de avaliação de pacientes de outras especialidades.

No entanto, assumindo-se a hipótese de que a maioria dos PI foram gerados por regulação incorreta, pode-se concluir que a regulação para acesso ao HERP está sendo mais eficiente. Essa diferença pode estar relacionada ao sub-processo de triagem, que não existe no acesso ao HEAB, o que estaria de acordo com Chircu

et al.<sup>18</sup>, que afirmam que, quando a informação passa por vários profissionais de saúde, há uma chance maior de detecção e correção de falhas.

Outro resultado deste estudo que corrobora a hipótese de que o processo de acesso ao HERP está sendo mais eficiente é o indicador de desempenho 'situação após primeira consulta'. Os dados mostram que 23,9 % dos pacientes da cirurgia do aparelho digestivo do HEAB atendidos em 2014 receberam alta após a primeira consulta, enquanto no HERP foram 12,7% (alta, referenciados e contrarreferenciados). Os pacientes nessa situação podem ter sido regulados incorretamente, pois podem ter recebido alta por terem sido encaminhados à especialidade ou complexidade inadequadas.

Contudo, o fato de haver um número grande de PI no HEAB em relação ao HERP pode estar relacionado à disponibilidade de recursos em cada organização de saúde. No primeiro, há um número maior de recursos diagnósticos, o que permite que o hospital aceite os pacientes encaminhados de forma inadequada e realize os exames internamente, para posteriormente definir a especialidade. Já no segundo, esses recursos são restritos e exigem que o hospital devolva o paciente para que o município providencie os exames necessários.

Com relação ao indicador de desempenho 'distribuição de vagas por município', os resultados mostraram que, em 2014, os municípios com maior população de cada DRS tiveram a maior proporção nos agendamentos de consultas da cirurgia do aparelho digestivo: Ribeirão Preto (14%) e Araraquara (18,1%). No entanto, ao analisar essa distribuição relacionada ao número de habitantes dos municípios, nota-se que os municípios menores tiveram um número maior de consultas por habitantes em relação aos maiores. O que leva a crer que, proporcionalmente ao número de habitantes, os municípios menores têm participação maior nas consultas da cirurgia do aparelho digestivo dos hospitais estudados.

Porém, esse indicador deve ser analisado com cautela, visto que a demanda de vagas por município não foi considerada. Assim, não se

sabe quais desses municípios têm participação menor nessa ‘distribuição’, por demandarem menos vagas do HERP e HEAB devido a fatores individuais como a oferta de serviços de outros prestadores de média complexidade e maior acesso da população a planos de saúde.

Além disso, no acesso ao HERP, há critérios que priorizam determinados municípios: os que não possuem hospital ou aqueles em que os hospitais existentes não proporcionam os serviços ofertados pelo HERP ou estão com a capacidade de atendimento esgotada<sup>15</sup>. Portanto, esse indicador necessita de outras variáveis para ser analisado, como resolutividade da atenção básica, disponibilidade de prestadores de serviços de saúde, características epidemiológicas do município, acesso da população a planos de saúde, entre outros, o que não desqualifica a utilização desses dados para caracterizar o processo e torná-lo mais transparente aos envolvidos. Quando os envolvidos conhecem o processo como um todo, ou seja, quando há uma visão sistêmica dele, evita-se que um fator seja sobrevalorizado em detrimento de outro. Considera-se, assim, o conjunto complexo da interação de todos os elemento e fatores de um processo<sup>19</sup>.

A informação ‘número de consultas por habitante’ já é utilizada pelo SUS como indicador de desempenho, classificado como Indicador de Cobertura<sup>20</sup>. Entretanto, o sistema do Datasus disponibiliza essa informação compilada. O nível mais detalhado que pode ser obtido por esse meio é o número total de consultas realizadas no SUS por habitante em cada região metropolitana. Não é possível saber quantas consultas de média complexidade por habitante foram realizadas em determinado município. Entretanto, é possível extrair, em outra funcionalidade do sistema, a produção ambulatorial do SUS por município e complexidade. Mas não há essa informação detalhada por especialidade.

Há diferenças significativas de recursos disponíveis nos hospitais estudados. No HEAB, há leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e um maior número de especialidades e recursos

diagnósticos disponíveis, o que pode justificar algumas diferenças encontradas, como a elevada proporção de PI no HEAB, visto que uma estrutura com mais recursos possibilita maior flexibilidade de remanejamento interno de pacientes.

## Considerações finais

A partir dos resultados encontrados, conclui-se que as informações que podem ser utilizadas para analisar o desempenho do processo de acesso ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto são ‘tempo para triagem’, ‘distribuição de vagas por município’ e ‘situação após a primeira consulta’. Para acesso ao Hospital Estadual de Américo Brasiliense, podem ser utilizadas as informações referentes a ‘distribuição de vagas por município’ e ‘situação após a primeira consulta’. A informação referente ao número de PI, apesar de não ter sido identificada durante as entrevistas como um possível indicador de desempenho, mostrou-se relevante durante o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que o número de PI pelo número total de consultas agendadas pode indicar o desempenho do processo em ambos os processos.

As informações identificadas podem ser utilizadas para caracterizar os processos, compará-los e auxiliar na identificação de oportunidades de melhoria. Essas informações são relevantes, pois tornam os processos mais transparentes aos envolvidos. Além disso, esses dados podem ser utilizados para analisar processos semelhantes com os mesmos objetivos. Medir um processo permite que ele seja gerenciado de forma eficiente, uma vez que é possível monitorar seu desempenho. O melhor desempenho dos processos de acesso permite o uso racional de recursos e a ampliação do acesso dos pacientes aos serviços de saúde, uma vez que possibilita redução de desperdício, de ociosidade e tempo de espera. A redução do tempo de triagem das guias pode reduzir o tempo de espera do paciente para o agendamento da consulta na



atenção especializada. Uma grande proporção de PI e de alta ou retornos após a primeira consulta e uma distribuição desproporcional de vagas por município podem indicar que o processo possui falhas que devem ser identificadas e corrigidas para melhorar sua eficiência. Portanto, esses indicadores são úteis para o gerenciamento dos processos estudados.

Considera-se como limitação do estudo a disponibilidade e a qualidade dos dados analisados. Para que os serviços de saúde sejam ofertados com segurança, qualidade e custo-efetividade, são necessários sistemas eficientes de coleta de dados para avaliar e monitorar processos, custos e resultados clínicos<sup>21</sup>.

Portanto, o acesso aos dados para construção de indicadores é dependente da qualidade dos sistemas de informação utilizados nos processos e dos dados inseridos.

Pesquisas futuras propõem-se à realização deste mesmo estudo com outros hospitais integrantes dos demais DRSs. Além disso, pode-se ampliar o período de abrangência,

realizando-se, assim, estudos de longo prazo. Finalmente, propõe-se um estudo mais aprofundado das variáveis que podem influenciar a demanda por vagas da atenção secundária, como a presença de outros prestadores de saúde e o acesso a planos de saúde pela população. Sugere-se utilizar como objeto os municípios com maior e menor demanda de cada DRS.

## Colaboradores

Ferreira GSA (0000-0002-7833-169X)\* contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. Salgado Junior W (0000-0001-9796-0339)\* contribuiu substancialmente para interpretação dos dados e revisão crítica de importante conteúdo intelectual. Costa AL (0000-0002-2053-4224)\* contribuiu para revisão crítica de importante conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ■

---

## Referências

1. Association of Business Process Management Professionals – Brasil ABPMP. Guia para o gerenciamento de processos de negócio: corpo comum de conhecimento. Association of Business Process Management Brazil. São Paulo: BPM CBOK; 2013.
2. Khalifa M, Khalid P. Developing Strategic Health Care Key Performance Indicators: A Case Study on a Tertiary Care Hospital. *Procedia Comp. Science.* 2015; 63:459-466.
3. Porter ME. What is value in health care? *New Engl. J. Medic.* 2010; 363(26):2477-2481.
4. Aly CMC, Reis AT, Carneiro SAM, et al. O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação. *Saúde debate.* 2017; 113:500-512.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate*. 2012; 36(95):640-647.
6. Dallora MELV, Capeli RDC, Góes WM, et al. Atenção à saúde informatizada: da regulação ao consultório [internet]. In: *Anais do 11º Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2008 Out 1-4; Campos do Jordão. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde; 2008*. [acesso em 2014 set 22]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/985.pdf>.
7. Farias SF, Gurgel JRGDG, Costa AM, et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc. Saúde de Colet*. 2011; 16 (sup1):11043-11053.
8. Spedo MS, Pinto NRSP, Tanaka, Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010; 20(3):953-972.
9. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(esp):131-139.
10. Proadess. Avaliação do desempenho do sistema de Saúde [internet]. [acesso em 15 jan 2018]. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>.
11. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde de Colet*. 2012; 17(4):821-828.
12. São Paulo. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. *Diário Oficial Estado de São Paulo*. 29 Dez 2006.
13. Fundação de apoio ao ensino, pesquisa e assistência. Relatório de Atividades 2013 [internet]. [acesso em 2014 set 9]. Disponível em: [http://www.faeapa.br/Html/Relatorio\\_atividades.asp](http://www.faeapa.br/Html/Relatorio_atividades.asp).
14. Hospital Estadual de Américo Brasiliense. Institucional: A história do hospital de Américo Brasiliense [internet]. 2015. [acesso em 2015 fev 24]. Disponível em: <http://www.heab.fmrp.usp.br/informacao.aspx?id=289&ref=10&refV=52>.
15. Ferreira GSA. O fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial: um estudo dos processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto; 2015. 114 p.
16. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 6. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 3 Dez 2017.
18. Chircu AM, Gogan JL, Boss SR, et al. Medication errors, handoff processes and information quality: a community hospital case study. *Bus. Process Manag. J*. 2013; 19(2):201-216.
19. Aumond JJ, Loch C, Comin JJ. Abordagem sistêmica e o uso de modelos para recuperação de áreas degradadas. *Ver. Árvore*. 2012; 36(6):1099-1118.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: OPAS; 2008.
21. Scheffer M, Saluja S, Alonson N. Surgical care in the public health agenda. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(10): e00104717.

---

Recebido em 02/08/2018  
Aprovado em 04/09/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde

*Non-attendance as a factor of waste: challenge for SUSTainability in a universal health system*

Sonia Maria Beltrame<sup>1</sup>, Adauto Emmerich Oliveira<sup>1</sup>, Maria Angelica Borges dos Santos<sup>2</sup>, Edson Theodoro Santos Neto<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912303

**RESUMO** O absenteísmo de usuários em consultas e exames é considerado um problema mundial na assistência à saúde, gerando desperdício de recursos tanto no setor público como no setor privado. O objetivo deste estudo foi o de estimar o desperdício de recursos monetários vinculado ao absenteísmo em procedimentos especializados no Sistema Único de Saúde (SUS) na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES) entre os anos de 2014 e 2016. Analisaram-se 1.002.719 procedimentos, sendo 666.182 consultas e 336.537 exames especializados. Os dados de absenteísmo foram retirados dos registros administrativos do Sistema de Regulação do ES (SisReg-ES), fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde. Os valores monetários foram obtidos por meio da Tabela SUS, da tabela complementar de convênios e da tabela de custos estimados, segundo o tipo de prestador envolvido no atendimento. A taxa média de absenteísmo para consultas foi de 38,6% (257.025 consultas), gerando um total estimado de R\$3.558.837,88; e para exames especializados, foi de 32,1% (108.103 exames), em um total estimado de R\$15.007.624,15. Os valores totais desperdiçados são significativos e evidenciam o desafio constante na agenda dos gestores na busca pela SUSTentabilidade em sistemas universais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Absenteísmo. Atenção secundária à saúde. Gestão em saúde. Integralidade em saúde.

**ABSTRACT** *Non-attendance to specialized healthcare appointments, diagnostic, and therapeutic procedures is a global problem in healthcare, leading to the wastage of resources both in the public and private sectors. This study aims to estimate financial wastage of resources linked to non-attendance to scheduled health specialist appointments and procedures in the metropolitan region of the Espírito Santo State (ES), Brazil, between 2014 and 2016. We studied 1.002.719 specialized healthcare procedures, being 666.182 appointments with specialized physicians and other healthcare professionals, and 336.537 specialized diagnostic and other therapeutic procedures. Non-attendance data were retrieved from the administrative procedure scheduling database (SisReg-ES) available in the ES Regulatory Agency and provided by the ES Health Office. Financial values used to estimate wastage were retrieved from the SUS and other standard tariff lists for medical procedures, and used according to the administrative regime of the three types of service providers. Non-attendance average rate for medical and health specialists' appointments achieved 38.6%, or 257.025 missed appointments, equivalent to an estimated waste of resources of R\$3.558.837,88. Non-attendance as for other specialized procedures reached 32.1%, or 108.103 missed procedures, equivalent to R\$15.007.624,15. Total wasted resources reached significant values, evincing the ongoing challenge to managers seeking to attain SUSTainable universal health care systems.*

**KEYWORDS** Absenteeism. Secondary care. Health management. Integrity in health.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) - Vitória (ES), Brasil.  
sonia\_beltrame@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

O absenteísmo de usuários é o ato de não comparecer às consultas e/ou aos procedimentos agendados sem qualquer comunicação prévia ao local de realização<sup>1</sup>. É considerado um problema mundial na assistência à saúde tanto no setor público como no privado, de acordo com trabalhos publicados no Brasil<sup>2,3</sup> e no mundo<sup>4-6</sup>. Uma revisão sistemática sobre o tema apontou uma taxa média mundial de absenteísmo de 23%, sendo os maiores índices encontrados na África (43,0%), seguido pela América do Sul (27,8%), Ásia (25,1%), América do Norte (23,5%), Europa (19,3%) e Oceania (13,2%)<sup>7</sup>. No Sistema Único de Saúde (SUS), o absenteísmo revela-se um problema crônico, com taxas próximas ou superior a 25%<sup>8</sup> atingindo percentuais altos em diversos tipos de atendimento e especialidades médicas<sup>9</sup>.

O absenteísmo foi associado a algumas causas, como esquecimento<sup>3,10</sup>, falhas na comunicação entre o serviço e o usuário, melhora dos sintomas de adoecimento<sup>11</sup>, agendamento em horário de trabalho<sup>2,10-12</sup>, falta de transporte e dia da semana agendado<sup>4</sup>. Entre as suas consequências, destacam-se o aumento da fila de espera e de demandas por urgência<sup>2,12</sup>, o desperdício de recursos públicos<sup>2,4-6,13</sup>, a redução da produtividade e perda da eficiência da clínica e da gestão<sup>5</sup>. Essas consequências comprometem o acesso e acarretam aumento dos custos com a assistência à saúde<sup>2,3,14</sup>, gerando custos sociais<sup>15</sup>, estimulando atitudes negativas no profissional<sup>16</sup> e acarretando atraso no diagnóstico e tratamento adequado<sup>13</sup>. Em síntese, o absenteísmo é considerado um fenômeno multicausal, repercutindo em todos os envolvidos: gestão, trabalhador e usuário<sup>2,3</sup>.

A assistência à saúde no SUS é dividida em atenção básica, atenção secundária ou média complexidade e atenção terciária ou alta complexidade<sup>17</sup>. A porta de entrada por iniciativa própria do usuário ao sistema é pela atenção básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA)<sup>17,18</sup>. A atenção básica deve

ser resolutiva em mais de 85% dos problemas de saúde da população, e o usuário deve ser encaminhado para a atenção especializada quando for necessário<sup>19</sup>.

Entretanto, desde a criação do SUS, em 1988, o sistema vem enfrentando inúmeras dificuldades quanto ao acesso do cidadão às ações e serviços de saúde resolutivos, adequados, oportunos e eficazes. É inegável a extensão de benefícios trazidos à população ao longo da sua existência, mas, na prática, ainda é parcial, com inúmeras debilidades e insuficiências<sup>20</sup>. O SUS foi implantado, mas não foi consolidado<sup>21</sup>. O acesso aos serviços especializados ou de média complexidade tem sido destacado como um dos principais obstáculos para a sua efetivação<sup>22</sup>.

O envelhecimento da população tem contribuído para aumentar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as demandas na atenção especializada, portanto, impõe novos desafios ao sistema de saúde<sup>18</sup>. O aumento da prevalência das DCNT pode também ser explicado pelo maior acesso aos serviços de saúde e meios de diagnósticos dessas doenças<sup>23</sup>. Atualmente, a demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos em decorrência das DCNT está se tornando prioridade em saúde pública no Brasil<sup>24</sup>.

Nesse contexto, a gestão dos serviços precisa considerar, para o seu planejamento, as mudanças no cenário de adoecimento do País nas últimas décadas<sup>25</sup>. Assim, para qualificar a gestão dos serviços, em 2008, o Ministério da Saúde (MS), instituiu a Política Nacional de Regulação em Saúde<sup>26</sup>. A regulação do acesso à saúde é utilizada pelo Estado como um importante instrumento de gestão pública, ainda em processo de aprimoramento, com o objetivo de alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre a oferta, demanda e financiamento<sup>27</sup>. O sistema de regulação (SisReg) utilizado é on-line e disponibilizado pelo MS, pelo Departamento de Informática do SUS (Datapus), para gerenciar todo complexo regulatório e operar as centrais de regulação no País. Sob esse aspecto, a política de regulação permite aos gestores conhecer o tamanho

das filas de espera e do absenteísmo por meio do banco de dados que produz, orientando a gestão na busca de soluções.

Na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES), o absenteísmo na atenção especializada é um problema frequente verificado pela Secretaria Estadual de Saúde (Sesa-ES) e tem ocasionado prejuízos à população e aos cofres públicos, considerando que é grande o número de usuários do SUS com consultas e exames agendados nas diversas especialidades que não comparecem e não desmarcam. Segundo os dados da Sesa-ES, no primeiro semestre de 2015, a taxa de absenteísmo foi de 38%, para consultas e exames especializados agendados pela Central de Regulação<sup>28</sup>.

Assim, o absenteísmo na atenção especializada tem chamado a atenção dos gestores do SUS no Brasil, porque contribui para o aumento da fila de espera no atendimento, somado aos pacientes faltosos que tendem a voltar para a fila, o que acarreta diminuição do aproveitamento da oferta, que, por conseguinte, aumenta o tempo de espera para um novo agendamento<sup>2</sup>. Atualmente, os desafios para a oferta de serviços na atenção especializada são inúmeros e, possivelmente, serão agravados pelas consequências da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que limita os gastos públicos por 20 anos e pode dificultar o incremento de recursos para a saúde e demais políticas sociais, representando uma grande ameaça a essas demandas. Os cortes orçamentários poderão repercutir nos indicadores de saúde da população<sup>29,30</sup>.

Nesse sentido, aperfeiçoar a gestão na saúde é necessário para combater e reduzir o desperdício e aumentar a eficiência, otimizando os recursos financeiros disponíveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, no relatório 'Financiamento da Cobertura Universal', revela que de 20% a 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência, recursos estes que poderiam ser redirecionados para atingir a cobertura universal.

Por outro lado, são escassos estudos que abordem o absenteísmo como fonte de desperdício e apliquem avaliação econômica e

métodos analíticos dos serviços não executados evidenciando o desperdício que ele causa<sup>4</sup>. As publicações, em sua maioria, abordam as causas e estratégias para sua redução, sendo enfáticas ao afirmar que causam prejuízos monetários, geralmente com abordagens apoiadas em evidências empíricas<sup>5</sup>. Assim, cada vez mais, torna-se necessário que os conceitos de avaliação econômica façam parte da rotina dos sistemas e serviços de saúde<sup>31</sup>.

Com base nessas considerações, identificando o absenteísmo como um problema crescente no SUS, o objetivo deste estudo foi estimar o desperdício de recursos monetários vinculado ao absenteísmo em procedimentos especializados no SUS na RSM-ES entre os anos de 2014 e 2016.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo baseado em dados de registros administrativos, conduzido na RSM-ES, localizada na região Sudeste. A região é composta por 20 municípios que apresentam os melhores Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) do estado (0,68 a 0,856) e população de 1.935.393 habitantes<sup>32</sup>.

Foram utilizados dados gerados de 1.002.719 procedimentos de consultas e exames especializados, agendados de janeiro a dezembro de 2014 a 2016 no SisReg-ES, fornecidos pela Sesa-ES. Os procedimentos agendados referem-se às vagas disponibilizadas por especialidades pela Programação Pactuada Integrada (PPI), realizada entre estado e municípios da região. Foram analisados 666.182 consultas especializadas e 336.537 exames especializados, em um total de 38 locais executantes, que incluíram participações variadas por especialidade de agendamentos em estabelecimentos públicos (gestão direta) e contratados do SUS, estabelecimentos filantrópicos e serviços públicos com gestão de Organizações Sociais (OS).

As variáveis selecionadas foram: ano (2014, 2015 e 2016); procedimento agendado (códigos

para tipos de consulta e exame especializado agendados); procedimento confirmado (realizado com o comparecimento do paciente); procedimento não confirmado (absenteísmo devido ao não comparecimento do paciente); consultas especializadas e exames especializados (rol de procedimentos da atenção de média complexidade); e local executante (locais de referência, onde os procedimentos foram realizados). Inicialmente, os dados foram separados segundo consultas e exames e ano de agendamento.

As consultas foram registradas segundo diversas nomenclaturas usadas pelo SisReg-ES, tendo sido necessário utilizar a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho, para recodificar a especialidade médica e outras do profissional executante. As diversas nomenclaturas para a mesma especialidade foram agrupadas em uma única classificação da CBO para posterior codificação e definição de correspondência (de-para) com os procedimentos das Tabelas de valores/preços utilizados.

Os exames especializados codificados pela tabela do SisReg-ES também foram recodificados, a exemplo do procedimento adotado para as consultas. Os exames foram agrupados em grupos e subgrupos, conforme classificação da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS (Tabela SUS), identificando-se o número de exames agendados, exames confirmados, absenteísmo e o montante monetário. O grupo 02 foi composto por todos os procedimentos dos subgrupos com finalidade diagnóstica; o grupo 03, por todos os procedimentos dos subgrupos com exames relacionados com os procedimentos clínicos; e o grupo 04, por todos os procedimentos dos subgrupos com exames relacionados com os procedimentos cirúrgicos.

Os valores atribuídos a cada procedimento variaram segundo as remunerações vinculadas aos locais executantes e respectivas naturezas administrativas. Para procedimentos efetuados nos estabelecimentos públicos estadual e federal (gestão direta) e contratados do SUS (gestão indireta), a referência

para valores de procedimentos foi a Tabela SUS (Tabela SUS/2018). Para os filantrópicos, foram somados os valores das tabelas complementares dos aditivos de 2018 fornecidas pela Sesa-ES e os valores da Tabela SUS/2018. Para os serviços públicos com gestão de OS, foi utilizada tabela de custos estimados por local executante, fornecida pela Sesa que adota a ferramenta denominada Key Performance Indicators for Health (KPIH) para efetuar o sistema de gestão de custos. Todos os valores foram atualizados para o ano de 2018.

Procedimentos de consultas/exames foram agrupados por especialidades, quantificando-se o total agendado, total confirmado, absenteísmo (procedimentos não confirmados = agendados - confirmados) e o valor monetário anual por especialidade atribuído ao absenteísmo, segundo as tabelas por natureza administrativas do local executante. Posteriormente, foram elencadas as especialidades em ordem crescente pela taxa de absenteísmo e pelo valor monetário gerado em cada especialidade.

As taxas de absenteísmo anuais para consultas e exames especializados foram calculadas com a divisão do total de procedimentos não confirmados (absenteísmo) (numerador) pelo total de procedimentos agendados (denominador) para cada especialidade, multiplicando-se o resultado por cem.

Os valores monetários estimados para desperdício foram obtidos mediante a multiplicação do total de procedimentos não confirmados (absenteísmo) anualmente por especialidade pelos valores atribuídos a cada procedimento segundo a natureza administrativa do local executante.

Para as análises foi utilizado o Programa Microsoft Office Excel®. O estudo foi autorizado pela Sesa-ES por meio do Termo de Anuência, datado de 26 de setembro de 2017, constante no processo nº 79619819/2017, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), respeitando a resolução do Conselho Nacional de Saúde, aprovado em 02 de maio de 2018, protocolo nº 2.631.695.

## Resultados

Durante o período estudado, foram contabilizados 666.182 procedimentos de consultas e 336.537 exames especializados, em um total de 1.002.719 procedimentos, o que corresponde a R\$ 18.566.462,03 de valores monetários desperdiçados atribuídos ao absenteísmo. Deve-se destacar que esses valores devem ser relativizados, visto que a pesquisa apresentou limitações devido às fragilidades do banco de dados gerado no SisReg-ES e à falta de análise econômica por local executante não oferecendo informações sobre o custo real do procedimento.

As consultas especializadas, agendadas para 34 especialidades, apresentaram taxa média de absenteísmo no período de 38,6% (257.025 consultas) e um desperdício associado ao absenteísmo estimado de R\$ 3.558.837,88. A especialidade, com todas as consultas clínicas somadas, que apresentou o menor valor monetário com o absenteísmo nos três anos de estudo foi a de médico oncologista clínico (R\$ 880,00), e a que apresentou o maior valor foi de médico oftalmologista (R\$ 558.262,20). Os índices de absenteísmo por especialidades variaram de 0% (cirurgião-dentista para pacientes com necessidades especiais) a 75,9% (fisioterapeuta geral). Destaque-se que as consultas agendadas com cirurgião-dentista para pacientes com necessidades especiais não foram oferecidas nos anos de 2015 e 2016 (tabela 1).

Apenas para a especialidade médica cancelologista cirúrgico (2,9%) a taxa de absenteísmo foi inferior a 30% (26,4%), com um desperdício atribuído ao absenteísmo de R\$ 900,00. Entre o total, 19 especialidades, o equivalente a 55,9%, tiveram uma variação da taxa de absenteísmo entre 30% e 40%, sendo as consultas com cirurgião-dentista bucomaxilofacial (30,2%) as que apresentaram a menor taxa do grupo, e as consultas com médico pneumologista as que apresentaram a maior taxa (39,4%). Esse grupo totalizou um desperdício estimado em R\$ 1.761.422,86 pelo absenteísmo. Nove especialidades (26,5%) apresentaram uma variação da taxa de absenteísmo entre 40% e 50%, tendo as consultas com médicos gastroenterologista e neurologista a menor taxa (40,1%), e as consultas com médico geneticista a maior taxa (47,4%). Essas especialidades somadas apresentaram um desperdício de R\$ 1.671.403,22.

Dois especialidades (5,9%) apresentaram a taxa de absenteísmo entre 50% e inferior a 60% – médico cirurgião pediátrico (52,5%) e médico infectologista (58,3%), com um desperdício estimado de R\$ 62.831,80. Somente as consultas com médico fisiatra (2,9%) apresentaram taxa de absenteísmo superior a 60% (68,4%), com desperdício estimado de R\$ 45.630,00. Para as consultas de fisioterapeuta geral (2,9%), foram encontradas as maiores taxas de absenteísmo (75,9%), com desperdício estimado em R\$ 16.650,00.

Tabela 1. Descrição do absenteísmo em consultas especializadas na Região de Saúde Metropolitana, Espírito Santo, Brasil. 2014-2016

2014				2015				2016				2014-2016		Desperdício	
A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	Ag. Total	Tx. Abs. N (%)	Valor (R\$)	
Médico Oncologista Clínico															
104	73	31	310,00	73	50	23	230,00	88	54	34	340,00	265	88 (33,2)	880,00	
Médico Cancerologista Cirúrgico															
94	73	21	210,00	109	81	28	280,00	127	89	38	410,00	330	87 (26,4)	900,00	
Cirurgião-Dentista - Clínico Geral															
67	38	29	390,00	106	59	47	760,00	109	84	25	390,00	282	101 (35,8)	1.540,00	
Médico Geneticista															
34	15	19	380,00	54	28	26	520,00	102	57	45	900,00	190	90 (47,4)	1.800,00	

Tabela 1. (cont.)

2014				2015				2016				2014-2016		Derperdício	
A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	Ag. Total	Tx. Abs.	Valor (R\$)	N (%)
Cirurgião-Dentista Bucomaxilofacial															
90	61	29	290,00	186	124	62	3.037,75	254	185	69	3.204,46	530	160 (30,2)	6.532,21	
Médico Cirurgião Torácico															
36	22	14	140,00	96	59	37	790,13	175	107	68	5.728,92	307	119 (38,8)	6.659,05	
Médico Cirurgião Plástico															
879	511	368	4.550,00	1.216	776	440	5.050,00	1.049	653	396	4.620,00	3144	1.204 (38,3)	14.220,00	
Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço															
457	310	147	10.307,00	542	347	195	2.220,00	969	646	323	3.480,00	1968	665 (33,8)	16.007,00	
Fisioterapeuta Geral															
908	243	665	6.650,00	714	91	623	6.230,00	572	195	377	3.770,00	2194	1.665 (75,9)	16.650,00	
Médico Mastologista															
2.137	1.493	644	6.560,00	2.065	1.427	638	7.280,00	1.943	1.334	609	6.620,00	6145	1.891 (30,8)	20.460,00	
Médico Infectologista															
425	259	166	9.821,80	305	147	158	1.950,00	924	283	641	11.810,00	1654	965 (58,3)	23.581,80	
Médico Geriatra															
2.574	1.796	778	7.780,00	2.403	1.586	817	8.170,00	2.466	1.618	848	8.480,00	7443	2.443 (32,8)	24.430,00	
Médico Hematologista															
3.102	2.025	1.077	11.370,00	3.610	2.243	1.367	14.870,00	3.229	2.065	1.164	12.920,00	9941	3.608 (36,3)	39.160,00	
Médico Cirurgião Pediátrico															
1.497	594	903	9.720,00	2.030	1.041	989	11.520,00	2.824	1.380	1.444	18.010,00	6351	3.336 (52,5)	39.250,00	
Médico Ginecologista e Obstetra															
2.897	2.000	897	10.830,00	3.185	2.185	1.000	11.040,00	3.978	2.389	1.589	17.450,00	10060	3.486 (34,7)	39.320,00	
Médico Fisiatra															
1.855	6.38	1.217	12.170,00	2.322	635	1.687	16.870,00	2.493	834	1.659	16.590,00	6670	4.563 (68,4)	45.630,00	
Médico Nefrologista															
6.226	4.229	1.997	20.120,00	4.152	2.738	1.414	14.980,00	2.895	1.856	1.039	10.590,00	13273	4.450 (33,5)	45.690,00	
Médico Alergista e Imunologista															
3.369	2.117	1.252	12.520,00	4.845	2.956	1.889	18.890,00	4.959	3.062	1.897	18.970,00	13173	5.038 (38,2)	50.380,00	
Médico Neurocirurgião															
1.157	830	327	39.689,80	572	352	220	8.481,00	491	245	246	2.600,00	2220	793 (35,7)	50.770,80	
Médico Pneumologista															
4.594	2.838	1.756	21.505,00	4.460	2.763	1.697	20.545,00	2.535	1.424	1.111	11.350,00	11589	4.564 (39,4)	53.400,00	
Médico Reumatologista															
5.494	4.082	1.412	14.230,00	7.851	5.140	2.711	28.100,00	6.778	4.665	2.113	21.710,00	20123	6.236 (31,0)	64.040,00	
Médico Coloproctologista															
3.147	1.889	1.258	14.270,00	3.754	2.028	1.726	19.190,00	6.264	3.169	3.095	33.890,00	13165	6.079 (46,2)	67.350,00	



Tabela 1. (cont.)

2014				2015				2016				2014-2016		Derperdício	
A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	Ag. Total	Tx. Abs.	Valor (R\$)	N (%)
Médico Cardiologista															
7.369	4.803	2.566	52.759,60	6.317	3.724	2.593	29.000,00	10.013	5.598	4.415	45.470,00	23699	9.574 (40,4)	127.229,60	
Médico Angiologista															
2.559	1.425	1.134	65.765,80	5.957	3.570	2.387	43.046,95	7.448	4.160	3.288	42.297,00	15964	6.809 (42,7)	151.109,75	
Médico Cirurgião Geral															
7.019	4.219	2.800	93.084,20	6.810	4.050	2.760	38.936,60	4.234	2.493	1.741	20.720,00	18063	7.301 (40,4)	152.740,80	
Médico Psiquiatra															
13.396	8.268	5.128	53.956,00	15.373	9.323	6.050	60.500,00	12.296	7.736	4.560	45.600,00	41065	15.738 (38,3)	160.056,00	
Médico Neurologista															
8.654	5.260	3.394	58.533,54	10.915	6.598	4.317	64.084,45	7.683	4.465	3.218	40.185,13	27252	10.929 (40,1)	162.803,12	
Médico Urologista															
14.736	10.237	4.499	79.112,00	15.638	11.052	4.586	49.660,80	14.798	9.522	5.276	55.860,00	45172	14.361 (31,8)	184.632,80	
Médico Gastroenterologista															
8.088	5.382	2.706	84.532,60	6.571	3.930	2.641	54.047,20	11.472	6.340	5.132	52.840,00	26131	10.479 (40,1)	191.419,80	
Médico Endocrinologista e Metabologista															
16.217	10.945	5.272	56.635,00	18.678	12.006	6.672	69.090,00	19.263	12.731	6.532	68.400,00	54158	18.476 (34,1)	194.125,00	
Médico Otorrinolaringologista															
18.850	11.700	7.150	83.404,40	21.081	13.261	7.820	84.963,40	15.917	9.792	6.125	62.490,00	55848	21.095 (37,8)	230.857,80	
Médico Dermatologista															
23.810	13.602	10.208	104.810,00	25.478	14.784	10.694	111.200,00	26.782	16.106	10.676	110.600,00	76070	31.578 (41,5)	326.610,00	
Médico Ortopedista															
20.425	12.189	8.236	185.651,44	28.408	16.830	11.578	123.410,37	41.935	24.662	17.273	181.278,34	90768	37.087 (40,9)	490.340,15	
Médico Oftalmologista															
18.562	12.536	6.026	131.920,00	19.942	12.342	7.600	204.292,68	22.468	14.127	8.341	222.049,52	60972	21.967 (36,0)	558.262,20	
Cirurgião-Dentista - Paciente Com Necessidade Especial															
3	3	0	-	0	0	0	-	0	0	0	-	3	-	-	
<b>Total Geral</b>															
200.831	126.705	74.126	1.263.978,18	225.818	138.326	87.492	1.133.236,33	239.533	144.126	95.407	1.161.623,37	666.182	257.025	3.558.837,88	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SisReg/Sesa-ES.

A - agendada; C - confirmada; Abs. - absenteísmo; Ag. Total - agendada total; N - absenteísmo total; Tx. Abs. - Taxa de absenteísmo.

O total de consultas especializadas agendadas no período cresceu de 200.831, em 2014, para 239.533, em 2016 (aumento de 19,3%) (gráfico 1), destacando-se os crescimentos absolutos nas especialidades de ortopedia e oftalmologia (tabela 1).

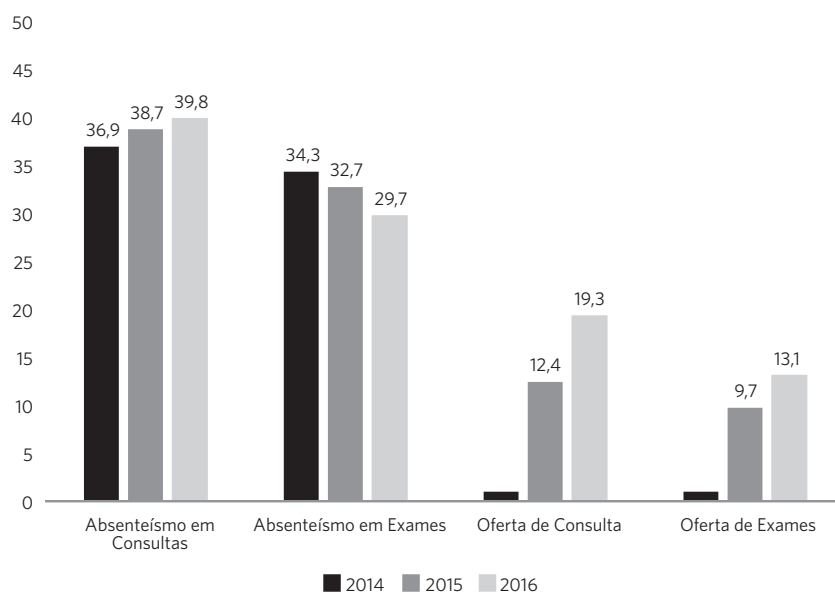
O absenteísmo em consultas especializadas teve aumento médio de 2,9% entre 2014 e 2016. Para as consultas especializadas, no ano de 2014, em um total de 200.831 agendadas, a taxa de absenteísmo foi de 36,9%, o equivalente a 74.126 consultas em 2015, em

um total de 225.818; a taxa de absenteísmo foi de 38,7% – 87.492 consultas –, e, em 2016, em um total de 239.533, a taxa de absenteísmo foi de 39,8% – 95.407 consultas –, sendo a taxa média de absenteísmo para os anos estudados de 38,6%, em um total de 257.025 consultas não realizadas (gráfico 1).

A taxa média de absenteísmo para os exames especializados foi de 32,1%, o equivalente a

108.103 exames perdidos. No período estudado, foram 108.103 exames agendados e não realizados, com um desperdício estimado em R\$ 15.007.624,15 (tabela 2). Para exames especializados, a taxa de absenteísmo vem decrescendo anualmente, sendo com 34,3% em 2014, 32,7% em 2015 e 29,7% em 2016. Em contraste, a oferta cresceu 9,7% entre 2014 e 2015, e 13,1% entre 2015 e 2016 (gráfico 1).

Gráfico 1. Taxas de absenteísmo e oferta de exames e consultas especializadas na Região de Saúde Metropolitana, Espírito Santo, Brasil. 2014-2016



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SisReg/Sesa-ES.

Durante o período analisado, foram agendados 336.537 exames especializados, e os índices de absenteísmo variaram de 22,3% (diagnóstico por tomografia) a 100% (terapias especializadas), relacionados com os exames de litotripsia extracorpórea. Dos procedimentos com finalidade diagnóstica (grupo 02), quatro exames apresentaram absenteísmo entre 20,0% e 30,0%. Os exames do subgrupo 02.06, diagnóstico por tomografia, apresentaram as menores taxas de absenteísmo (22,3%); e os do subgrupo 02.01, exame com coleta de material, as maiores taxas (28,2%). Os outros quatro exames

especializados nesse grupo tiveram taxas de absenteísmo entre 30,0% e 40,0%, sendo os exames do subgrupo 02.09, diagnóstico por endoscopia, a menor taxa (30,4%); e os do subgrupo 02.04, diagnóstico por radiologia, a maior taxa (39,1%). Os exames do grupo 02 somados representaram um desperdício estimado de R\$ 13.774.088,92, o que corresponde a 91,8% do total de desperdício com o absenteísmo em exames especializados.

Procedimentos vinculados ao grupo 04 – procedimentos cirúrgicos – tiveram taxas de absenteísmo entre 30,0% e 70,0%. Cirurgia

do aparelho de visão (subgrupo 04.05) apresentou a menor taxa de absenteísmo (34,5%); e o subgrupo 04.04 – cirurgia de vias aéreas superiores, cabeça e pescoço – teve a maior taxa de absenteísmo (66,7%). Os valores dos

procedimentos do grupo 03 e 04 somados representaram um desperdício de R\$ 1.233.535,23 (8,2% do total de desperdício monetário acumulado nos grupos 02, 03 e 04 dos exames especializados), conforme *tabela 2*.

Tabela 2. Descrição do absenteísmo em exames especializados na Região de Saúde Metropolitana, Espírito Santo, Brasil. 2014-2016

2014				2015				2016				2014-2016		Desperdício	
A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	Ag. Total	Tx. Abs. N (%)	Valor (R\$)	
<b>02-PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>															
..02.01-Coleta de material															
1.354	927	427	142.603,39	1.330	979	351	121.878,46	1.391	1.018	373	123.153,30	4.075	1.151 (28,2)	387.635,15	
..02.06-Diagnóstico por tomografia															
6.754	5.139	1.615	226.876,80	7.987	6.179	1.808	266.716,69	9.308	7.365	1.943	274.201,81	24.049	5.366 (22,3)	767.795,30	
..02.08-Diagnóstico por medicina nuclear in vivo															
4.419	3.211	1.208	370.829,93	3.599	2.825	774	254.287,46	3.499	2.631	868	258.294,61	11.517	2.850 (24,7)	883.412,00	
..02.11-Métodos diagnósticos em especialidades															
14.176	9.990	4.186	227.820,06	16.531	11.654	4.877	310.527,67	16.664	11.192	5.472	424.720,26	47.371	14.535 (30,7)	963.067,99	
..02.04-Diagnóstico por radiologia															
27.771	15.325	12.446	432.363,23	26.833	16.408	10.425	427.419,72	23.274	15.692	7.582	363.127,38	77.878	30.453 (39,1)	1.222.910,33	
..02.07-Diagnóstico por ressonância magnética															
7.191	5.452	1.739	544.493,45	8.710	6.881	1.829	573.885,99	9.814	7.565	2.249	766.104,75	25.715	5.817 (22,7)	1.884.484,19	
..02.05-Diagnóstico por ultrassonografia															
28.601	18.511	10.090	989.998,75	30.988	19.542	11.446	1.097.388,01	32.368	22.578	9.790	927.641,32	91.957	31.326 (34,1)	3.015.028,08	
..02.09-Diagnóstico por endoscopia															
12.992	9.223	3.769	1.008.499,89	16.905	11.611	5.294	1.719.830,13	19.567	13.592	5.975	1.921.425,86	49.464	15.038 (30,4)	4.649.755,88	
<b>Total Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b>															
103.258	67.778	35.480	3.943.485,50	112.883	76.079	36.804	4.771.934,13	115.885	81.633	34.252	5.058.669,29	332.026	106.536 (32,1)	13.774.088,92	
<b>03-PROCEDIMENTOS CLÍNICOS</b>															
..03.09-Terapias especializadas															
1	-	1	172,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (100,0)	172,00
<b>Total Procedimentos com Terapias Especializadas</b>															
1	-	1	172,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (100,0)	172,00
<b>04-PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS</b>															
..04.04-Cirurgia vias aéreas super, cabeça pescoço															
2	1	1	48,42	-	-	-	-	1	-	1	48,42	3	2 (66,7)	96,84	
..04.06-Cirurgia do aparelho Circulatório															
-	-	-	-	-	-	-	-	37	15	22	56.588,62	37	22 (59,5)	56.588,62	

Tabela 2. (cont.)

2014				2015				2016			2014-2016		Desperdício		
A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	A	C	Abs.	Valor R\$	Ag. Total	Tx. Abs.	Valor (R\$)	
														N (%)	
<b>04-PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS</b>															
..04.05-Cirurgia do aparelho da visão															
991	700	291	213.393,62	1.476	916	560	452.180,71	2.003	1.312	691	511.103,44	4.470	1.542 (34,5)	1.176.677,77	
<b>Total Procedimentos Cirúrgicos</b>															
993	701	292	213.442,04	1.476	916	560	452.180,71	2.041	1.327	714	567.740,48	4.510	1.566 (34,7)	1.233.363,23	
<b>Total Geral</b>															
104.252	68.479	35.773	4.157.099,54	114.359	76.995	37.364	5.224.114,84	117.926	82.960	34.966	5.626.409,77	336.537	108.103 (32,1)	15.007.624,15	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SisReg/Sesa-ES.

A - agendada; C - confirmada; Abs. - absenteísmo; Ag. Total - agendada total; N - absenteísmo total; Tx. Abs. - Taxa de absenteísmo.

## Discussão

Os estudos publicados sobre absenteísmo, tanto no Brasil como no exterior, são enfáticos em afirmar que o ele causa prejuízos monetários, mas poucos apresentam uma abordagem fundamentada em avaliação econômica e métodos analíticos dos serviços para estimar valores envolvidos<sup>4</sup>. O presente estudo, portanto, é pioneiro ao atribuir valores monetários ao não comparecimento dos usuários do SUS a procedimentos agendados no estado do ES.

A estimativa de desperdício monetário acumulado nos três anos estudados com o absenteísmo dos usuários em consultas, exames e outros procedimentos especializados na RSM-ES foi de R\$ 18.566.462,03, com valores atualizados das tabelas utilizadas, para o ano de 2018. Os resultados corroboram os prejuízos monetários gerados pelo absenteísmo, ainda que as estimativas sejam limitadas pelos dados disponíveis em função das estruturas administrativas existentes nas diversas modalidades de gestão, principalmente nos serviços públicos, deixando a análise muito restrita a valores da Tabela SUS.

Houve crescimento tanto da oferta de consultas e exames como da taxa de absenteísmo em consultas, o que fundamenta a preocupação da gestão estadual com o tema<sup>28</sup>. Os resultados

mostram que as taxas de absenteísmo em consultas especializadas (38,6%) e em exames especializados (32,1%) na RSM-ES são altas e estão compatíveis com outros estudos realizados no Brasil que pesquisaram a atenção especializada, confirmando que as taxas altas não são exclusivas daqui, destacando em São Paulo (34,4%)<sup>9</sup>, em Florianópolis (34,4%)<sup>2</sup> e em João Pessoa (39,8%)<sup>3</sup>, preocupando aos gestores, evidenciando que os esforços somados para ampliar a oferta acabam não se efetivando.

A especialidade odontológica para pacientes com necessidades especiais teve taxa zero de absenteísmo, o que, segundo a gerência da Central de Regulação, pode ser justificado pela especialidade ter sido ofertada somente em 2014 e pela possibilidade de baixa oferta de vagas gerar uma grande expectativa nos familiares. Os pacientes especiais de acordo com os comprometimentos não são atendidos na atenção básica odontológica e são encaminhados para a atenção especializada. A especialidade médico cancerologista cirúrgico apresentou a menor taxa de absenteísmo (26,4%) e pode ser justificada pela gravidade da patologia já diagnosticada e pela necessidade de rápida intervenção.

A consulta de fisioterapeuta geral apresentou a maior taxa (75,8%), o que está em acordo com a revisão sistemática de Dantas et

al.<sup>7</sup>, que encontraram a taxa de 79,2%, sendo as causas mais frequentes as limitações de locomoção devido aos agravos das patologias crônicas, estando em sintonia com o relato da gerência da Central de Regulação, segundo o qual as faltas podem ser justificadas por falha no registro de comparecimento, por agravos da patologia e também, para alguns casos, a melhora dos sintomas.

Procedimentos com finalidade diagnóstica, como tomografia e ressonância magnética, tiveram as menores taxas de absenteísmo – 22,3 % e 22,7% respectivamente. O menor absenteísmo do grupo pode ser explicado pelo fato de esses exames terem maior complexidade tecnológica e serem, em tese, solicitados nos casos de uma clínica mais definida, que requer um exame mais qualificado para auxiliar no diagnóstico e conduta. Apesar de serem menores, essas taxas de absenteísmo são significativas, e os valores estimados para desperdício são altos, por serem exames de alta densidade tecnológica, acarretando um desperdício de R\$ 2.652.279,49, o equivalente a 19,3% do total monetário desperdiçado no grupo 02. Nesse mesmo grupo, observou-se que os exames com menor densidade tecnológica, subgrupo 04, diagnóstico por radiologia, geralmente solicitados quando a clínica não está muito definida, são os que apresentam as maiores taxas de absenteísmo (39,1%). As taxas de absenteísmo altas podem ser explicadas por diversos motivos, podendo-se destacar o longo tempo de espera, que pode cursar com melhora ou a piora dos sintomas, podendo o usuário buscar serviços de emergência ou pagar na rede privada<sup>39</sup>.

O aumento da oferta de consultas nos 20 municípios da RSM-ES no período de estudo evidencia os esforços da gestão para implementar o Plano de Intervenção Regional (PIR), baseado no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do ES de 2011, que dividiu o estado em quatro regiões de saúde. O PIR foi influenciado pelo Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Federal nº 8.080/90 e reafirmou a necessidade da

reorganização das redes de atenção no âmbito das regiões de saúde<sup>19,33</sup>.

A regionalização, entendida aqui como a diretriz organizativa do SUS, que orienta os processos de descentralização das ações e dos serviços de saúde e a pactuação entre os gestores nos níveis federal, estadual e municipal, visa organizar redes de atenção com distintas densidades tecnológicas<sup>34</sup>. Ela orientou a PPI entre o Estado e municípios na região de saúde, contemplando os desafios da integralidade do cuidado e das respostas às necessidades da população de disponibilizar serviços de saúde mais próximos do usuário, principalmente na atenção especializada e na alta complexidade<sup>33</sup>.

Considera-se aqui o conceito de integralidade defendido por Giovanella et al.<sup>35</sup>, isto é, a garantia da assistência nos três níveis de atenção à saúde e a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, em sintonia com o conceito defendido por Pinheiro<sup>36</sup>. Para esta última autora, integralidade é uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço do encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado e em defesa da vida.

A atenção especializada é considerada um anteparo para o bom desempenho e avanço na qualidade do sistema de saúde, podendo constituir-se em um nó crítico dos mais complexos. Por isso, tem sido destacada por gestores e pesquisadores como um desafio para atingir a integralidade como diretriz do SUS<sup>23,37</sup>. Segundo Mendes<sup>38</sup>, para alcançar a integralidade, há a necessidade de vincular a assistência e a integração dos serviços por meio de redes de saúde, regionalizadas e hierarquizada, considerando-se a dificuldade em dispor da totalidade de recursos e competências para a solução de todos os problemas de saúde de uma população. No período do estudo, as redes no ES ainda não estavam definidas. A implantação iniciou-se em setembro de 2017 na região norte do estado, sendo três implantadas em 2018.

Para organizar o fluxo nos três níveis de atenção, a regulação do acesso é considerada

um valioso instrumento da gestão; a qual busca estabelecer um equilíbrio entre a demanda, a oferta e o financiamento<sup>27</sup>. As taxas de absenteísmo crescentes na RSM-ES indicam que, apesar de a oferta das vagas reguladas ter aumentado, o absenteísmo contribuiu, na prática, para reduzir o acesso à atenção especializada, evidenciando oportunidades de assistência perdidas e contribuindo para aumentar a fila de espera por procedimentos<sup>9</sup>.

O acesso à média complexidade é entendido aqui como a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde adequados às necessidades do usuário<sup>38</sup>. A ampliação do acesso às ações e aos serviços é um dos grandes desafios do SUS e exige dos gestores a organização e mecanismos que visem consolidar o sistema<sup>23</sup>. É possível compreender que acesso vai além da utilização do sistema de saúde. É um conceito de múltiplas dimensões, composto por fatores financeiros e não financeiros, que pode variar ao longo do tempo com a evolução e o surgimento de novas necessidades para a sociedade<sup>39</sup>.

Os desafios para a oferta da atenção especializada na RSM-ES são grandes, considerando suas características. A realidade dos 20 municípios é muito diferente. Em oito deles, a população de residentes está em torno de 15 mil habitantes, e em quatro, ultrapassa 300 mil habitantes, gerando assim grandes diferenças em relação aos investimentos na atenção à saúde. Alguns municípios dispõem somente de serviços básicos evidenciando a necessidade de organização da atenção especializada nas redes de saúde, entre os sistemas municipal e estadual, no âmbito da região<sup>33</sup>. A atenção especializada é estratégica e necessária para dar efetividade e sequência à atenção básica, complementando-a e provendo assistência especializada a quem dela necessitar<sup>40</sup>. Assim, o absenteísmo na atenção especializada é uma preocupação constante para os gestores tanto pela desassistência quanto pelo desperdício<sup>2,9</sup>.

Os custos da atenção especializada são altos e englobam procedimentos de maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas<sup>41</sup>. Entre as pesquisas com metodologia

mais detalhada, do ponto de vista de avaliação econômica, realizadas sobre o tema, pode-se destacar uma coorte retrospectiva no Texas, EUA, de 1997-2008, com uma análise incluindo custos diretos e indiretos para vários serviços médicos. O custo médio por paciente do absenteísmo foi de US\$ 196,00 para o ano de 2008<sup>42</sup>. No Brasil, são raros os trabalhos que indicam valores desperdiçados com o absenteísmo, destacando-se uma pesquisa realizada em um hospital público de Uberlândia, que identificou prejuízo, em 2011, de R\$ 1,1 milhão por ano, computando os procedimentos não realizados e o seu valor na Tabela SUS<sup>43</sup>.

O conhecimento dos dados sobre o absenteísmo na RSM-ES disponibilizados pelo Sesa-ES só foi possível devido à existência do SisReg-ES. O registro dos dados no sistema é passível de falhas, e não permite identificar se o absenteísmo ocorreu somente por problemas relacionados com o usuário ou se também foi agravado por questões de gestão. A Sesa-ES já identificou como problema os dados superestimados, considerando que, em alguns locais executantes, não é dada baixa no sistema quando o usuário é atendido, confirmando a realização do procedimento, o que compromete os dados encontrados, já que ficam computados como absenteísmo procedimentos realizados<sup>33</sup>.

Considerando as falhas recorrentes no registro dos atendimentos, nos diversos locais executantes, incluindo os serviços próprios, a Sesa-ES adotou medidas administrativas para atender à necessidade de adequação do Registro (chave de agendamento) de todos os usuários SUS, atendidos via SisReg, publicando em 20 de novembro de 2018, no Diário Oficial, a Portaria nº 084-R/2018, que normatiza a baixa obrigatória no SisReg dos procedimentos realizados, que devem ser atualizados diariamente. Pretende-se, com esta medida, obter dados mais próximos do real sobre a atenção ao usuário.

São limitações deste estudo a fragilidade do banco de dados gerado no SisReg-ES, em função do não registro no sistema dos atendimentos realizados, gerando uma taxa maior

de absenteísmo. Outra limitação foi a falta de análise econômica por local executante, de modo que não oferece informações sobre o custo real por procedimento. Considerando os dados disponíveis, não é possível afirmar que todos os valores são realmente desperdiçados, devido às particularidades no desembolso monetário por serviços prestados nas diferentes modalidades de gestão na RSM-ES (serviços públicos estadual e federal, serviços filantrópicos, serviços privados e serviços públicos com gestão de OS). O custo estratificado por local daria ao estudo um valor do desperdício mais próximo do real.

As causas do absenteísmo são muito variadas e estão relacionadas com a gestão, com o usuário e com o trabalhador. Entretanto, um estudo realizado na atenção especializada na Espanha analisou essas causas, concluindo que o percentual de causas evitáveis é de 52,4%<sup>6</sup>. Isso sugere que haja amplo espaço para a implementação de esforços de correção. Justifica-se, portanto, uma análise individualizada futura do comportamento do absenteísmo em cada especialidade para subsidiar esses esforços.

## Conclusões

O absenteísmo de usuários é um problema crônico nos sistemas de saúde no Brasil e no mundo, que pode inviabilizar a sustentabilidade da ampliação da oferta de serviços especializados. Na atenção especializada, ele é crescente na RSM-ES, com prejuízos para a gestão pública e para os usuários, levando em consideração, principalmente, o prejuízo social que ele acarreta. Salienta-se que as taxas de absenteísmo e os valores monetários encontrados representam dados significativos para o sistema de saúde pública.

Sugere-se que sejam buscadas as causas do absenteísmo relacionadas com a gestão e as particularidades do usuário, a fim de propor medidas de redução viáveis, tais como: fortalecimento da atenção básica como porta de entrada do usuário, qualificação do sistema de regulação, estabelecimento de redes de atenção à saúde regionalizadas e hierarquizadas e outras. Considera-se a integralidade da atenção como um dos maiores desafios do SUS, que exigem medidas inovadoras e capazes de promover cada vez mais um atendimento mais humanizado e comprometido com a vida.

Os dados de custos por serviço são importantes informações que ajudam na tomada de decisão por gestores, sobre investimentos e prioridades, apoiando a maior eficiência nos gastos em saúde. Assim, pode-se concluir que otimizar os recursos disponíveis e combater o desperdício sem comprometer a qualidade da assistência serão um desafio constante na agenda dos gestores do SUS na atualidade e nos próximos anos.

## Colaboradores

Beltrame SM (0000-0002-0755-5565)\* contribuiu para concepção, planejamento, metodologia e redação final. Oliveira AE (0000-0001-5160-3280)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica da versão preliminar e da versão final do manuscrito. Santos MAB (0000-0002-7547-3537)\* contribuiu para concepção, análise, elaboração do texto e revisão do documento final. Santos Neto ET (0000-0002-7351-7719)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica da versão preliminar e da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Santos JS. Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município baiano. Vitória da Conquista. Dissertação [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008; 33 p.
2. Bender ADS, Molina LR, Mello ALSFD. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espaço Saúde (Online)*. 2010; 11(2):56-65.
3. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, et al. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2013; 7(2):63-84.
4. Ellis DA, Jenkins R. Weekday affects attendance rate for medical appointments: large-scale data analysis and implications. *PLoS ONE*. 2012; 7(12):e51365.
5. Giunta D, Briatore A, Baum A, et al. Factors associated with nonattendance at clinical medicine scheduled outpatient appointments in a university general hospital. *Patient PreferAdherence*. 2013; 7:1163-70.
6. Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F. Determinants and economic cost of patient absenteeism in outpatient departments of the Costa del Sol Health Agency. *An Sist Sanit Navar*. 2015; 38(2):235-45.
7. Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, et al. No-shows in appointment scheduling: a systematic literature review. *Health Policy*. 2018; 122(4):412-21.
8. Oleskovicz M, Oliva FL, Hildebrand e Grisi C, et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(5):1009-17.
9. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*. 2016; 13(152):19-32.
10. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Mangueiros, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9(32):235-41.
11. Ferreira MB, Lopes AC, Lion MT, et al. Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na estratégia de saúde da família. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2016; 14(1):411-9.
12. Gonçalves CÂ, Vazquez FL, Ambrosano GMB, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(2):449-60.
13. Gurol-Urganci I, Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, et al. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (12):CD007458.
14. Stubbs ND, Geraci SA, Stephenson PL, et al. Methods to reduce outpatient non-attendance. *Am J Med Sci*. 2012; 344(3):211-9.
15. Bech M. The economy of non-attendance and the expected effect of collecting a fine from non-participants. *Health Policy*. 2005; 74(2):181-91.
16. Mbada CE, Ajayi O, Agbeja OB, et al. Non-attendance for out-patient physiotherapy: evaluation, prediction and physiotherapists perceptions (a cross-sectional study). *J Phys Ther*. 2013; 7:12-22.
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: OPAS; 2011.
18. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet*. 2011; 377(9780):1877-89.



19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2297-305.
20. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1707-14.
21. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2018; 23(6):1723-8.
22. 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.
23. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(supl):126-34.
24. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
25. Souza MFM, Malta DC, França EB, et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1737-50.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [internet]. 4 Ago 2008 [acesso em 2019 nov 4]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf>.
27. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate.* 2012; 36(95):640-7.
28. Ferreira B. Faltas em consultas médicas pelo SUS chegam a 46% no ES [internet]. 2015 set 14 [acesso em 2018 ago 8]. Disponível em: <https://blog.atencao-basica.org.br/2015/09/14/faltas-em-consultas-medicas-pelo-sus-chegam-a-46-no-es/>.
29. Garcia LP. A economia desumana: porque mata a austeridade. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(11):e00151116.
30. Holst J, Giovanella L, Andrade GCL. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *Saúde debate.* 2016; 40(esp):213-26.
31. Silva EN, Silva MT, Pereira MG. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016; 25(1):205-7.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Censo 2010 [acesso em 2018 ago 8]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
33. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde [internet]. Plano Diretor de Regionalização (PDR) [acesso em 2018 ago 8]. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o\\_ES\\_2011.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o_ES_2011.pdf).
34. Lima LD, Viana ALÁ, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):2881-92.
35. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, et al. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde debate.* 2002; 26(60):37-61.
36. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* São Paulo: Hucitec; 2003. p. 21-36.
37. Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde Soc.* 2009; 18(2):189-98.
38. Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: Conass; 2016.

39. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(3):260-8.
40. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(3):941-51.
41. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-76.
42. Kheirkhah P, Feng Q, Travis ML, et al. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16:13.
43. Fernandes A. Uma em quatro pessoas não vai à consulta [internet]. [acesso em 2019 ago 8]. Disponível em: <http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/uma-a-cada-4-pessoasnao-vai-as-consultas/>.

---

Recebido em 26/04/2019

Aprovado em 22/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (Fapes)

# Papel de Hospital Universitário na rede de atenção reumatológica

## *Role of University Hospital in the rheumatological care network*

Suélem Barros de Lorena<sup>1,2</sup>, José Eudes de Lorena Sobrinho<sup>3,4</sup>, Aline Ranzolin<sup>5</sup>, Ângela Luzia Branco Pinto Duarte<sup>5</sup>, Petrônio José de Lima Martelli<sup>6</sup>, Eduardo Maia Freese de Carvalho<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912304

**RESUMO** Os objetivos deste artigo são descrever e analisar o papel de um Hospital Universitário na Rede de Atenção à Saúde para pacientes reumatológicos no estado de Pernambuco. Realizou-se estudo transversal com abordagem qualitativa e quantitativa. Foram entrevistados informantes-chave da Secretaria Estadual de Saúde e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Dados secundários foram extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Em 2016, foram atendidos 4.530 usuários com Doenças Reumatológicas no hospital, média de idade de 52 anos, maioria mulheres (79%), oriundos de 164 municípios pernambucanos com concentração na 1ª região de saúde. A entrada dos pacientes é regulada, havendo protocolo de acesso para avaliar perfil e indicar subespecialidade de atendimento em reumatologia. Existe protocolo único no hospital e são garantidos exames laboratoriais e alguns por imagem; há infusão de imunossupressores no serviço, quando indicada clinicamente. Como fragilidades, apontam-se alto absenteísmo e dificuldades em compartilhar cuidado com a atenção básica, apesar da alta responsável adotada. O Hospital Universitário analisado parece cumprir sua missão institucional e funcionalidade, dando resolutividade aos casos pelos quais se torna responsável e preenchendo, muitas vezes, as lacunas assistenciais da média complexidade do Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Hospitais universitários. Hospitais de ensino. Reumatologia. Assistência à saúde. Atenção à saúde.

**ABSTRACT** *The objectives of this paper was to describe and analyze the role of a University Hospital in the Health Care Network for rheumatological patients of Pernambuco state. A transversal study with qualitative and quantitative approach was carried out. Key-informants from the Health State Secretary and Clinical Hospital of the Federal University of Pernambuco were interviewed. Secondary data were extracted from the National Registry of Health Establishments. In 2016, 4.530 patients with Rheumatologic Diseases were treated at the hospital, mean age of 52 years old, mostly women (79%), from 164 municipalities in Pernambuco with concentration in the 1st health region. Patients' admission is regulated, with an access protocol to evaluate profile and indicate subspecialty of care in rheumatology. There is a single protocol in the hospital and laboratory and some imaging tests are assured; there is infusion of immunosuppressants in the service, when clinically indicated. As weaknesses, high absenteeism and difficulties in sharing care with primary care are pointed out, despite the high responsibility adopted. The University Hospital analyzed seems to fulfill its institutional mission and functionality, giving resolution to the cases for which it becomes responsible and filling, often, the assistance gaps of the average complexity of the Unified Health System.*

**KEYWORDS** *Hospitals university. Hospitals teaching. Rheumatology. Delivery of health care. Health care (public health).*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) - Recife (PE), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - Santo Amaro (PE), Brasil. eudeslorena@hotmail.com

<sup>4</sup>Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-Unita) - Caruaru (PE), Brasil.

<sup>5</sup>Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) - Recife (PE), Brasil.

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.



## Introdução

Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, igualmente importantes, de comunicação horizontal e coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS). Têm como objetivo prestar assistência integral e contínua aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de suas necessidades pautadas em redes temáticas, com intervenções promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. Surgem para aprimorar a qualidade dos serviços, melhorar os índices epidemiológicos da situação de saúde da população, reduzir os custos públicos relacionados à saúde e aumentar o nível de satisfação dos usuários<sup>1,2</sup>.

O conceito de rede foi descrito pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, que destaca a importância da coordenação de um sistema para a melhoria do funcionamento de serviços e da prestação de cuidados<sup>3</sup>. No Brasil, a implantação e a implementação das RAS são temas recentes, que têm sido amplamente divulgados, com fundamentação em experiências internacionais exitosas na atenção a pessoas idosas, saúde mental, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas<sup>2</sup>. No entanto, observa-se que a assistência às Doenças Reumatológicas (DR), temática abordada nesta pesquisa, ainda não está sendo devidamente valorizada nas pautas de discussões da gestão pública e carece de publicações científicas, apesar de estas serem patologias fortemente representadas na rotina clínica.

Em decorrência da cronicidade do quadro algico e da complexidade de sintomas físicos e emocionais que envolvem esses pacientes, nota-se, na prática, uma incessante busca pela integralidade do cuidado. Itinerários terapêuticos são alvos de estudo quando se aborda pacientes portadores de doenças crônicas<sup>4</sup>, o que retoma a reflexão acerca da incansável procura por tratamento e do déficit organizacional na assistência pública.

Nesse contexto, o Hospital Universitário (HU) pertence a uma instituição de ensino

superior estadual ou federal e tem como perfil de trabalho a implementação da educação profissional e a realização de pesquisa e desenvolvimento de inovações, bem como o atendimento de grande volume de pacientes. Oferece internação e atendimento ambulatorial, que servem de âncora para o SUS e são de valor essencial para muitos pacientes, além de seu papel principal no tratamento de doenças raras e casos complexos<sup>5,6</sup>.

Assim, a presente pesquisa teve como objetivos descrever e analisar o papel de um HU na RAS para pacientes reumatológicos no estado de Pernambuco (PE).

## Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa e quantitativa, parte de pesquisa de doutorado em Saúde Pública, desenvolvido em 2017 no estado de Pernambuco (PE), atualmente composto por 12 regiões de saúde. Teve aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e está registrado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 52526616.5.0000.5190, seguindo os preceitos éticos exigidos.

A coleta de dados foi realizada na Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE) e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), que é um HU administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), referência em PE no atendimento secundário e terciário em reumatologia.

Foram entrevistados informantes-chave da SES/PE (n=3): coordenadores das secretarias executivas de vigilância em saúde, atenção à saúde e regulação em saúde. No HC/UFPE, foram entrevistadas a chefia da divisão de gestão do cuidado, a coordenação do serviço de reumatologia e a coordenação do setor de regulação (n=3). Ao todo, seis entrevistas semiestruturadas foram conduzidas e gravadas, elaboradas com base na proposta de Mendes<sup>7</sup>. Depois de realizadas, as entrevistas

foram transcritas e, em seguida, analisadas e interpretadas à luz da metodologia de Bardin<sup>8</sup>.

Os discursos dos entrevistados foram apresentados por meio de números aleatórios com a finalidade de preservar a identidade dos sujeitos participantes, associados às categorias de análise obtidas através do método empregado: papel do hospital na RAS; alta demanda de atendimento em reumatologia no hospital; escassez de médicos especialistas em reumatologia no interior; ferramentas para a organização da RAS; e integração do hospital com outros pontos da RAS.

Dados primários foram obtidos diretamente dos setores administrativos do HC/UFPE, referentes ao ano de 2016: número de pacientes reumatológicos regulados; municípios de origem, idade e sexo desses pacientes. Dados secundários foram obtidos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sistema de informação de domínio público. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2010 for Windows e analisados estatisticamente por meio do cálculo de médias e percentuais.

## Resultados e discussão

### Papel do hospital na RAS

A área de reumatologia faz parte da Unidade de Sistema Musculoesquelético da Divisão de Gestão do Cuidado da Gerência de Atenção à Saúde do HC/UFPE. Por se tratar de um HU, o estabelecimento conta com profissionais formados e em formação, pesquisas clínicas em andamento e disponibilidade de atendimento por subespecialidades, sendo elas: artrite psoriásica, artrites iniciais, artrite reumatoide, chikungunya, esclerose sistêmica, espondiloartrites, fibromialgia, gota, lúpus eritematoso sistêmico, miopatias inflamatórias, osteoartrite de mãos, osteoartrite, osteoporose, psoríase, reumatopediatria, síndrome de anticorpos antifosfolípidos, síndrome de Sjogren e vasculites.

O HC/UFPE é reconhecido pela SES/PE como local de referência terciária e secundária, juntamente com o Hospital Universitário Oswaldo Cruz e as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae):

*Temos oferta de atendimento médico em reumatologia nas UPAE de Belo Jardim, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada, Salgueiro, Garanhuns e Petrolina. Apenas três das nove Upae (Limoeiro, Arcoverde e Ouricuri) não dispõem de reumatologistas. (Entrevistado 1).*

Deste modo, o HC/UFPE é um diferencial na assistência aos pacientes reumatológicos da rede estadual. No entanto, críticas precisam ser tecidas no que diz respeito ao papel social do HC/UFPE enquanto HU. Segundo Machado e Kuchenbecker<sup>9</sup>, o HU deve ser visto como uma instituição vocacionada primordialmente à formação de profissionais de saúde e não apenas à prestação de serviço.

### Alta demanda de atendimento em reumatologia no hospital

No total, 4.530 usuários foram atendidos no ambulatório de reumatologia do HC/UFPE, no ano de 2016. A média de idade foi de 52 anos, sendo a mínima de 2 e a máxima de 96, com moda de 56 anos. Desse total, 79% corresponderam a pessoas do sexo feminino (n=3.622) e 21% a pessoas do sexo masculino (n=908).

Vê-se que o número de pacientes atendidos é elevado, abrindo precedentes para reflexões acerca de a superlotação do serviço comprometer parcialmente a formação acadêmica dos profissionais e graduandos envolvidos<sup>9</sup>.

Quanto aos municípios de origem, não havia informação referente a 104 usuários, e 53 eram provenientes de outros estados, sendo Paraíba e Alagoas os principais. Para os demais (n=4.373), constatou-se que, no público de atendimento estavam pacientes oriundos de 164 municípios pernambucanos, com destaque para Recife (n=1.205), Jaboatão dos Guararapes (n=501), Camaragibe (n=256),

Paulista (n=189), Olinda (n=161), Vitória de Santo Antão (n=149) e São Lourenço da Mata (n=142). Dados referentes à origem dos pacientes por regiões de saúde de PE podem

ser visualizados na *tabela 1*, onde se destaca uma concentração de usuários originários da 1ª região de saúde.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes atendidos no HC/UFPE por regiões de saúde em Pernambuco, 2016

Região de saúde	N	%
Recife (1ª região)	2.958	67,27%
Limoeiro (2ª região)	394	8,96%
Palmares (3ª região)	176	4%
Caruaru (4ª região)	293	6,66%
Garanhuns (5ª região)	88	2%
Arcoverde (6ª região)	106	2,41%
Salgueiro (7ª região)	38	0,86%
Petrolina (8ª região)	37	0,84%
Ouricuri (9ª região)	36	0,81%
Afogados da Ingazeira (10ª região)	44	1%
Serra Talhada (11ª região)	70	1,6%
Goiana (12ª região)	157	3,59%
<b>Total</b>	<b>4.397</b>	<b>100%</b>

Fonte: Banco de dados do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Assim, a maior parte da demanda ainda é oriunda do Grande Recife e da Região Metropolitana (*tabela 1*), questionando-se, diante disso, a existência de lacunas assistenciais no interior e a provável dificuldade de acesso dos usuários interioranos ao atendimento especializado e à terapêutica mais específica para seus casos. Ainda nesta temática, Spedo, Pinto e Tanaka<sup>10</sup> elucidam que as barreiras de acesso aos serviços de média e alta densidade tecnológica comprometem a efetivação do princípio da integralidade do sistema de saúde.

Por se constituir como um dos poucos serviços de referência em reumatologia no estado e estar localizado na capital, há alta procura dos usuários por atendimento no HC/UFPE. Este é um exemplo típico da desarticulada relação entre demanda e oferta que ocorre nos serviços de saúde do SUS, onde se observa

oferta de serviços sem necessariamente haver relação com as características epidemiológicas e necessidades da população<sup>11</sup>.

Almeida et al.<sup>12(330)</sup> ratificam, ainda, que é histórica a concentração de equipamentos de saúde na capital com “pulverização de hospitais de pequeno porte, com baixa resolubilidade e ocupação, no interior”, acompanhando a tendência de concentração dos profissionais médicos nos grandes centros urbanos.

## Escassez de médicos especialistas em reumatologia no interior

Parâmetros da Portaria federal nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, orientam que haja um profissional reumatologista com dedicação

de 40 horas semanais para cada cem mil habitantes<sup>13</sup>. Considerando os dados populacionais publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – 2017), que estima a população pernambucana com 9.473.266 habitantes<sup>14</sup>,

esperava-se que houvesse 95 profissionais da área trabalhando no estado. Os sistemas de informações de acesso público revelam um total de 93 vínculos de médicos reumatologistas em 2017, aproximando-se da média considerada ideal.

Tabela 2. Número de médicos com vínculos empregatícios no SUS, por região de saúde, em Pernambuco, 2007-2017

Região de saúde	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1ª (Recife)	52	52	50	60	66	63	56	59	63	65	68
2ª (Limoeiro)	4	1	4	4	3	1	1	2	2	2	2
3ª (Palmares)	3	5	4	4	1	1	1	1	1	-	1
4ª (Caruaru)	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3
5ª (Garanhuns)	2	2	5	6	6	5	5	5	4	5	5
6ª (Arcoverde)	1	1	1	1	-	2	1	-	-	-	-
7ª (Salgueiro)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
8ª (Petrolina)	3	2	2	2	1	2	2	4	3	5	6
9ª (Ouricuri)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
10ª (Afogados da Ingazeira)	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3
11ª (Serra Talhada)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2
12ª (Goiana)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>67</b>	<b>70</b>	<b>82</b>	<b>81</b>	<b>78</b>	<b>70</b>	<b>78</b>	<b>82</b>	<b>87</b>	<b>93</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir do CNES.

Nota: Alguns médicos podem ter mais de um vínculo público, inclusive em diferentes municípios.

Albuquerque<sup>15</sup> justifica que a distribuição de profissionais tende a acompanhar o Produto Interno Bruto (PIB) e o Índice de Desenvolvimento Humano da capital (IDH-M), revelando que fatores como oportunidade de renda e desenvolvimento humano podem influir na fixação geográfica desses reumatologistas. Além disso, Albuquerque e Santos-Neto<sup>16</sup>, analisando a formação de médicos reumatologistas no Brasil, identificaram que, entre os anos 2000 e 2015, houve 1.091 novos profissionais especialistas nessa área, com forte concentração na Região Sudeste, acompanhando a tendência da oferta dos programas de residência médica no país; em PE,

desde o ano 2002, há apenas um programa de residência médica em reumatologia, que na época ofertava duas vagas, ampliando para três no ano de 2015.

## Ferramentas para a organização da RAS

### Acesso regulado para a gestão da clínica e a redução do absenteísmo

A entrada dos usuários no hospital a partir da regulação da SES/PE é realizada desde 2014,

porém os retornos às consultas são agendados pelo próprio estabelecimento de saúde, via sistema informatizado. Há, ainda, a possibilidade de acesso ao serviço por encaminhamento interno, denominada interconsulta. Apesar da existência de um protocolo de acesso ao serviço de reumatologia do HC/UFPE, descrito no *quadro 1*, críticas foram tecidas pela gestão do hospital quanto às dificuldades para sua operacionalização:

*Chega desde casos simples, que não precisavam estar aqui, e até chegam pacientes que não seriam para aquela especialidade adequadamente, não preenchem os critérios no sentido da pertinência, e outra: não preenchem os critérios/requisitos, que é exames, a descrição correta da condição que justificou o encaminhamento...* (Entrevistado 4).

Apesar dos esforços empreendidos para a garantia do acesso dos usuários via regulação, o absenteísmo é uma problemática recorrente dentro do hospital. Este fato se deve, segundo relato de um dos entrevistados, ao modo de agendamento dos pacientes pela central de regulação estadual e suas unidades descentralizadas nas Gerências Regionais de Saúde (Geres):

*Eles abrem as vagas via internet para os municípios, então, originalmente, era na sede das Geres. Município que não tinha internet, tinha que se deslocar pra sede da Geres, pra fazer o agendamento, e isso já gerava muito absenteísmo.* (Entrevistado 6).

Na tentativa de amenizar tais problemas, a comunicação com a SES a respeito das vagas disponíveis tem sido feita com uma frequência maior (leia-se, mensalmente), e um ambulatório de triagem foi inserido no serviço para contrarreferenciar os pacientes ou encaminhá-los para atendimento nas subespecialidades.

Bittar et al.<sup>17</sup>, estudando o absenteísmo dos

usuários em estabelecimentos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo no período de 2011 a 2015, identificaram que a ausência de transporte, o esquecimento da consulta e a falta de recursos financeiros se constituíram como principais causas para o não comparecimento dos usuários nas datas agendadas em suas consultas. Estes mesmos autores sugerem que as causas do absenteísmo em atendimento ambulatorial devem ser estudadas individualmente em cada especialidade, uma vez que podem existir fatores específicos, como gravidade da doença, disponibilidade de profissionais e equipamentos, entre outros, que podem alterar resultados<sup>17</sup>.

Outro estudo, desenvolvido em João Pessoa (PB), destaca, por ator (usuário e gestão), os prováveis problemas gerados pelo absenteísmo às consultas especializadas. Para o usuário, há o adiamento das suas necessidades de cuidado pelo aumento do tempo de espera para marcar a consulta, além de maior insatisfação com o serviço. Para a gestão, observa-se um desequilíbrio na oferta de serviços acompanhado de crescimento progressivo da demanda reprimida, uma vez que o mesmo usuário volta a demandar atendimento especializado; aumento dos custos assistenciais, visto que o adiamento pode provocar piora do quadro clínico referido pelo usuário; desperdício dos serviços, desde o trabalho do marcador à visita do agente comunitário de saúde para a entrega do agendamento ao tempo desperdiçado de consulta com o especialista. Isto, além da perda de oportunidade de inclusão de outro paciente no serviço<sup>18</sup>.

## Protocolos clínico-assistenciais

Foi elaborado um protocolo de acesso ao serviço de reumatologia do HC/UFPE, estruturado de acordo com as condições que sugerem a necessidade do tratamento, critérios de inclusão e fluxo da assistência, e as orientações para a contrarreferência.



Quadro 1. Protocolo de acesso ao serviço de reumatologia do HC/UFPE

Condições que sugerem a necessidade do encaminhamento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Artrite com duração maior do que quatro semanas;</li> <li>2. Artrite com sintomas gerais e/ou sistêmicos, tais como febre persistente, derrame pleural e/ou pericárdico, lesões cutâneas etc.;</li> <li>3. Vasculite cutânea e/ou sistêmica;</li> <li>4. Fenômenos trombóticos de repetição, tais como: abortamentos, TVP* associadas ou não a livedos reticulares e/ou plaquetopenia;</li> <li>5. Espessamento cutâneo com ou sem fenômeno de Raynaud;</li> <li>6. Citopenias, principalmente se acompanhadas de artrite e/ou lesão cutânea;</li> <li>7. Artrite associada a psoríase.</li> </ol>
Incluir no encaminhamento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tempo de evolução da condição verificada;</li> <li>2. Descrição das alterações encontradas;</li> <li>3. Comorbidades associadas;</li> <li>4. Tratamentos realizados, descritos detalhadamente;</li> <li>5. Hemograma, bioquímica básica e sumário de urina.</li> </ol>
Fluxo de atendimento	O paciente encaminhado será atendido no ambulatório geral de reumatologia, onde serão realizados todos os procedimentos propedêuticos necessários ao caso. Se for diagnosticada doença reumatológica com necessidade de tratamento especializado, o paciente será agendado para acompanhamento nos ambulatórios de subespecialidade.
Contrarreferência	O paciente será contrarreferenciado quando não for evidenciada condição que requeira o tratamento especializado; quando receber alta definitiva do tratamento. Receberá um relatório de atendimento para ser entregue no serviço de contrarreferência, contendo o resumo do caso e as orientações necessárias para o acompanhamento.

Fonte: Banco de dados do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, 2018.

\*Tromboses Venais Profundas.

Ao ingressarem no hospital, os usuários são acolhidos pelo ambulatório de reumatologia, onde se realiza uma triagem, tanto para verificar a conformidade do seu perfil com o protocolo assistencial quanto para se indicar qual subespecialidade/profissional os irá atender, em razão da patologia que apresentarem. Questões relacionadas à formação profissional e consequente qualificação dos serviços de saúde foram apontadas pela SES/PE como problemas para a operacionalização dos protocolos clínicos.

Além desse atendimento ambulatorial, também é ofertada, no HU, a assistência hospitalar com internações decorrentes de problemas reumatológicos. A relação vertical entre os níveis de atenção à saúde – neste caso, o terciário com o primário – ainda não se dá de maneira a garantir a integralidade do cuidado, embora esforços sejam empreendidos pela gestão hospitalar:

*O paciente aqui, que tá em alta no ambulatório, que essa alta se dê de forma responsável e com contato com a equipe que vai continuar o cuidado dele. Então, o paciente da reumatologia que compensou, tá bem, enfim, pode ser acompanhado na unidade municipal. Que essa alta se dê com o contato da unidade municipal, com a passagem do caso, com o relatório detalhado do que ela tá fazendo de medicações e com a possibilidade d'ela retornar, sempre que precisar, com alguma piora do quadro, agudização, essas coisas. (Entrevistado 5).*

No que diz respeito ao uso de protocolos clínicos, têm-se que são documentos específicos desenvolvidos, sistematicamente, baseados em evidências científicas, com o objetivo de prestar atenção à saúde frente a uma determinada patologia. Têm as importantes funções: gerencial, para os serviços de saúde; educacional, para os profissionais envolvidos na

assistência; e comunicacional, entre gestores, profissionais e usuários<sup>19</sup>. Por isto, há a preocupação em apontar o não cumprimento dos protocolos de acesso como um problema a ser solucionado no serviço de reumatologia do HC/UFPE, para facilitar o encaminhamento dos pacientes da SES/PE, uma vez que a oferta dos serviços de saúde de referência regional ou estadual (os de média ou alta complexidade) são competências das Secretarias Estaduais de Saúde<sup>20</sup>, fato que ocorre em PE, seja pela rede própria do estado ou pelo setor privado conveniado.

### Sistemas de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico

A estrutura operacional da RAS recomenda que sejam organizados subsistemas de apoio logístico (enfoque para prontuário eletrônico) e de apoio (diagnóstico, terapêutico e de assistência farmacêutica)<sup>1</sup>.

De acordo com a organização do serviço, cada usuário possui um prontuário único, que integra as informações ao longo de todo o percurso assistencial dentro do HC/UFPE. Porém, o registro neste documento não é realizado da maneira ideal:

*A gente precisa caminhar muito no sentido do registro se dar de forma sequenciada no prontuário. O que acontece, muitas vezes: o prontuário junta documentos de diversas áreas e não necessariamente ele está concatenado numa ordem, ele não é evoluído, escrito na mesma folha, na mesma sequência... Então, a gente tá num processo aqui no hospital, de fato, de tentar fazer o prontuário ser único, no sentido de que todos os profissionais evoluam num mesmo campo, né? (Entrevistado 5).*

A adoção de um prontuário eletrônico único, apontada como fragilidade do HC/UFPE pela sua inexistência, acarretaria vantagens ao acompanhamento do cuidado prestado ao paciente, especialmente entre serviços de diferentes níveis de complexidade, como: acesso mais rápido ao histórico de saúde dos

usuários; uso simultâneo das informações registradas por diversos serviços e profissionais de saúde; eliminação da redundância de dados e de pedidos de exames complementares; e integração com outros sistemas de informação<sup>21</sup>.

Exames laboratoriais e alguns procedimentos de diagnóstico por imagem são realizados no próprio HU, com exceção para a ressonância magnética. Enquanto isto, no estado, a regulação reconhece que persistem problemas quanto ao agendamento de procedimentos diagnósticos, dadas a limitação da contratualização da rede de serviços e a insuficiência de recursos financeiros.

Nos relatos, destacou-se, também, a infusão de imunossuppressores como um serviço específico do hospital. Quanto à assistência farmacêutica, segue o fluxo assistencial do SUS:

*Tem pouca medicação ao paciente reumatológico, porque muitas destas não estão dentro da relação nacional de medicamentos essenciais. Aí, a gente não tem na atenção primária à saúde. A gente tem na rede especializada, e algumas medicações só são disponibilizadas pelo estado, pela farmácia do estado. Na atenção básica, a gente tem corticoide, tem analgésicos, codeína e penicilina benzatina. (Entrevistado 2).*

### Integração do hospital com outros pontos da RAS

Sabe-se que, pela natureza crônica das DR, uma quantidade significativa de usuários permanecerá em atendimento ambulatorial contínuo na estrutura do serviço de referência hospitalar, sobretudo diante da escassez de médicos reumatologistas no interior do estado, como se pode observar na *tabela 2*, onde se vê que 70% dos especialistas estão concentrados na 1ª região de saúde. No entanto, o compartilhamento do cuidado por serviços de diferentes densidades tecnológicas é mencionado pelos entrevistados como uma estratégia que poderia gerar bons resultados na atenção aos usuários.

Visão ampliada do papel da APS na perspectiva do cuidado aos usuários portadores de DR é ressaltada por gestores da SES/PE quando se discute a possibilidade de que, neste nível de complexidade, seja ofertada assistência de forma longitudinal, a partir da compreensão da cronicidade das patologias:

*A gente tem que desmistificar nos outros campos também, que mesmo os pacientes estando no especialista, devem continuar na responsabilidade sanitária da equipe de atenção básica. Temos que focar muito na referência e contrarreferência para que o paciente seja visto em dois níveis de complexidade, no mínimo. (Entrevistado 3).*

Para o gestor do HC/UFPE, o papel do hospital pode ser mais amplo do que a oferta de assistência especializada, alcançando um nível de funcionamento como apoio matricial à atenção básica dos municípios, por exemplo, dentro da especialidade da reumatologia:

*O hospital poderia funcionar como um apoio matricial entre a atenção básica e especializada dos próprios municípios. Talvez, especializada seja difícil, porque a gente não tem muitos reumatologistas, principalmente no interior. Tem os residentes e doutorandos, que aumentam a quantidade de atendimentos, mas é difícil. (Entrevistado 6).*

No mais, elucida-se uma fragmentação da atenção à saúde e pouca prioridade para a temática das DR em Pernambuco, destacando-se, inclusive, a influência exercida pelos distintos órgãos gestores dos serviços assistenciais:

*Nós temos uma rede fragilizada em função da forma de gerenciamento das unidades. Nós temos um HU que é gerenciado de forma federal, como nós temos a UPAE, que é de gerência estadual, e nós temos a rede municipal. Esses mecanismos de monitoramento acabam se fragilizando. Apesar de que a Geres e o município procuram monitorar, mas a gente entende que ainda é de forma incipiente. (Entrevistado 1).*

Em contrapartida, é válido ressaltar iniciativas bem sucedidas do HC/UFPE, como a informatização na marcação de consultas, devido à satisfatória comunicação estabelecida com a SES, e a existência de um protocolo de acesso ao serviço de reumatologia e a resolutividade dos pacientes ingressos no hospital, por meio da garantia da realização de exames, fornecimento de medicamentos básicos e internação, caso seja necessária. A alta responsável também precisa ser destacada, pois a dificuldade de comunicação entre a atenção básica e a especializada foi uma queixa frequente relatada pelos entrevistados da gestão pública.

Revisão integrativa acerca da alta responsável como um dispositivo de gestão da clínica apontou que a organização da alta hospitalar com garantia da continuidade de cuidados na rede básica se depara com problemas, como a falta de suporte das equipes multiprofissionais da atenção básica aos usuários egressos do ambiente hospitalar e às suas famílias ou cuidadores, fato que a autora atribuiu ao baixo financiamento destinado aos serviços básicos e de atenção domiciliar e à falta de capacitação dos profissionais para lidarem com tais situações clínicas<sup>22</sup>.

Diante da natureza crônica das DR, o pressuposto de integração vertical da RAS merece ser destacado, pois uma fraca integração de cuidados primários, secundários e terciários pode resultar em ineficiência e falta de qualidade, causando perturbações desnecessárias aos usuários<sup>23</sup>. Na concepção de Tsiachristas<sup>24</sup>, o cuidado integrado é o conceito mais promissor para enfrentar a crescente ameaça de doenças crônicas, ao redesenhar os cuidados e mudar o estilo de vida do paciente e o comportamento dos prestadores de cuidados<sup>24</sup>.

Autores clássicos sugerem que a atenção especializada deva ser ofertada preferencialmente de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo uma boa relação custo-benefício e qualidade na atenção prestada<sup>11</sup>. A APS tem capacidade para resolver cerca de 80% dos motivos que levam alguém a demandar serviços de saúde<sup>1</sup>. Os problemas de saúde que não forem solucionados na APS deverão ser

referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e/ou atenção hospitalar; uma vez equacionado o problema, o paciente deve ser contrarreferenciado para a unidade primária que o acompanha. É por isto que os serviços de atenção secundária e terciária são oferecidos em unidades de abrangência regional<sup>11</sup>.

Por fim, as Upae citadas neste estudo são definidas pela Lei estadual nº 14.928, de 22 de março de 2013, como

unidades ambulatoriais de alta resolutividade em diagnósticos e orientações terapêuticas para diferentes especialidades médicas, bem como para realização de procedimentos médicos de média complexidade<sup>25</sup>.

Conforme definido nessa lei, as atuais unidades estão localizadas nos municípios-sede das regiões de saúde e recebem pacientes encaminhados pelo setor de regulação médica, provenientes das unidades de APS ligadas às secretarias municipais de saúde, não havendo obrigatoriedade no fornecimento de serviço em todas as especialidades médicas, sendo estas decididas de acordo com as demandas reprimidas e a análise do perfil epidemiológico de cada uma das 12 regiões de saúde<sup>25</sup>.

## Conclusões

O HU analisado parece cumprir sua missão

institucional e funcionalidade, dando resolutividade para os casos pelos quais se torna responsável e preenchendo, muitas vezes, as lacunas assistenciais da média complexidade do SUS. No entanto, indica-se a necessidade de melhorias, como um sistema eficiente de referência e contrarreferência de pacientes, que contemple o princípio da regionalização no planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde voltados para reumatologia.

Recomenda-se, em pesquisas futuras, o aprofundamento de temas como admissão ambulatorial e hospitalar do paciente portador de DR mediado por protocolos clínico-assistenciais em perspectiva da regulação de serviços, no âmbito do sistema de saúde, posto que foram limitações deste estudo.

## Colaboradores

Lorena SB (0000-0001-8664-9967)\* participou de todas as etapas de planejamento e construção da pesquisa, e aprovou a versão final do manuscrito. Lorena Sobrinho JE (0000-0001-7820-735X)\*, Martelli PJJ (0000-0001-6920-6435)\* e Carvalho EMF (0000-0002-8995-6089)\* contribuíram para a análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. Ranzolin A (0000-0002-8260-2288)\* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e facilitou o acesso ao HU. Duarte ALBP (0000-0001-6434-9939)\* facilitou o acesso ao HU. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2297-2305.
3. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2307-16.
4. Cabral ALLV, Martínez-Hemáez A, Andrade EIG, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(11):4433-42.
5. Jacobsen C, Burmester GR, Detert J. Interface between university medicine and patient care. *Z Rheumatol.* 2014; 73(6):520-5.
6. Lobo MSC, Rodrigues HC, André ECG, et al. Lins MPE. Dynamic network data envelopment analysis for university hospitals evaluation. *Rev. Saúde Pública* [internet] 2016 [acesso em 2018 jun 3]; (50):1-12. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006022.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006022.pdf).
7. Mendes EV. A modelagem das redes de atenção à saúde. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
9. Machado SP, Kuchenbecker R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(4):871-7.
10. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis (Rio J.)*. 2010; 20(3):953-72.
11. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 547-76.
12. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc.* 2016; 25(2):320-35.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria federal nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 2 Out 2015.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2017 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. [acesso em 2018 maio 2]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2017/estimativa\\_dou\\_2017.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf).
15. Albuquerque CP. Inequalidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. *Rev. Bras. Reumatol.* 2014; 54(3):166-71.
16. Albuquerque CP, Santos-Neto LL. Evolução da formação de reumatologistas no Brasil: a opção pela residência médica. *Rev. Bras. Reumatol.* 2017; 57(6):507-13.
17. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA, Bol. Epidemiol. Paul.* 2016; 13(152):19-32.
18. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, et al. Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pes-

- soa-PB, Brasil. *Tempus*. 2013 [acesso em 2018 maio 10]; 7(2):63-84. Disponível em: <http://www.tempus-sactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1344>.
19. Damázio LF, Gonçalves CA. Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde: caminhos e perspectivas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
  20. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília, DF: MS; CNSMS; 2007.
  21. Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? *Sci. Med.* 2011; 21(3):121-31.
  22. Ignácio DS. Alta hospitalar responsável: em busca da continuidade do cuidado para pacientes em cuidados paliativos no domicílio, uma revisão integrativa [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 69 p.
  23. Santana RR, Costa C. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceituais e organizacionais. *Rev. port. saúde pública.* 2008; (7):29-56.
  24. Tschristas A. Finding the royal way to stimulate and evaluate integrated care in Europe. *Inter. J. Care Coord.* 2015; (18):48-50.
  25. 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's, no âmbito do Estado de Pernambuco. *Diário oficial do estado de Pernambuco.* 23 Mar 2013.

---

Recebido em 28/02/2019  
Aprovado em 04/09/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Implantação do Programa Seguro-Emprego e saúde dos trabalhadores na indústria automobilística

*Employment-Insurance Program implantation and workers' health at automotive industry*

Leonardo Dresch Eberhardt<sup>1</sup>, José Augusto Pina<sup>1</sup>, Eduardo Navarro Stotz<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912305

**RESUMO** O objetivo do artigo foi analisar a implantação do Programa Seguro-Emprego (PSE) em relação à saúde dos trabalhadores nas montadoras de automóveis do ABC. A metodologia incluiu pesquisa documental em acordos coletivos de trabalho, legislação, documentos de entidades sindicais e empresariais. Em 2015, o PSE foi lançado pelo governo como resposta à crise econômica, permitindo redução de até 30% da jornada de trabalho e de salário. Apesar dos questionamentos de grupos sindicais e da resistência operária nas montadoras, a maioria do sindicalismo apoiou a implantação do Programa. Os resultados da pesquisa apontaram o PSE como parte de um novo ciclo de expansão e transformações produtivas na indústria automobilística, ampliando e aprofundando a intensificação do trabalho como forma de geração do desgaste operário. O PSE participa da estratégia empresarial para manter o emprego mais produtivo, selecionando os operários que se manterão no emprego e excluindo trabalhadores considerados de 'baixo desempenho' e os 'compatíveis' (com redução da capacidade laboral). A inclusão do Programa na reforma trabalhista torna-o alternativa permanente para utilização pelas empresas. Portanto, trata-se de tema relevante para as pesquisas e ações em saúde coletiva e saúde do trabalhador.

**PALAVRAS-CHAVE** Política pública. Recessão econômica. Emprego. Sindicatos. Relações trabalhistas.

**ABSTRACT** *The aim of this article was to analyze the implementation of the Employment-Insurance Program (PSE) in relation to the workers' health in the ABC automotive industry. The methodology included documentary research in collective labor agreements, legislation, union and corporate documents. In 2015, the PSE was launched by the government as a response to the economic crisis, allowing up to 30% reduction in working hours and wages. Despite questions from trade union groups and workers' resistance at the automakers, most unionism supported the implementation of the Program. The survey results pointed to the PSE as part of a new cycle of expansion and productive transformations in the automobile industry, expanding and deepening the intensification of work as a way of generating worker wear. PSE participates in the business strategy to maintain more productive employment by selecting workers who will remain in employment and excluding 'low performers' and 'compatible' workers (with reduced work capacity). The inclusion of the Program in labor reform makes it a permanent alternative for use by companies. Therefore, it is a relevant theme for research and actions in collective health and worker's health.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
leonardodeberhardt@gmail.com

**KEYWORDS** *Public policy. Economic recession. Employment. Labor unions. Labor relations.*



## Introdução

A economia mundial viveu profunda crise, a partir de 2008, que desencadeou uma nova onda de transformações produtivas, alterações na política estatal com incremento das medidas de austeridade e perda de direitos sociais, inclusive decorrentes de mudanças na legislação trabalhista e previdenciária em diversos países da Europa. Os efeitos da crise e das medidas para retomada do crescimento econômico são sentidos ainda hoje em diferentes sociedades, ainda que de modo desigual e particular em cada país.

No Brasil, após o aumento de 7,5%, do produto interno bruto, em 2010, a desaceleração do crescimento econômico entre 2011-2014 foi seguida de intensa e prolongada recessão nos anos de 2015-2016. O desemprego, em queda até 2014, elevou-se enormemente e alcançou 14,2 milhões de trabalhadores no primeiro trimestre de 2017. A queda do emprego industrial foi ainda mais prolongada: de outubro de 2011 até o primeiro semestre de 2017<sup>1,2</sup>.

A crise impulsionou outro ciclo de mudanças no processo de produção, especialmente a aceleração da integração nas chamadas ‘cadeias globais de valor’, formações econômicas em que as etapas do processo produtivo são dispersas em diferentes locais do planeta<sup>3(7)</sup>. Em 2011, o Governo Federal anunciou o Plano Brasil Maior, cujos objetivos incluíam a melhoria da participação das atividades de alta produtividade e tecnologia no âmbito das cadeias globais de valor. O setor automotivo, considerado prioritário, foi o foco de várias medidas de estímulo à produtividade e tecnologia, entre elas, o Inovar-Auto, regime automotivo brasileiro vigente até 2017 e que, em 2018, foi renovado por mais 15 anos com a instituição do Programa Rota 2030<sup>4</sup>.

Nesse contexto, governo, entidades empresariais e sindicais dos trabalhadores tomaram várias iniciativas. Entre elas, estão visitas de delegação brasileira à Alemanha a fim de apreender com o modelo alemão de organização do mercado de trabalho e da produção;

a publicação de estudos e propostas pela Confederação Nacional da Indústria (CNI)<sup>5</sup>; a proposição do Acordo Coletivo Especial (ACE) pelo Sindicato dos Metalúrgicos do ABC (SMABC)<sup>6</sup>, da Central Única dos Trabalhadores (CUT); e, inclusive, a implantação do Programa de Proteção ao Emprego (PPE), em 2015, como política pública para preservação do emprego em conjuntura de recessão econômica.

O PPE foi implantado pela Medida Provisória 680/2015, convertida na Lei nº 13.189/2015<sup>7</sup>; e, mediante Acordo Coletivo de Trabalho (ACT), permite a redução de até 30% do salário e jornada de trabalho, por 12 meses, em empresas cujo Indicador Líquido de Empregos (ILE) estiver igual ou inferior a 1%. A redução salarial pode ser compensada em até 50% pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Os trabalhadores submetidos ao programa não podem ser demitidos durante o período de vigência. A estabilidade também se estende pelo prazo de um terço da duração do Programa, após seu término. Em 2017, o PPE teve o nome alterado para ‘Programa Seguro-Emprego’ (PSE), o prazo de adesão foi ampliado para 31 de dezembro de 2017; e a vigência, para até 24 meses, em prorrogações a cada 6 meses<sup>8</sup>.

Entre setembro de 2015 e abril de 2016, 78,7% dos trabalhadores submetidos ao PSE eram empregados do setor automobilístico<sup>9</sup>, com destaque para o pioneirismo das montadoras da Região do ABC, em São Paulo, na incorporação do PSE à gestão da produção e da força de trabalho no âmbito da negociação coletiva entre empresa e sindicato.

Para Laurell<sup>10</sup>, em perspectiva histórica e tendo por referência os países latino-americanos, os períodos de crise e recessão econômica adquirem grande importância para a saúde coletiva. Primeiro, acarretam o aumento da pauperização dos trabalhadores, expressa na redução salarial, na elevação do desemprego, do emprego informal e na redução de políticas sociais; segundo, promovem transformações nos processos de produção, inclusive



pela maior internacionalização da economia; terceiro, promovem a aplicação de políticas econômicas que restringem os gastos sociais dos governos até o reforço da privatização de serviços sociais como os de saúde; e, quarto, alteram as condições da ação reivindicativa e política das classes trabalhadoras, especialmente em razão de o alto desemprego ampliar a insegurança no emprego e as dificuldades para defesa das condições de vida, trabalho e saúde. Esse cenário se manifesta, por exemplo, nos resultados de estudos recentes sobre o impacto de períodos de crise e recessão na saúde. Há evidências de que a crise está relacionada com o aumento da ocorrência de agravos à saúde mental – como ansiedade e depressão – e, especialmente nos países da periferia do capitalismo, com o aumento das taxas de mortalidade infantil e de mortalidade por causas específicas – como doenças cardiovasculares, infecções respiratórias, cirrose hepática, suicídios e homicídios<sup>11-13</sup>.

Por se tratar de uma política pública de resposta à crise econômica com impacto na produção e no emprego, o PSE adquire importância para a saúde do trabalhador. Assim, o objetivo deste estudo é analisar a implantação do PSE na indústria automobilística em sua relação com a saúde dos trabalhadores. Para tanto, serão avaliadas: a) a efetividade do Programa para assegurar o emprego; b) a implantação do PSE no que se refere à produção/processo de trabalho; c) as posições dos atores sociais envolvidos – do governo, do empresariado e, especialmente, do movimento sindical e da ação operária ante o PSE; d) as implicações desse processo na saúde dos trabalhadores.

## Metodologia

A análise está ancorada na perspectiva da determinação histórica e social do processo saúde-doença, particularmente nas relações entre produção e desgaste operário<sup>14</sup>. Não se pretende trazer as implicações na saúde em termos de perfis epidemiológicos, uma vez que

as mudanças da produção e do trabalho em que o PSE está inserido não necessariamente adquirem expressões imediatas no processo saúde-doença dos trabalhadores. O PSE e sua participação nas transformações na produção, no processo de trabalho e na dinâmica do mercado de trabalho marcam as formas sociais, biológicas e psíquicas dos trabalhadores por longo tempo, e não apenas no presente ou no futuro imediato. Assim, neste artigo, as implicações na saúde dos trabalhadores estão centradas na produção social do desgaste operário<sup>14</sup>, em que vai se gestando o processo de adoecimento antes mesmo de emergir suas expressões patológicas.

O método utilizado para coleta de dados foi a pesquisa documental, com base em três fontes: 1) ACT firmados entre o SMABC e as montadoras automobilísticas, entre 2015 e 2016, de acesso público no portal on-line do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); 2) legislação e material produzido durante a tramitação e a implantação do PSE; e 3) documentos das entidades empresariais, centrais sindicais e sindicatos a respeito do PSE, disponíveis em seus portais on-line.

A opção pela pesquisa documental se justifica em virtude da possibilidade de os registros produzidos pelos atores (Governo Federal, Congresso Nacional, entidades empresariais e de trabalhadores) durante a tramitação e a implantação do PSE contribuírem para sua avaliação. Além disso, os documentos consultados possuem informações abrangentes sobre sua implantação.

## Resultados

### PSE pelas perspectivas do governo, do empresariado e dos sindicatos

A Medida Provisória nº 680/15, que trata da implantação do PSE, tramitou no Congresso Nacional entre julho e novembro de 2015, culminando na Lei nº 13.189. Os objetivos explícitos do PSE são:

I - possibilitar a preservação dos empregos em momentos de retração da atividade econômica; II - favorecer a recuperação econômico-financeira das empresas; III - sustentar a demanda agregada durante momentos de adversidade, para facilitar a recuperação da economia; IV - estimular a produtividade do trabalho por meio do aumento da duração do vínculo empregatício; e V - fomentar a negociação coletiva e aperfeiçoar as relações de emprego<sup>7(1)</sup>.

Algumas exigências são impostas pela legislação às empresas que aderem ao PSE: esgotamento do Banco de Horas (BH); proibição de demissão arbitrária ou sem justa causa durante o período de estabilidade; proibição de exercer contratação de empregados para executar atividades desempenhadas por empregado abrangido pelo Programa, com algumas exceções; proibição de realização de horas extraordinárias. Contudo, a lei não faz menção à utilização de modalidades de compensação de horário como o BH durante a vigência do Programa.

Diversos atores sociais se envolveram no debate acerca da implantação do PSE, antes e durante a tramitação da medida provisória do Congresso Nacional. Destacam-se três posicionamentos: do empresariado, do governo e do movimento sindical.

Do ponto de vista do empresariado, o PSE seria uma alternativa de flexibilização do trabalho vantajosa em relação àquelas até então disponíveis, como o *layoff* – dispositivo utilizado pelas empresas para suspender temporariamente o contrato de trabalho e a realização de cursos de qualificação nesse período, com bolsas pagas pelo FAT. Para as entidades empresariais, como a CNI, esse dispositivo seria controverso do ponto de vista da legislação, o

que causaria uma ‘insegurança jurídica’ para os empregadores<sup>5</sup>. O PSE reduz os custos salariais e encargos pagos pelas empresas por um período total de 24 meses, bem superior ao do *layoff*, em que a duração máxima é de 5 meses; e, em caso de sua extensão, o custo com pagamento dos salários dos empregados é exclusivamente da empresa.

Para o governo, o PSE é apresentado como uma alternativa vantajosa em relação ao *layoff*, pois, ao manter o trabalhador na empresa e recebendo salário, ainda que reduzido, mantém parte da arrecadação com as contribuições incidentes sobre a folha de pagamento, como da Previdência Social e do Fundo Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

O movimento sindical (centrais sindicais e intersindicais) também se posicionou diante do PSE (*quadro 1*). CUT, Força Sindical (FS) e União Geral dos Trabalhadores (UGT) apoiaram a medida, enquanto Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB), Intersindical – Central da Classe Trabalhadora, Intersindical – Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora e Central Sindical e Popular (CSP-Conlutas) foram contra. Os argumentos favoráveis incluíram o PSE como avanço na direção da modernização das relações de trabalho e contribuição para fomentar a inovação e incrementar a indústria brasileira, além da manutenção do emprego e da renda, apesar da redução salarial. A medida também é considerada mais vantajosa e substitutiva ao *layoff*. Os argumentos contrários da CSP-Conlutas e Intersindicais afirmaram que o PSE acabaria por reduzir os salários e os direitos dos trabalhadores e não protegeria os empregos. A CTB argumentou que a medida não resolveria o problema do desemprego e defendeu a recuperação econômica mediante estímulos ao consumo.

Quadro 1. Posição das centrais sindicais quanto à proposta do Programa Seguro-Emprego (PSE), 2015

Central Sindical	Posição	Justificativa
Central Única dos Trabalhadores (CUT)	Favorável	O PSE proporciona a preservação de empregos, a criação de uma indústria inovadora e a modernização das relações de trabalho no Brasil.
Força Sindical (FS)	Favorável	O Programa preserva empregos, é um avanço em relação ao <i>layoff</i> e onera menos a renda e os direitos dos trabalhadores.
União Geral dos Trabalhadores (UGT)	Favorável	O PSE não é solução definitiva para o desemprego, mas é um avanço em relação às alternativas existentes.
Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB)	Contrária	A medida não resolve o problema do desemprego, pois seria preciso estimular o consumo para que a economia voltasse a crescer.
Intersindical - Central da Classe Trabalhadora	Contrária	O Programa não soluciona o desemprego e coloca os trabalhadores e sindicatos à mercê de chantagem empresarial.
Intersindical - Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora	Contrária	O objetivo do PSE é reduzir salários e direitos dos trabalhadores.
Central Sindical e Popular (CSP-Contutas)	Contrária	A proposta do PSE teria o 'verniz' da proteção ao emprego, mas seu sentido é oposto.

Fonte: Elaboração própria. Portais on-line das centrais sindicais e outros.

A Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (Contag) criticou o Programa por não contemplar os trabalhadores rurais, em função da elevada informalidade do trabalho no campo, da grande quantidade de contratos temporários e do salário muito próximo ao mínimo inviabilizar os acordos coletivos, já que a aplicação da redução salarial acarretaria pagamento inferior ao salário mínimo.

## PSE nas montadoras do setor automobilístico no ABC

Entre as empresas que aderiram ao PSE

no último trimestre de 2015, destacam-se as montadoras do setor automobilístico do ABC, em São Paulo. Os ACT que estabelecem o PSE nas três montadoras analisadas (Ford; Volkswagen – VW; e Mercedes-Benz do Brasil – MBB) são firmados por instrumentos normativos específicos, conforme exigência da legislação, mas a negociação para sua implantação abrange outros acordos que tratam de diversos temas, como reajuste salarial, jornada de trabalho, *layoff* e Planos de Demissão Voluntária (PDV) (quadro 2). Firmados em 2015 e 2016, eles incluem cláusulas com efeitos para os anos seguintes.

Quadro 2. Acordos Coletivos de Trabalho (ACT) nas montadoras do setor automobilístico do ABC paulista, 2015-2016

	Ford	Mercedes	Volkswagen	
Acordo coletivo específico do Programa de Seguro-Emprego (PSE)	Redução salarial	20% com pagamento da metade da redução pelo FAT. Redução de 10% no 13º salário. Sem efeitos nas férias e PLR <sup>1</sup> .	20% com pagamento da metade da redução pelo FAT. Perda de 3% no 13º salário, em 2015, e 5% em 2016. Sem efeitos nas férias.	20% com pagamento da metade da redução pelo FAT. Sem efeitos no 13º salário, férias e PLR.
	Redução da jornada de trabalho	20%	20% sobre 44 horas semanais com 4 horas no BH <sup>4</sup> e rodízio com uma folga semanal.	20% sobre 42 horas com 2 horas no BH e 2 jornadas adicionais no mês
	Quantidade de trabalhadores	3.300	8.700	9.300
	Duração e período	9 meses. De 01/01/2016 até 30/09/2016.	9 meses. 03/09/2015 até 31/05/2016.	6 meses. Prorrogado por mais 6 meses. 01/10/2015 até 31/10/2016.
Cláusulas de outros acordos coletivos	Reajuste salarial	2015: 0% INPC <sup>2</sup> . Abono salarial de R\$ 8 mil. 2016: 100% do INPC mais abono salarial de R\$ 1,7 mil.	2015: 100% do INPC. 2016: 50% do INPC. Abono salarial de R\$ 3 mil.	2015: 0% do INPC. Abono salarial de R\$ 6,372,00. 2016: 100% do INPC.
	Layoff	Antes e após o PSE 971 operários, entre out./2015 e fev./2017.	Antes e após o PSE 2015: 500 operários. 2016: 1.200 operários de out./2016 a dez./2017, em três turmas de 400 a cada 5 meses.	Antes e após o PSE 2015: 2.640 operários (240 entre jun./nov. e 2.400 entre jul./dez.). Após, inclusão no PSE. 2016: 3 mil operários.
	Demissão por PDV	2016: 300 trabalhadores: aposentados, próximos da aposentadoria, considerados 'baixo desempenho' (incluídos no 'PDM' <sup>3</sup> ) e compatíveis. Cláusula de quitação geral.	2015: trabalhadores compatíveis que estavam em <i>layoff</i> . 2016: 1.400 trabalhadores, dos quais 400 compatíveis. Cláusula de quitação geral.	2015: operários em <i>layoff</i> não incluídos no PSE como os da manutenção. 2016: 1.300 trabalhadores até o total de 3.600 até 2021. Elegíveis: compatíveis e 'baixo desempenho'. Cláusula de quitação geral.

Fonte: Elaboração própria. Sistema Mediador – Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e outros.

<sup>1</sup>Participação nos Lucros e Resultados; <sup>2</sup>Índice Nacional de Preços ao Consumidor; <sup>3</sup>Programa de Melhoria do Desempenho; <sup>4</sup>Banco de Horas.

O contexto anterior à implantação do PSE nas montadoras incluiu a queda da produção e a utilização de férias coletivas, BH e *layoff* pelas empresas. Além disso, as empresas lançaram mão dos PDV – ferramenta extrajudicial utilizada para a demissão de grandes quantidades de trabalhadores mediante acordo entre sindicato e empresa e recebimento de compensação financeira pelo demitido. Nesse contexto, as ameaças e as demissões provocaram um clima de 'tensão' para os trabalhadores. Os operários procuraram resistir às demissões, com greves na VW, MBB e Ford.

As empresas anunciavam a necessidade de demissões em massa, e o sindicato negociava a implantação do PSE. A tensão no

meio operário pela ameaça de demissão foi registrada no jornal 'Tribuna Metalúrgica' do SMABC<sup>15(3)</sup> por inúmeros relatos de trabalhadores das montadoras:

Estava cheio de planos e agora estou há 11 meses na incerteza do *layoff*. [...] todos nós aqui temos uma família que depende da gente, com contas para pagar, saúde para manter, força e coragem para continuar trabalhando; [ou ainda da operária no seu terceiro *layoff*]: A sensação para quem está vendo essa luta de fora é que a gente não trabalhava o suficiente e merecíamos estar aqui. É exatamente o contrário. [...] A gente pode ser soldado ferido, mas aqui não tem soldado morto.

Na MBB, a negociação para implantação do PSE já havia se iniciado antes mesmo da regulamentação do Programa. No início de julho de 2015, os operários rejeitaram, com ampla maioria (73,8% dos 7.559 votantes), a proposta apresentada por sindicato e empresa de redução de 20% de jornada e de 10% de salário, além de reajuste salarial de metade do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) em maio de 2016, do congelamento da progressão salarial até o final de 2016 e da abertura de PDV para aposentados e trabalhadores com problemas de saúde e redução da capacidade laboral em decorrência de acidente ou doença, comumente chamados de ‘compatíveis’. O trabalhador compatível de etiologia relacionada com o trabalho possui estabilidade no emprego até a aposentadoria, segundo a convenção coletiva de trabalho nas montadoras da indústria automobilística da Região do ABC.

A resistência operária ao PSE foi enfrentada pela empresa com o anúncio de 1.500 demissões, ainda com os trabalhadores em período de licença remunerada no mês de agosto de 2015. Com a ameaça de demissão, o sindicato convocou os trabalhadores à greve que durou uma semana, finalizada com a suspensão das demissões e com a recuperação do acordo para implantação do PSE anteriormente recusado pelos operários. O PSE foi apresentado por sindicato e empresa como a única alternativa às demissões, já que os outros instrumentos utilizados (BH, *layoff* etc.) foram ‘esgotados’, não se revelando suficientes.

Na Mercedes, a jornada de trabalho de 44 horas semanais para grande parte dos trabalhadores inclui 4 horas computadas para o BH. O PSE foi implantado nessa empresa com um rearranjo produtivo e manutenção do BH. A redução de 20% da jornada do PSE foi aplicada sobre as 44 horas, e não sobre 40 horas (sem BH), da seguinte forma: uma folga por semana, em dia determinado segundo o rodízio de grupos de trabalhadores em cada setor nas áreas produtivas. Ou seja, um número menor de operários manteve o

funcionamento ininterrupto da produção em cada dia da semana com uma jornada diária ‘normal’ ampliada pelo BH.

Arranjo similar ocorreu na VW com jornada de 42 horas semanal, em que duas horas foram para o BH. Além disso, foi acordada a realização de horas extras com duas jornadas adicionais por mês, aos sábados, durante a vigência do PSE.

No período analisado, na Ford, VW e MBB, o *layoff* foi utilizado antes e depois do período de vigência do PSE ou mesmo durante, nos casos da Ford e VW. Entre 2015 e 2017, mais 5 mil trabalhadores tiveram seus contratos de trabalho suspensos nas três montadoras. Além disso, as férias coletivas e as licenças remuneradas continuaram a ser utilizadas.

Após a vigência e o término da estabilidade concedida pelo PSE, as empresas efetivaram demissões por meio de PDV em negociação com o sindicato: na Ford, 300 demissões em 2016; na MBB, 1.400 demissões em 2016; e na VW, previsão de 3.600 demissões até 2021, sendo 1.300 efetivadas em 2016. Nas três empresas, os PDV foram direcionados especialmente para trabalhadores compatíveis, aposentados ou próximos da aposentadoria e para trabalhadores considerados como ‘baixo desempenho’.

Outros temas negociados entre empresas e sindicato simultaneamente aos acordos coletivos do PSE tratam da modernização das fábricas e da introdução de novos produtos. Essas empresas investiram em robotização, mesmo com a forte queda da produção (-41,25%), do emprego (-29,47%) e da produtividade (-31,68%) no período 2014-2016. Por exemplo, até o final de 2017, a VW instalou 373 novos robôs no setor de solda na fábrica de São Bernardo do Campo para produção de dois novos modelos de carro. Outras áreas, como pintura, gravação de chassi e medição de carrocerias, também receberam novos robôs. A MBB, por sua vez, inaugurou uma nova linha de produção de caminhões no início de 2018, concebida sob o conceito da chamada ‘indústria 4.0’. As inovações incluem

a conectividade em nuvem pelas máquinas/robôs, veículos autoguiados para transporte de peças e componentes e flexibilidade da linha para produção de todos os caminhões da marca. Essas mudanças permitiram reduzir em 15% o tempo de produção de caminhões.

## Discussão

A redução de jornada e de salário proporcionada pelo PSE permite às empresas avaliar a produtividade do trabalho, a porosidade do processo de valorização<sup>16</sup>, os pontos de eficiência/ineficiência da produção – elementos que constituem a nova situação que irá definir o quadro de pessoal em termos de contratação/demissão futura.

O PSE participa da estratégia empresarial para manter o emprego mais produtivo, selecionando os operários que se manterão no emprego ('núcleo duro') e aqueles que, considerados de baixo desempenho pelas empresas, serão excluídos.

A legislação do PSE estabelece critérios legais para manutenção do emprego durante determinado período e pequenas restrições para contratação/demissão durante sua vigência, mas não coloca nenhuma regulação acerca da dinâmica do processo de produção/trabalho nas empresas, que segue obedecendo à lógica do ciclo econômico, avaliada no nível de estoque, de ociosidade, das horas trabalhadas, da eficiência e redução de custos, da estratégia de mercado nacional, regional e mundial, enfim, da taxa de lucro esperada pelo investimento realizado. Com isso, a implantação do PSE proporciona ampla liberdade às empresas em termos de arranjos produtivos como os que ocorreram na MBB e VW, com manutenção do BH e convocação de horas extras. Também na VW, para recuperar paralisações na produção decorrente de atrasos de fornecedores, o PSE chegou a ser suspenso nos meses de junho e julho de 2016, retornando nos meses seguintes. Propostas de maior flexibilidade à jornada de trabalho durante o PSE, como a permissão de

realização de horas extras e compensação da jornada, são apresentadas pelos empresários para revisão do Programa<sup>9</sup>. Como atestam os exemplos da VW e da MBB, essas formas já estão presentes durante sua implantação.

A manutenção do BH e das horas extras em plena vigência do PSE indica que as montadoras da indústria automobilística mantêm práticas de gestão da produção que prolongam a jornada e intensificam o trabalho<sup>17</sup>, simultaneamente ao aumento da densidade tecnológica em suas plantas de produção.

Como visto, as montadoras investiram em robótica avançada e em mudanças nos processos produtivos ainda durante a recessão econômica. Em termos de robotização, o Brasil tem baixa densidade (10 robôs por 10 mil trabalhadores), enquanto países como Coreia do Sul, Cingapura, Alemanha e Japão possuem índices superiores a 300 robôs por 10 mil trabalhadores. No entanto, nas montadoras automobilísticas aqui instaladas, com um total de 4.653 robôs, a densidade de 436/10 mil em 2017 é comparável e até superior à média dos países citados.

Esses novos processos produtivos possibilitam ampliar a produtividade na perspectiva de um novo ciclo de expansão, no âmbito das cadeias globais de valor e da indústria 4.0. Ao mesmo tempo, propiciam reduzir a porosidade da jornada, tanto pelo acompanhamento do trabalhador durante o tempo de trabalho como por sua maior mobilização física, psíquica e subjetiva durante este tempo; por conseguinte, sinalizam a possibilidade de recrudescimento do desgaste operário<sup>14</sup>. Em outros termos, a implantação do PSE nas montadoras do ABC está inserida em outro ciclo de transformações na produção automobilística, ampliando e aprofundando a intensificação do trabalho na determinação histórica e social do desgaste operário<sup>18</sup>.

As medidas adotadas em resposta à crise econômica sinalizam a retomada mais acelerada da produtividade nas montadoras automobilística. Entre 2017 e 2018, anos marcados por baixo crescimento no conjunto da economia do País, a produção nas montadoras cresceu

31,76%; o emprego, apenas 6,22%, enquanto a produtividade elevou-se 23,75%<sup>19</sup>. A tendência é de que a retomada da expansão da produção e da produtividade aconteça em ritmo acelerado, em descompasso da evolução do emprego.

A implantação do PSE questiona a efetividade dessa política para preservar os empregos em longo prazo. Entre 2014 e 2016, foram cortados 31 mil empregos em todas as montadoras da indústria automobilística no País, mesmo com 42.406 trabalhadores submetidos ao PSE entre 2015 e 2016<sup>9</sup>. Como atesta a experiência desse programa nas montadoras do ABC, a estabilidade no emprego para operários submetidos ao PSE é apenas temporária e de curto prazo. Nas três empresas analisadas, transcorrido o período de estabilidade previsto na lei, ocorreram demissões em massa.

A redução do número de trabalhadores parece parte do planejamento internacional das montadoras em resposta à crise, como indica a projeção mundial da VW em cortar 30 mil empregados até 2025, sendo 5 mil no Brasil até 2021, incluindo as 3.600 demissões, parte já efetivada na unidade do ABC. A Ford, por sua vez, anunciou no início de 2019 o fechamento de sua fábrica no ABC.

A introdução do PSE não substituiu o *layoff*, contrariamente à perspectiva do governo e de parte do sindicalismo. A suspensão temporária do contrato continuou sendo adotada durante e após a vigência do PSE.

Ademais, as demissões e o *layoff* após o término do PSE nas três montadoras mantêm elevada a insegurança do trabalho para os operários que continuam empregados, exercendo uma pressão adicional para que se submetam aos novos modos de organizar o tempo e a disciplina do trabalho. A tensão gerada nesse processo está na determinação de agravos à saúde física e mental. Estudos realizados com trabalhadores que ‘sobreviveram’ a demissões em larga escala em períodos de crise econômica encontraram maior prevalência de dor musculoesquelética, distúrbios do sono, humor deprimido, falta de ar e irritações na pele<sup>20</sup>; risco elevado de desenvolver

hipertensão arterial<sup>21</sup>; aumento do uso de drogas psicotrópicas e no absenteísmo por doença<sup>22,23</sup>; risco elevado de morte por todas as causas – 1,5 vez maior do que trabalhadores que não vivenciaram demissões em larga escala em seus locais de trabalho – e por doenças cardiovasculares – 5,1 vezes nos primeiros 4 anos, e 1,4 vez nos 3,5 anos subsequentes às demissões<sup>24</sup>. Os autores relacionam esses achados ao medo do desemprego, insegurança no trabalho, aumento da pressão por produtividade e aumento das cargas de trabalho<sup>21,25-26</sup>. Também o impacto do desemprego na saúde daqueles que perderam o emprego tem sido indicado na literatura<sup>27</sup>.

No Brasil, alguns sinais da implicação desses processos na saúde mental já parecem emergir. Por exemplo, o número de consultas psiquiátricas cobertas por planos de saúde aumentou 54% no período 2012-2017<sup>28</sup>.

O direcionamento dos PDV para empregados aposentados, próximos da aposentadoria, considerados como ‘baixo desempenho’ e, especialmente, compatíveis compõe uma estratégia de exclusão desses trabalhadores do processo de produção<sup>18</sup>. Nos períodos de crise/recessão econômica, a demissão por PDV converteu-se em instrumento das montadoras para contornar a estabilidade até a aposentadoria aos trabalhadores compatíveis. A demissão aparece como ato de vontade individual dos operários. No entanto, segundo o Ministério Público do Trabalho<sup>29</sup>, como no PDV envolvendo a demissão de 1.400 operários pela MBB em 2016, trata-se de forte coação da empresa sobre os trabalhadores demitidos.

Cabe ressaltar que os acordos coletivos de PDV nas três montadoras incluem cláusula de ‘quitação geral’ do contrato de trabalho do trabalhador à empresa. A concordância da direção sindical dos metalúrgicos do ABC com esses acordos era anterior e prosseguiu mesmo após decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), em 30 de abril de 2015, validar essa cláusula, até então não corroborada nas decisões do Tribunal Superior do Trabalho (TST). Posteriormente, a “reforma trabalhista”,

sancionada pela Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017<sup>30</sup>, incluiu a quitação geral nos casos de PDV por convenção ou acordo coletivo sem necessidade de tal cláusula constar no termo de acordo, como determinado no acórdão do STF.

A utilização do PDV para exclusão de trabalhadores com restrição médica e redução de capacidade laboral também acontece em outros setores econômicos. Estudos realizados por Carrijo e Navarro<sup>31</sup> e Silva<sup>32</sup> a respeito dos bancários indicaram a existência de ameaça e pressão para adesão ao PDV, sobretudo aos adoecidos por Lesão por Esforço Repetitivo (LER), avaliados pelas empresas como menos produtivos, uma situação similar aos trabalhadores compatíveis da indústria automobilística. Estudos realizados na Finlândia<sup>24,25</sup> e nos Estados Unidos<sup>21</sup> encontraram evidências de que, em demissões em larga escala durante crises econômicas, a condição de saúde dos trabalhadores foi determinante para a escolha de quem seria demitido.

Estudos com trabalhadores em montadoras de veículos no Brasil demonstram que os períodos de queda da produção ou de crise econômica constituem momentos em que é sancionada a exclusão de grande número de empregados com esse perfil, enquanto o ciclo de expansão da produção marcado pelo processo de intensificação do trabalho seleciona esses trabalhadores<sup>18,33</sup>. Aqui, o entendimento do processo histórico e social do desgaste operário, pela saúde coletiva, adquire relevância explicativa para melhor compreensão do que, na sociologia, Cardoso<sup>34</sup> corretamente caracterizou como uso predatório e seletivo da força de trabalho pela indústria automobilística.

O período analisado por Cardoso<sup>34</sup> (1989-1995) engloba a crise econômica de 1990-1992, considerado pelo autor como 'divisor de águas excludente' do setor em direção à informalidade: a perda do emprego em uma empresa dessa indústria representou a exclusão do setor para mais de 80% dos empregados e a eliminação de qualquer emprego formal para metade dos trabalhadores que por ali passaram. O período também corresponde ao momento

em que grandes empresas, com o pioneirismo das montadoras da indústria automobilística, desencadearam seus processos de reestruturação produtiva.

Na esteira de Cardoso<sup>34</sup>, tal como naquele momento, pode-se levantar a hipótese de que a atual perda do emprego efetivada no setor não se explica unicamente pela diminuição líquida de postos de trabalho decorrentes de novo ciclo de incorporação tecnológica e organizacional. É bem provável que essa redução esteja em curso. A expulsão de grandes contingentes de trabalhadores da indústria automobilística na direção da informalidade, possivelmente, será mantida ao longo do desenvolvimento do atual ciclo de transformações produtivas com base na indústria 4.0, que alteram as formas de geração do desgaste operário a merecer a atenção das pesquisas em saúde coletiva. Tanto mais pelo contexto atual das mudanças produtivas estarem acompanhadas de mudanças políticas na direção da maior liberdade das empresas na utilização da força de trabalho, favorecida pela ampliação da terceirização e da reforma trabalhista, com impacto negativo na proteção social e enfraquecimento da organização coletiva dos trabalhadores<sup>35</sup>.

Em relação ao posicionamento das centrais sindicais, CUT, FS e UGT apoiaram o PSE como medida de proteção do emprego e mais avançada em relação ao *layoff*. Vale observar a maior aproximação da CUT e da FS ao entendimento do PSE como política para modernização das relações de trabalho e viabilização dos ganhos de produtividade com inovação na produção. Embora contrária ao Programa, a crítica da CTB está centrada no possível agravamento da queda do consumo decorrente da redução salarial e, com isso, inviabilização do desenvolvimento econômico pressuposto como de interesse comum entre capital e trabalho. Por sua vez, CSP-Conlutas e as duas Intersindicais centram a crítica ao PSE no aumento da lucratividade empresarial pela redução salarial e de direitos, pode-se dizer, baseada no aumento da exploração (mais-valia) absoluta. Além dessa característica,



ao situar o PSE na dinâmica da produção capitalista, esta análise avançou em compreender esse Programa em termos de seleção do emprego mais produtivo integrado ao aumento da produtividade e intensificação do trabalho, ou seja, da exploração operária baseada na mais-valia relativa. Essa última fornece a base em que se desenvolvem as formas de mais-valia absoluta como redução salarial e extensão da jornada (BH e horas extras). Significa dizer que, nas montadoras da indústria automobilística, o PSE participa das transformações produtivas que caracterizam outras formas concretas de trabalhar e, portanto, do processo de desgaste operário e do perfil epidemiológico dos trabalhadores.

O posicionamento das centrais favoráveis ao PSE, principalmente CUT e FS, além da atuação do SMABC, está orientada pela tentativa de compatibilizar produtividade, emprego e saúde, isto é, a posição “ganha-ganha”<sup>36(2)</sup>. Essa diretriz sindical também está presente nos objetivos do PSE.

A crítica a essa posição sindical está presente e assumiu forma concreta e aberta na recusa inicial ao PSE pela enorme maioria dos operários da MBB. Todavia, a imposição de “terror cego” aos trabalhadores<sup>37(33)</sup> pela constante ameaça de demissão conjugada à ausência de outra perspectiva de ação sindical atuaram para vencer a resistência operária e para aceitar os acordos do PSE. Trata-se de uma “aceitação não consensual”<sup>38(17)</sup>, portanto, que supõe a crítica e mantém a resistência operária ainda que velada e difusa.

Por fim, o PSE representou um ensaio do que tem sido chamado de “acordado sobre o legislado”, componente estrutural da reforma trabalhista. O próprio PSE foi incluído na

reforma trabalhista<sup>30</sup>, portanto, é possível afirmar que se constitui alternativa permanente, e não apenas circunscrito aos períodos de crise/recessão econômica, disponível para o uso das empresas de todo e qualquer setor da economia. Em vista disso, deve chamar a atenção das ações em saúde coletiva/saúde do trabalhador, uma vez que os preceitos do PSE mantêm a saúde como um item de negociação, submetida à dinâmica da produção e concorrência capitalista.

Diante da natureza exploratória do estudo, ressalta-se a relevância da realização de pesquisas que ampliem e aprofundem aspectos da determinação histórica e social da saúde dos trabalhadores relacionados com os períodos de crise e retomada do crescimento econômico. Por exemplo, estudos etnográficos com grupos de trabalhadores que perderam emprego e com aqueles que continuam empregados em empresas em expansão pós-recessão e em empresas em declínio; ou epidemiológicos, com a utilização de séries temporais articulando bases de dados das áreas do trabalho, previdência social e saúde.

## Colaboradores

Eberhardt LD (0000-0002-8284-1668)\* contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta, análise e interpretação dos dados, a elaboração de versões preliminares, a redação final do artigo e a aprovação da versão final a ser publicada. Pina JA (0000-0003-3204-2240)\* e Stotz EN (0000-0002-7021-398X)\* contribuíram para o delineamento do estudo, a revisão crítica do artigo e a aprovação da versão final a ser publicada. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Industrial Mensal de Emprego e Salário [internet]. IBGE, 2015 [acesso em 2018 mar 11]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Industrias\\_Extraativas\\_e\\_de\\_Transformacao/Pesquisa\\_Industrial\\_Mensal\\_de\\_Emprego\\_e\\_Salario/Comentarios/pimes\\_201512comentarios.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Industrias_Extraativas_e_de_Transformacao/Pesquisa_Industrial_Mensal_de_Emprego_e_Salario/Comentarios/pimes_201512comentarios.pdf).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. 2018 [acesso em 2018 mar 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.
- Oliveira ITM, Carneiro FL, Silva Filho EB, organizadores. Cadeias globais de valor, políticas públicas e desenvolvimento. Brasília, DF: IPEA; 2017.
- Brasil. Lei nº 13.755, de 10 de dezembro de 2018. Estabelece requisitos obrigatórios para a comercialização de veículos no Brasil; institui o Programa Rota 2030 – Mobilidade e Logística; e dá outras disposições. Diário Oficial da União. 11 Dez 2018.
- Eichhorst W, Marx P, Pastore J. Crises econômicas e flexibilidade no trabalho. Os casos da Alemanha e do Brasil [internet]. São Paulo: CNL; Bonn: IZA, 2011 [acesso em 2017 set 17]. Disponível em: [http://ftp.iza.org/dp6137\\_BRA.pdf](http://ftp.iza.org/dp6137_BRA.pdf).
- Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. Acordo Coletivo Especial – ACE [internet]. São Bernardo do Campo: SMABC; 2011 [acesso em 2018 mar 12]. Disponível em: <http://www.smabc.org.br/ace/>.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.189, de 19 de novembro de 2015. Institui o Programa de Proteção ao Emprego – PPE. Diário Oficial da União. 20 Nov 2015. [acesso em 2019 jan 8]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-no-13-189-de-19-de-novembro-de-2015-30175261>.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.456, de 26 de junho de 2017. Altera o Programa de que trata a Lei nº 13.189, de 19 de novembro de 2015, para denominá-lo Programa Seguro-Emprego e para prorrogar seu prazo de vigência. Diário Oficial da União. 27 Jun 2017.
- Scherer CR, Oliveira T. Programa de proteção ao emprego: uma avaliação preliminar a partir da percepção dos atores sociais participantes. In: Anais do 15º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho; 2017; Rio de Janeiro: ABET; 2017.
- Laurell AC. Crisis y salud en América Latina. Cuadernos Políticos. 1982; 33:32-45.
- Giorgi G, Arcangeli G, Mucci N, et al. Economic stress in workplace: the impact of fear the crisis on mental health. Work. 2015; 51(1):135-142.
- Mucci N, Giorgi G, Roncaioli M, et al. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. Neuropsych. Dis Treat. 2016; 12:983-993.
- Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, et al. Economic crises and mortality: a review of the literature. Int. J. Clin. Pract. 2009; 63(8):1128-1135.
- Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
- Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. O que dizem os trabalhadores em layoff. Tribuna Metalúrgica [internet]. 2015 maio 28 [acesso em 2019 fev 28]; 3723:1-4. Disponível em: [http://www.smabc.org.br/Interag/tribuna\\_pdf/%7B1664B283-34D2-4F41-8E2A-9A83D6681DDA%7D\\_TB\\_3723%20lores.pdf](http://www.smabc.org.br/Interag/tribuna_pdf/%7B1664B283-34D2-4F41-8E2A-9A83D6681DDA%7D_TB_3723%20lores.pdf).
- Marx K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural; 1984. (v. 1).
- Pina JA, Stotz EN. Intensificação do trabalho e saúde dos trabalhadores: um estudo na Mercedes Benz do Brasil, São Bernardo do Campo, São Paulo. Saúde Soc. 2015; 24(3):826-840.
- Pina JA, Stotz EN, Jackson Filho JM. Trabalhador

- “compatível”, fratura exposta no processo de produção da indústria automobilística: intensificação do trabalho e saúde em questão. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(7):e00114017.
19. Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores. Anuário da indústria automobilística brasileira 2019 [internet]. São Paulo: ANFAVEA; 2019 [acesso em 2019 fev 28]. Disponível em: <http://www.virapagina.com.br/anfavea2019/>.
  20. Dragano N, Verde PE, Siegrist J. Organisational downsizing and work stress: testing synergistic health effects in employed men and women. *J. Epidemiol. Community Health*. 2005; 59:694-699.
  21. Modrek S, Cullen MR. Health consequences of the ‘Great Recession’ on the employed: evidence from an industrial cohort in aluminum manufacturing. *Soc. Sci. Med*. 2013; 92:105-113.
  22. Kivimäki M, Honkonen T, Wahlbeck K, et al. Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *J. Epidemiol. Community Health*. 2007; 61:154-158.
  23. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet*. 1997; 350:1124-28.
  24. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, et al. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ*. 2004; 328:1-5.
  25. Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, et al. Human costs of organizational downsizing: comparing health trends between leavers and stayers. *Am. J. Community Psychol*. 2003; 32 (1/2):57-67.
  26. Modrek S, Cullen MR. Job insecurity during recessions: effects on survivors’ work stress. *BMC Public Health*. 2013; 13:929.
  27. Seligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011.
  28. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2017. Rio de Janeiro: ANS; 2018.
  29. Brasil. Ministério Público do Trabalho. Mercedes Benz é processada em R\$ 140 mi por demissões discriminatórias. *MPT Notícias* [internet]. 2017 set 5. [acesso em 2018 mar 13]. Disponível em: [http://radio.mpt.gov.br/wps/portal/portal\\_mpt/mpt/sala-imprensa/mptnoticias](http://radio.mpt.gov.br/wps/portal/portal_mpt/mpt/sala-imprensa/mptnoticias).
  30. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*. 14 Jul 2017. [acesso em 2019 jan 8]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm).
  31. Carrijo DCM, Navarro VL. LER e planos de demissão voluntária: trajetórias de dor e sofrimento entre bancários. *Cad. Psicol. Soc. Trab*. 2009; 12(1):151-171.
  32. Silva EP. Programas de Demissão Voluntária em uma instituição bancária: da gestão da adesão ao Programa às complexas perdas psicossociais. *Rev. Psicol. Org. Trab*. 2002; 2(2):143-173.
  33. Glina DMR, Rocha LE, Batista ML, et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17:607-16.
  34. Cardoso AM. Trabalhar, verbo transitivo: trajetórias ocupacionais de trabalhadores da indústria automobilística. *Dados*. 1998; 41(4):701-750.
  35. Krein JD. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação co-

- letiva: consequências da reforma trabalhista. *Tempo Soc.* 2018; 30(1):77-104.
36. Stotz EN, Pina JA. Experiência operária e ciência na luta pela saúde e a emancipação social. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2017; 42(e12):1-11.
37. Beynon H. As práticas do trabalho em mutação. In: Antunes R, organizador. *Neoliberalismo, trabalho e sindicatos: reestruturação produtiva no Brasil e na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo; 1999. p. 9-38.
38. Navarro V. Produção e estado de bem-estar. O contexto político das reformas. *Lua Nova.* 1993; 28-29:157-200.

---

Recebido em 08/03/2019  
Aprovado em 09/09/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Contexto rural e a reabilitação profissional em uma região do Vale do Ribeira

## *Rural context and professional rehabilitation in a region of the Ribeira Valley*

Camilla de Paula Zavarizzi<sup>1</sup>, José Martim Marques Simas<sup>1</sup>, Luiza Fabro dos Santos<sup>1</sup>, Maria do Carmo Baracho de Alencar<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912306

**RESUMO** Objetivo: Investigar o perfil sociodemográfico, de trabalho e saúde, de trabalhadores de uma região de Registro (SP), localizada no Vale do Ribeira, e identificar as barreiras e os facilitadores no processo de reabilitação profissional do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), de segurados dessa região. Métodos: Duas etapas: (1) Foi obtida uma listagem de trabalhadores junto à Estratégia Saúde da Família de bairros rurais do município de Registro (SP), e aplicou-se, sob forma de entrevista, um questionário com dados sociodemográficos, de trabalho e saúde. (2) Posteriormente, foram identificados dois profissionais de referência do INSS, que atuavam na sede dessa região e, ainda, foram realizadas entrevistas individuais para análise de conteúdo temático. Resultados: Com relação ao perfil dos sujeitos, a maioria dos trabalhadores atuava em plantações de banana, morava nas fazendas, tinha baixa escolaridade; todos refeririam sintomas osteomusculares, entre outros. Nas entrevistas com os profissionais de referência do INSS, foi possível observar, entre as principais barreiras para a reabilitação profissional encontradas: o perfil dos segurados da região rural com baixa escolaridade, com dificuldades em transporte, poucos cursos ofertados, e a avaliação do médico perito com base no modelo biomédico, com sofrimento e injustiças. Entre os facilitadores: o acolhimento dos profissionais de referência assistentes sociais, o vínculo estabelecido e a empatia. Conclusão: Há necessidade de políticas públicas que possam garantir os direitos dos trabalhadores e promovam melhorias no modelo atual de reabilitação profissional.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do trabalhador. Saúde da população rural. Reabilitação.

**ABSTRACT** Aim: To investigate the sociodemographic profile, of work and health, of workers from a region of Registro (SP), locate in Ribeira Valley, and to identify the barriers and facilitators in the professional rehabilitation process of the National Institute of Social Security (INSS), of insured persons workers of this region. Methods: Two steps: (1) A list of workers was obtained from the Family Health Strategy of rural neighborhoods in the city of Registro (SP), and a questionnaire with sociodemographic data, of work and health, was applied, under the form of an interview. (2) Subsequently, two reference professionals of the INSS, who worked at the headquarters of this region were identified and, in addition, individual interviews were conducted to analyze thematic content. Results: Regarding the profile of the subjects, most workers worked on banana plantations, lived on farms, had low schooling; all reported musculoskeletal symptoms, among others. In interviews with reference professionals of the INSS, it was possible to observe, among the main barriers found to professional rehabilitation: the profile of insured rural people with low schooling, with difficulties in transportation, few courses offered, and the evaluation of the medical expert based on the biomedical model, with suffering and injustice. Among the facilitators: the welcome of the social workers reference professionals, the bond established and the empathy. Conclusion: There is a need for public policies that can guarantee the rights of workers and promote improvements in the current model of professional rehabilitation.

**KEYWORDS** Occupational health. Rural health. Rehabilitation.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Santos (SP), Brasil. [milla\\_zavarizzi@hotmail.com](mailto:milla_zavarizzi@hotmail.com)



## Introdução

Os trabalhadores rurais vivem, em geral, um intenso processo de desproteção social, pois muitas vezes exercem atividades laborais na informalidade, e em condições precárias de moradia e trabalho. E quando ficam adoecidos e incapacitados para exercerem atividades laborais, também sofrem com as barreiras existentes para o retorno ao trabalho através do Programa de Reabilitação Profissional<sup>1</sup>. No contexto rural, existem diversos fatores distintos em relação a esta população, que, de uma forma geral, apresenta baixa escolaridade e baixos rendimentos financeiros, dificuldades no acesso aos bens e serviços sociais, de saúde e comércio<sup>2</sup>. Cabe ressaltar que a população rural é maior do que a urbana em aproximadamente 30% dos municípios brasileiros, chegando a 40% nos municípios com menos de 20 mil habitantes, e estima-se que, no Brasil, existam cerca de 30 milhões de trabalhadores rurais, demarcando em torno de 20% da população economicamente ativa<sup>3</sup>. Porém, somente após 1988, os trabalhadores rurais (homens e mulheres) passaram a ter os mesmos direitos dos trabalhadores urbanos<sup>4</sup>. Assim, o trabalhador rural também tem o direito de exercer suas funções em um ambiente sadio e seguro, sendo de responsabilidade do empregador tomar as medidas necessárias no intuito de diminuir os riscos à saúde e à segurança desse trabalhador<sup>5</sup>.

As alterações no mundo do trabalho impuseram uma forma diferenciada de vida à população do campo, influenciando no agravamento do processo de saúde-doença e nas cargas de trabalho<sup>6</sup>. Na agricultura, encontram-se ocupações perigosas para os trabalhadores, não somente pela utilização de ferramentas, máquinas e agrotóxicos, mas especialmente pela exigência de grandes esforços físicos em geral no desempenho das atividades<sup>7</sup>. Ainda, o trabalho agrícola apresenta altas taxas de morte acidental, de ferimentos e de doenças relacionadas ao trabalho<sup>8</sup>. Trabalhadores rurais, com menor poder aquisitivo, dispõem de poucos recursos para organizar seus processos de

trabalho e poucos contam com as tecnologias que facilitam ou substituem o trabalho manual<sup>9</sup>. Sendo assim, jornadas exaustivas de trabalho, carregamento de peso excessivo, posturas inadequadas e outras características ergonômicas acarretam-lhes o surgimento de distúrbios osteomusculares, principalmente problemas de coluna lombar<sup>10</sup>. Muitas destas doenças levam ao afastamento das atividades de trabalho, sendo alguns trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Oficialmente, o PRP é um serviço prestado pelo INSS aos contribuintes da Previdência Social (PS), previsto na Lei nº 8.213/91. É uma assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, que visa proporcionar aos trabalhadores segurados, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, e de caráter obrigatório, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem<sup>11</sup>. O PRP foi criado em resposta ao crescente número de pessoas incapacitadas para o trabalho em decorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais durante o governo Vargas, época do regime ditatorial, e hoje, pode ser entendido como um subprograma de perícias médicas, o qual possui um caráter assistencialista sob a lógica compensatória<sup>12</sup>.

Sendo assim, a prestação dos serviços de Reabilitação Profissional (RP) articulada aos sistemas de PS tem um duplo papel: por um lado, corresponde a formas de intervenção para a redução e superação das desvantagens produzidas por incapacidades, e, por outro, a estratégias de regulação econômica dos sistemas com a finalidade de reduzir o tempo de concessão de benefícios previdenciários<sup>13</sup>. O PRP é uma opção para os trabalhadores, em sua maioria, contribuintes da PS, em gozo de auxílio-doença acidentário ou previdenciário, que se encontram incapacitados para exercerem seus trabalhos de origem, e cujas incapacidades e restrições laborais estejam estabilizadas e sejam de longa duração<sup>14</sup>. Os procedimentos que orientam os trabalhadores do INSS envolvidos com a RP estão fundamentados no documento

‘Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional’, atualizado em 2018<sup>15</sup>.

O encaminhamento ao PRP é realizado pela perícia médica do INSS, e o atendimento é feito pela equipe de RP, a qual deve ser, preferencialmente, multidisciplinar, composta por peritos médicos do INSS e analistas do seguro social com formação nas áreas de serviço social, psicologia, terapia ocupacional, sociologia, fisioterapia ou áreas afins ao processo, denominados Responsáveis pela Orientação Profissional (ROP)<sup>15</sup>.

Houve, em 2016, uma ampliação do conceito de incapacidade com base no modelo biopsicossocial de saúde, e introduziram-se as abordagens territoriais, porém os esforços para a introdução dessas mudanças não foram capazes de romper com a macropolítica hierárquica e de ordem cultural e histórica do INSS<sup>16</sup>. Na versão do ‘Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional’ de 2018, voltaram a ser reforçadas as ações de caráter biomédico baseadas em uma lógica de assistência insuficiente e precária<sup>16</sup>. Para Pereira e Nogueira<sup>17</sup>, o PRP é uma ‘válvula de escape’ que possibilita a saída do segurado do recebimento de benefícios do INSS.

O profissional médico é quem possui a responsabilidade de avaliar a incapacidade para o trabalho, deferir ou indeferir um benefício previdenciário e encaminhar o segurado ao PRP. Sendo assim, a avaliação do médico perito é influenciada por sua formação focada no raciocínio clínico e na realização diagnóstica. Além disto, muitas vezes é baseada também em critérios pessoais e descontextualizados, e não são avaliadas as questões sociopolíticas da incapacidade, uma vez que somente os agravantes físicos são considerados<sup>14</sup>. Neste sentido, um dos desafios a serem vencidos diz respeito à construção de um consenso sobre as concepções de saúde, incapacidade, reabilitação psicossocial e profissional. E esses conceitos devem levar em consideração também o contexto rural de trabalho.

A RP propriamente dita é a reinserção, na empresa de vínculo, em uma nova atividade

laborativa. Quando isto não é possível, são oferecidos cursos profissionalizantes custeados pelo INSS<sup>18</sup>. No entanto, em muitos casos, é necessário realizar a elevação de escolaridade para a inclusão em tais cursos. A RP cessa com a emissão de um certificado que indica a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente<sup>19</sup>. E a homologação da reabilitação do segurado, independentemente das condições reais de efetiva reinserção no ambiente de trabalho, fica a cargo da empresa, com pouca interferência do Estado<sup>20</sup>.

O cenário das políticas públicas sociais, no País, vive um momento de incertezas e preocupações diante das medidas e reformas aprovadas no último ano. Para Miranda<sup>16</sup>, os serviços previdenciários – sendo um deles, o PRP – são impactados pelas mudanças societárias decorrentes de reformas políticas, caracterizadas na ênfase em um modelo neoliberal, e por medidas que minimizam o papel do Estado na garantia de direitos e proteção social. Diante da conjuntura política e econômica atual, e desde a década de 1990, o PRP vem sofrendo um crescente processo de sucateamento no Brasil. Com isto, o retorno ao trabalho através do PRP é um desafio complexo para o campo da saúde pública e previdenciária.

O objetivo do presente estudo foi o de investigar o perfil sociodemográfico, de trabalho e saúde, de trabalhadores rurais de uma região de Registro (SP), no Vale do Ribeira, e identificar as barreiras e os facilitadores no processo de RP do INSS, pelas percepções dos profissionais de referência da região.

## Métodos

Trata-se de um estudo realizado em duas etapas. Na primeira etapa, foi obtida uma listagem de trabalhadores rurais do território de abrangência da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) do Jardim São Paulo, em Registro (SP), que fica situada no Vale do Ribeira. A escolha desses bairros se deu por apresentarem predomínio de atividade

econômica rural. Além disto, por haver a proximidade de alguns pesquisadores com a equipe ESF local, e pela possibilidade de acesso aos locais de moradia e trabalho. O Vale do Ribeira é uma região compreendida entre as regiões sul do Estado de São Paulo e leste do Estado do Paraná, que compreende 30 municípios. Entre os municípios do Vale do Ribeira, o município de Registro (SP) tem particular importância devido à sua localização geográfica e por ser um relevante polo agrícola e comercial, além de participar de órgãos e serviços estatais e federais, sendo o município denominado ‘Capital do Vale do Ribeira’<sup>21</sup>. Registro (SP) possui cerca de 80 bairros e a sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018) com 56.249 habitantes, sendo que 48.169 deles viviam na zona urbana e 6.092 na zona rural. Ainda segundo os dados do IBGE (2019), as produções de banana e palmito são evidenciadas.

A partir da listagem obtida, foram realizadas visitas aos locais de trabalho e moradia, acompanhadas, inicialmente, por um agente comunitário de saúde. Nessas visitas, foram aplicados, individualmente e sob forma de entrevista, questionários previamente elaborados, junto aos trabalhadores, contendo dados sociodemográficos, de trabalho e saúde, e itens sobre afastamento do trabalho e vinculações ao PRP. Os questionários foram aplicados após o consentimento voluntário dos sujeitos em participar do estudo. Os critérios de seleção dos sujeitos foram: serem trabalhadores rurais vinculados à ESF Jardim São Paulo e possuírem algum vínculo com a propriedade rural. Não participaram da pesquisa trabalhadores temporários, que prestavam serviços por meio de empresas terceirizadas e que, em geral, não possuíam vínculo ou cadastro junto à ESF, por não residirem no território de abrangência a ela referente. Optou-se, neste estudo, por investigar o perfil sociodemográfico de trabalhadores rurais de uma região do município de Registro (SP) pela impossibilidade (restrição obtida) de contatar os segurados do INSS e vinculados ao PRP.

Para a segunda etapa também foi obtida uma listagem dos profissionais de referência do PRP do INSS vinculados à unidade sede de Santos (SP), através do responsável técnico do setor de RP, com os nomes e contatos telefônicos do município de Registro (SP), no Vale do Ribeira. Identificaram-se, a partir dessa listagem, somente dois profissionais de referência vinculados ao INSS, atuantes no PRP no município. Foram obtidos os dados pessoais e de trabalho desses profissionais de referência na região, e, posteriormente, foram realizadas entrevistas individuais que tiveram uma duração aproximada de 60 minutos. As entrevistas ocorreram no local de trabalho, e foram gravadas e transcritas na íntegra para análise de conteúdo temático<sup>22</sup>. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, tendo como objeto a fala, isto é, o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem<sup>22</sup>. Essas entrevistas ocorreram após agendamentos prévios, através de contato telefônico, em sala reservada, e na sede do INSS em Registro (SP). O estudo foi realizado obedecendo aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Número do parecer CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 1.510.029

## Resultados e discussões

Na listagem dos bairros rurais adstritos à ESF Jardim São Paulo, obteve-se o registro de 10 propriedades rurais com atividades predominantes de produção de banana. Foram aplicados questionários para 36 trabalhadores, o que representou 95% dos trabalhadores rurais da bananicultura daquele território. A *tabela 1* demonstra alguns dados sociodemográficos, de trabalho e saúde dos trabalhadores da localidade.



Tabela 1. Dados sociodemográficos, de trabalho e saúde dos trabalhadores rurais

Variáveis (n=36)	Dados	%
Sexo	Masculino	94,4%
	Feminino	5,6%
Faixa etária	<20 anos	8,3%
	20 a 29 anos	27,8%
	30 a 39 anos	19,4%
	Acima de 40 anos	44,5%
Escolaridade	Nunca foi à escola	5,6%
	Ensino fundamental incompleto	50%
	Ensino fundamental completo	8,3%
	Ensino médio incompleto	13,9%
	Ensino médio completo	22,2%
Renda familiar	1 a 2 salários mínimos	71,4%
	3 a 4 salários mínimos	28,6%
Tipo de contrato de trabalho	Registro em carteira/CLT*	58,3%
	Informal ou autônomo	41,6%
Tempo de trabalho rural	Inferior a 10 anos	18,5%
	Superior a 10 anos	81,5%
Sintomas osteomusculares no trabalho	Sim	90,3%
	Não	9,7%
Ocorrência anterior de afastamento das atividades de trabalho pelo INSS	Sim	14,3%
	Não	85,7%
Tratamentos realizados	Caseiro/automedicação	80%
	Ambulatorial/hospitalar	20%

Fonte: Elaboração própria.

\*Consolidação das Leis do Trabalho.

Conforme observado, a maioria dos trabalhadores era do sexo masculino, com baixa escolaridade e com renda familiar de um a dois salários mínimos. A baixa escolaridade é comum entre os trabalhadores nas áreas rurais, bem como os baixos salários<sup>3</sup>. Observou-se um percentual elevado de trabalhadores informais e alguns autônomos, demonstrando a desproteção social do trabalhador. Com isso, desigualdades e iniquidades sociais podem ocorrer e gerar sofrimento mental<sup>23</sup>. O tempo de trabalho também foi superior a 10 anos para a maioria e, para alguns, foi superior a 20 anos. Em relação às queixas de saúde, todos apresentaram sintomas osteomusculares,

sendo o sintoma doloroso evidenciado em diversas regiões corporais; alguns referiram os sintomas durante a jornada de trabalho. Todos os trabalhadores atuavam com ênfase na bananicultura (que é uma das atividades econômicas prevalentes na região rural) e moravam em casas dos proprietários das fazendas, não pagando aluguel, porém arcando com as despesas da energia elétrica utilizada.

Entre os sujeitos do território da ESF houve poucos afastamentos do trabalho, e nenhum deles havia passado pelo PRP. Vale ressaltar que esse território representa apenas uma região. A maioria optava por tratamentos medicamentosos caseiros/automedicação,

por dificuldades de acesso aos serviços de saúde, uma vez que poucos tinham carro para locomoção e não havia transporte coletivo no território, no momento do estudo, para o deslocamento até alguma Unidade Básica de Saúde (UBS). O deslocamento comumente ocorria a pé (cerca de 1h30m) ou de bicicleta, o que era muito penoso em caso de acidentes e/ou doenças, e demonstrava as injustiças e as desproteções sociais existentes. Problemas sociais e de saúde são enfrentados pela população do campo, com dificuldades de acesso aos bens e serviços, principalmente de saúde<sup>24</sup>.

Na segunda etapa, participaram das entrevistas dois (n=02) profissionais de referência, que atuavam no município de Registro (SP). Foram-lhes atribuídos nomes fictícios, para preservar o sigilo. Após análise das entrevistas, foram elencadas duas categorias temáticas: ‘Barreiras no processo de RP’ e ‘Facilitadores no processo de RP’.

### **Barreiras no processo de RP em áreas rurais**

Os depoimentos trouxeram como barreiras as problemáticas em relação à discrepância entre o que o serviço oferecia e o perfil dos segurados da agência. O perfil dos segurados atendidos, segundo os profissionais de referência, era de trabalhadores rurais, que, na maior parte de suas vidas, se dedicaram a trabalhos ‘braçais’.

*[...] são trabalhadores rurais, trabalhadores de banana, pessoas que trabalhavam carregando excesso de peso, pessoas que trabalhavam em serviços gerais, alguns motoristas de caminhão. Então, basicamente, essas são as pessoas que normalmente são atingidas e que vêm buscar reabilitação. (João).*

Na agricultura, os esforços físicos são frequentes no desempenho das atividades<sup>25</sup>. Sendo assim, o esforço físico é uma das características do trabalho braçal, e um dos riscos para o desenvolvimento de doenças osteomusculares<sup>26</sup>. Uma vez lesionados, há receios e

dificuldades de se enquadrarem na atividade de trabalho anterior, pelas exigências físicas, gerando medo e insegurança para o retorno ao trabalho. Essa situação era agravada pelo fato de que muitos desses trabalhadores rurais começaram a trabalhar na infância.

*[...] começaram a trabalhar desde a infância na roça, com carga, com trabalho pesado, manual, braçal. A grande maioria do que eu atendo aqui, quando eu faço essa pergunta, dos que têm problema na coluna, enfim, tem um vínculo de trabalho infantil. (Marcos).*

Muitos começaram a trabalhar na infância, como dito, incentivados pelos pais. E uma das consequências do trabalho infantil é o abandono dos estudos para ajuda no sustento de suas famílias<sup>14</sup>. Com isso, havia uma baixa escolaridade entre os segurados atendidos, impondo desafios para os estímulos à voltar aos estudos. “[...] *Aí, o cara tem 40 e tantos anos, quase 50 anos, semianalfabeto, e o cara mora numa cidade rural. Como é que eu vou reabilitar essa pessoa?*” (Marcos).

Longos anos fora da escola podem tornar a volta aos estudos algo penoso. De acordo com dados do IBGE (2017), cerca de 15% dos produtores rurais nunca frequentaram uma escola; 31,3% possuíam apenas o ensino fundamental; e apenas 26,4% concluíram o ensino médio<sup>3</sup>. Cabe ressaltar que muitos trabalhadores começam a ajudar os pais nas atividades de trabalho quando ainda são crianças, e, muitas vezes por necessidades econômicas e sociais, acabam por permanecer auxiliando os pais até a fase adulta. Para os profissionais de referência, a baixa escolaridade foi considerada uma barreira para a RP, pois um dos recursos oferecidos pelo Programa é a reabilitação em um novo cargo, por meio de cursos que exigem o ensino médio completo. A baixa escolaridade e a falta de preparo profissional da maioria dos trabalhadores, somadas às limitações funcionais decorrentes da doença, impõem uma realidade não promissora para o retorno ao trabalho e, conseqüentemente, para a autossuficiência econômica<sup>27</sup>.

Embora alguns estudos tenham evidenciado que a baixa escolaridade, e a moradia distante da agência e em área rural sejam critérios para a ineligibilidade<sup>14,28</sup>, neste estudo, os profissionais de referência citaram que alguns trabalhadores não tinham o perfil para a RP. Uma reflexão trazida por Cheres et al.<sup>28</sup> preconiza que a elegibilidade ao Programa demanda escolaridade, portanto, o encaminhamento de um trabalhador com baixa escolaridade ao Programa gera um descumprimento desse critério. Para os autores, este fato pode sinalizar que o INSS está buscando alternativa de inclusão de beneficiários com baixa escolaridade no Programa, visando à qualificação e ao retorno ao mercado de trabalho. Ou então, não há um alinhamento para os peritos quanto aos critérios para encaminhamento ao Programa. De qualquer forma, cabe refletir sobre os processos de exclusão de tais sujeitos, ao não serem considerados elegíveis ao Programa, e sobre os desafios existentes.

Outra barreira pontuada pelos entrevistados foi a dificuldade de deslocamento dos segurados (transporte), tanto para a agência do INSS quanto para os locais onde eram oferecidos os cursos de qualificação profissional, devido às características geográficas da região.

*[...] Aqui mesmo, no Vale do Ribeira, por exemplo, tem as pessoas que, pra ir trabalhar, precisam passar por rio, precisam andar em estradas esburacadas [...] tem usuários, que têm problemas de coluna, que têm que andar quatro, cinco quilômetros pra chegar na pista, pra poder pegar a ambulância, ou então, para poder pegar o seu transporte. (João).*

As dificuldades de transporte são comuns, e a distância de onde moram os trabalhadores de áreas rurais até os locais de tratamento dificulta a reabilitação<sup>1</sup>. Além disto, a RP tem sido realizada a partir do encaminhamento do segurado para cursos profissionalizantes de instituições parceiras do INSS, no entanto, muitas vezes esses cursos não são compatíveis com as habilidades, a escolaridade e os desejos dos segurados.

*[...] os usuários que retornaram, relataram pra mim que, às vezes, forçavam ele a fazer um curso de logística, sendo que ele detesta trabalhar em logística; detesta trabalhar com separação, com envio de material... (João).*

Essas situações, segundo os entrevistados, geravam sofrimento nos segurados, pois a oferta de cursos é restrita e poucos são gratuitos, o que dificultava suas escolhas e decisões.

*[...] Aqui, como não tem convênios fortes, e os cursos não podem ser pagos, só podem ser gratuitos, por exemplo, o [Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial] Senac, tem trocentos cursos, e aí, só tem bolsa 'nesse' e 'nesse', e, às vezes, o que ele (o segurado) quer fazer, é pago. (Marcos).*

Essa incompatibilidade resultou em uma insatisfação do segurado e demonstrou a ineficácia da reabilitação como vem sendo feita, pois, de acordo com os relatos, não garantiu a reinserção nem a permanência no trabalho após o PRP, pois, o segurado realizava um curso no qual não tinha interesse/habilidade, ou não o capacitava para as necessidades do mercado. Para Vargas<sup>13</sup>, a possibilidade de realização de cursos é fortemente limitada pelo nível de instrução do segurado e pela falta de apoio das empresas na reabilitação de seus empregados. Há pouca ou nenhuma interferência do Estado em relação ao cumprimento das restrições e orientações para o retorno do trabalhador ao trabalho. Há apenas o envio de ofícios relatando a incapacidade e solicitando a readaptação com ausência de ações presenciais<sup>26</sup>. Em um estudo, os trabalhadores perceberam que as empresas dificultavam o retorno, e que não havia preocupação em fazer reajustes no trabalho realizado anteriormente, nem a preocupação em definir um novo posto de trabalho para a recolocação<sup>18</sup>.

Outra questão que surgiu pelas percepções dos entrevistados foi relacionada à avaliação do médico perito.

*[...] eles são vistos simplesmente com um foco centrado na doença e não ao ambiente ou nas questões que essa pessoa vive no ambiente. Não é entendido como é... os demais aspectos que influenciam essa vida da pessoa, né? (José).*

*[...] A gente vê um olhar muito medicocêntrico, muito centrado na doença, sem uma perspectiva de resolução do problema da pessoa. (Marcos).*

A visão biomédica da incapacidade restringe-se aos aspectos físicos das lesões e do adoecimento. Considerando que a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) ainda não foi normatizada como parâmetro no PRP, pelo INSS, o perito médico limita-se às normas previdenciárias vigentes, enfatizando suas análises na visão biomédica que privilegia os aspectos anatomopatológicos<sup>28</sup>. O médico perito do INSS é o responsável pelo encaminhamento do trabalhador ao Programa, pela avaliação do potencial laborativo e pela decisão à alta no Programa. De acordo com o perfil de trabalhador da agência, apresentado pelos entrevistados, pareceu ser insuficiente utilizar somente a abordagem biomédica na avaliação do trabalhador. A perspectiva biomédica não abrange toda a complexidade envolvida na condição de saúde do segurado, pois não dá conta de responder sobre os aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos e individuais envolvidos.

As dificuldades no processo de RP não impactavam na saúde mental apenas dos segurados, segundo os entrevistados, mas refletiam, negativamente, neles próprios.

*[...]. Você não consegue fazer uma reabilitação decente, você não consegue tocar um programa profissional decente com o segurado. Ele vai cumprir as formalidades dentro da reabilitação profissional e vai ser jogado no mercado de trabalho numa condição que, muitas vezes, ele não consegue voltar para a atividade habitual, não consegue. E o curso que ele fez é curto e insuficiente. (Marcos).*

Havia, frequentemente, um sentimento

de impotência e frustração, pois não realizavam um trabalho que de fato atendesse às demandas e aos interesses apresentados pelos segurados no processo de RP, bem como, diante do contexto, era impossível atender ao objetivo do Programa, embora relatassem que se esforçavam ao máximo para garantir os direitos dos trabalhadores. E os profissionais, muitas vezes, não se sentiam exercendo seus papéis de assistentes sociais. A precarização do trabalho, com suas características de diluição das atribuições e competências específicas das profissões e a exigência de trabalhadores polivalentes, não deixa o assistente social de fora dessa realidade<sup>17</sup>.

Os profissionais de referência relataram, ainda, que constantemente havia um empenho em transformar as dificuldades e frustrações do trabalho, causadas pelas barreiras no processo de RP, em motivação e superação.

*[...] me motiva a procurar saídas [...] você vai em busca, dentro das suas limitações, o que dá para você fazer. Aí, dentro do que dá para você fazer, eu procuro garantir o máximo de direito desse reabilitado. (Marcos).*

Eram estratégias utilizadas para continuar a seguir em frente.

*[...] essa frustração, a gente tenta transformar em motivação para a luta com esses nossos usuários, porque é uma frustração que você tem que simplesmente superar. Aí, como que eu vou superar essa frustração? É lutando para que isso se transforme, e lutar. (João).*

Essas lutas em prol dos trabalhadores nem sempre ocorrem sem custos à saúde dos entrevistados. Existia o sentimento de culpa, de indignação e revolta, por sentirem que estavam 'favorecendo' o sistema, e, conseqüentemente, a exclusão social. E isto deve gerar, também entre os segurados, um sofrimento ético-político. Este sofrimento resulta na vivência cotidiana dos sujeitos nas situações sociais em que são tratados ou tratam o outro na

intersubjetividade, como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade, e que é determinada pela organização social em um dado momento histórico<sup>29</sup>. Em um estudo com trabalhadores de Equipes de Saúde da Família, a principal causa desse sofrimento era a importância para resolver o problema de saúde, tendo como pano de fundo um processo histórico-social mais amplo, relacionado com as políticas macroeconômicas de cunho neoliberal<sup>30</sup>.

Embora cada profissão tenha seu projeto profissional, no caso dos assistentes sociais, existe um projeto ético-político, que expressa os anseios e valores destes profissionais, que podem entrar em contato com determinada realidade institucional, que, na maioria das vezes, pode não estar na mesma direção da própria profissão, gerando a necessidade de enfrentamento de um conjunto de relações entre as forças políticas e econômicas e a subordinação aos processos de trabalho impostos<sup>30</sup>.

## Facilitadores e os desafios no processo de RP

Apesar das barreiras encontradas, os entrevistados relataram situações e condutas por eles tomadas que podem ser consideradas como facilitadoras no processo de RP dos segurados. A visão mais abrangente e empática a respeito da realidade de vida do segurado por parte dos profissionais de referência – no caso, assistentes sociais – possibilitou, em alguns momentos, o enfrentamento de situações adversas e conflitantes, promovendo diálogos abertos com os segurados sobre suas realidades e necessidades.

*[...] se eu não dialogo com esse usuário, se eu simplesmente imponho as coisas que têm que ser feitas, sem discutir com ele, sem perceber as dificuldades, sem estar automaticamente respeitando a própria vida dele, a gente vai ter uma relação difícil, conflituosa; uma relação em que ele não vai ter confiança, e não vai ter vinculação comigo. (João).*

Segundo Prado e Duarte<sup>31</sup>, o INSS adota o modelo de gestão baseado na racionalização do trabalho, e todo o processo de trabalho é controlado institucionalmente, e hierarquizado ao máximo, atribuindo aos profissionais meras funções executivas. De acordo com os relatos, para que, de fato, houvesse uma possibilidade de sucesso no Programa, eram necessárias ações e atitudes do profissional de referência, que não eram previstas no rol de procedimentos técnicos e, portanto, partiam da iniciativa própria deste. De acordo com os depoimentos das entrevistas, os PR mencionaram a necessidade de atuação com ‘algo a mais’, que deveria ser adicionado ao atendimento e que facilitava a relação com os segurados.

Essa forma de relação é possível quando se tem empatia e uma compreensão da história de vida e das dificuldades enfrentadas pelo outro:

*[...]. Eu tenho uma filha. Me imagino na situação dessa pessoa, né?, e fico pensando. Me revolto um pouco, mais no sentido da empatia da situação da pessoa, e me desperto um pouco, de inquietude, de movimentação e de busca. (Marcos).*

O apoio, as relações e as atitudes individuais oferecidas pelos profissionais do INSS, bem como o acolhimento e o reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho são fatores que facilitam o retorno ao trabalho<sup>32</sup>. Entre os principais facilitadores, de acordo com um estudo sobre trabalhadores afastados do trabalho atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, identificou-se que o principal facilitador para o retorno ao trabalho está no apoio, nos relacionamentos e nas atitudes individuais oferecidos pelos profissionais de tal serviço<sup>26</sup>.

A importância da equipe multiprofissional e de diferentes ‘visões’ sobre os casos também foi ressaltada.

*[...] A gente tem que ter um olhar diferenciado com relação às relações que esse usuário traz. A gente tem que ter um olhar diferenciado com relação ao acesso que esse usuário tem. (João).*

Essa diferença diz respeito à visão sobre outros aspectos envolvidos na doença, como os aspectos biopsicossociais. De acordo com os profissionais de referência, uma avaliação que levasse em conta todos os aspectos envolvidos no processo saúde-doença permitiria um melhor encaminhamento aos cursos profissionalizantes, com possíveis indicações de realocação em outros postos de trabalho.

Essa visão ampliada sobre a multifatorialidade que envolve o processo saúde-doença, o afastamento e o retorno ao trabalho, vai de encontro ao próprio perfil profissional, às competências e aos valores do assistente social. Um dos aspectos envolvidos neste processo, e que é um dos focos destes profissionais, diz respeito às redes de apoio social. Por exemplo, a família, que pode ser também fundamental nesse processo de retorno ao trabalho.

*[...] algumas pessoas (familiares), inclusive, questionam aos segurados: 'Você está em auxílio-doença, e por que você fica tanto tempo de casa?'. Então, é trazer também essas pessoas, essas familiares para estar conversando com eles, explicando para eles como é que se dá o procedimento de reabilitação. (Marcos).*

De acordo com os relatos, houve a necessidade de lidar com as redes de apoio, incluindo a família, pois os segurados se deparavam muitas vezes com situações de discriminação junto aos familiares e nos serviços de saúde, por estarem em situação de afastamento do trabalho. Os profissionais de referência mencionaram a importância de haver essas redes de apoio, sempre que possível, visto que não eram uma prioridade para o Programa. Trabalhadores adoecidos, ao conviverem com situações de incapacidade e sofrimento, costumam encontrar na família meios de enfrentar as situações<sup>32</sup>.

Porém, há grandes desafios existentes para a realocação de sujeitos em postos de trabalho após o afastamento por motivo de doença, decorrente do descaso dos empregadores e de ausência de políticas públicas efetivas que favoreçam esse retorno, especialmente em

áreas rurais. Ainda, o estabelecimento de metas entre as partes interessadas no processo de retorno ao trabalho – sejam trabalhadores, empregadores, profissionais de saúde, prestadores de serviços, contribuintes e/ou sociedade – deve ser sustentado por ações sociais combinadas entre os atores sociais envolvidos na reabilitação<sup>31</sup>.

## Considerações finais

De acordo com os dados obtidos na primeira etapa, os trabalhadores rurais atuavam com ênfase na bananicultura, moravam nas fazendas dos empregadores, a maioria tinha baixa escolaridade, e todos refeririam sintomas osteomusculares no trabalho. Apresentaram dificuldades de acesso aos serviços de saúde e preferência por automedicação e medicamentos caseiros. O perfil de trabalhadores rurais encontrado em uma região trouxe algumas informações que complementaram e/ou informaram alguns dados obtidos junto aos profissionais de referência da região estudada, porém o estudo sofreu limitações por apresentar dados de trabalhadores de apenas um território do município de Registro (SP), e de sujeitos não vinculados ao PRP.

Em relação às entrevistas, entre as principais barreiras encontradas estiveram: o perfil dos segurados da região, de serem moradores de área rural, trabalhadores 'braçais', de baixa escolaridade; a avaliação do médico perito com base no modelo biomédico; e a incompatibilidade de cursos oferecidos com o perfil dos segurados. Além disto, os critérios de ilegibilidade ao PRP são compatíveis com o perfil da população atendida por essa agência, o que demonstra que o atual modelo de RP é incompatível com as demandas da população rural. Outra questão importante identificada foi o possível impacto negativo da RP na saúde mental dos profissionais de referência, visto que eles se sentiam frustrados e impotentes em relação aos resultados de seus trabalhos, com aspectos que devem ser aprofundados em

estudos futuros. Muitas vezes, eles se culpabilizaram por julgarem realizar maus serviços e serem instrumentos de violação dos direitos sociais. Quanto aos facilitadores, tiveram relação com as atitudes dos profissionais de referência frente às dificuldades dos segurados que atendiam, entre elas, o acolhimento, o vínculo e a empatia, que foram aspectos que os profissionais de referência mencionaram por perceberem que melhoravam a relação entre segurado e profissional, e estabeleciam confiança e respeito entre eles, o que facilitava o processo de RP.

A reforma da previdência implicará na redução de acesso aos benefícios sociais em proporções ainda desconhecidas, porém preocupantes. Certamente, limitará o acesso aos benefícios previdenciários dos trabalhadores rurais, e, portanto, é de extrema necessidade trazer à luz reflexões sobre a população aqui estudada.

Há a necessidade de melhorias no modelo de RP dos trabalhadores rurais, para que sejam compatíveis com as suas necessidades e características, bem como de uma política pública que assegure, de fato, os direitos trabalhistas, de promoção à saúde e a segurança no trabalho, visto que eles estão expostos a condições inadequadas de trabalho e a vínculos trabalhistas frágeis.

Este estudo teve limitações na primeira

etapa, pela seleção de apenas alguns bairros rurais, e por terem sido investigado apenas alguns dados do perfil sociodemográfico, e, em relação à saúde, por ter sido observada apenas a presença ou não de sintomas osteomusculares. Também houve limitações em relação à baixa amostra de entrevistados (n=2), por referir-se a uma única agência, não sendo possível fazer generalização dos dados obtidos. Porém, há poucos estudos sobre a RP em áreas rurais, e espera-se que futuros estudos possam aprofundar tais debates.

## Colaboradores

Zavarizzi CP (0000-0002-4143-0192)\* contribuiu para a análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Simas JMM (0000-0003-1742-3707)\* contribuiu para a concepção dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Santos LF (0000-0003-2923-4962)\* contribuiu para a concepção, planejamento e interpretação dos dados; elaboração do rascunho; e aprovação da versão final do manuscrito. Alencar MCB (0000-0001-7555-4153)\* contribuiu para a análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Schlundwein VLDC. A desproteção social dos trabalhadores rurais nos acidentes de trabalho. *Textos Context.* 2011; 10(1):109-117.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico populacional. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 2003 p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Agro 2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
- Ximenes Neto FRG, Aurélio DO, Santos FD, et al. Perfil Sociodemográfico e Trabalhista dos Trabalhadores Rurais Vítimas de Acidente no Semiárido Cearense. *Enferm. Foco.* 2016; 7(1):56-60.
- Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Pinto NF, Murofusa NT, Carvalho M. Processo e cargas de trabalho e a saúde dos trabalhadores na sericicultura: uma revisão. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2015; 40(132):237-247.
- Martins AJ, Ferreira NS. Ergonomia no trabalho rural. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde.* 2016; 2(2):125-134.
- Das B. Agricultural work related injuries among farmers of West Bengal, India. *Int. J. Inj. Contr. Saf. Promot.* 2014; 21(3):205-215.
- Menegat RP, Fontana RT. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2010; 9(1):52-59.
- Carneiro FF, Rigotto RM, Augusto LGS, et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. [internet]. Rio de Janeiro: EPSJV; 2015. [acesso em 2020 jan 6]. Disponível em: <http://abrasco.org.br/dossieagrototoxicos/>.
- Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 25 Jul 1991.
- Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(11):2661-2670.
- Vargas AC, Santos ACT, Souza RM, et al. Percepção dos usuários a respeito de um serviço de reabilitação profissional. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2017; 42(11):1-10.
- Santos GSH, Lopes RE. A (in)elegibilidade de trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS. *Rev. Katálysis.* 2016; 18(2):151-61.
- Brasil. Ministério da Previdência Social. Manual técnico de procedimentos da área de reabilitação profissional. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social; 2018.
- Miranda CB. Aspectos do cenário atual da reabilitação profissional no Brasil: avanços e retrocessos. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(8):1-14.
- Pereira MCC, Nogueira CM. Serviço Social e reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social: perspectivas a partir da saúde do trabalhador. In: *Anais do VIII Seminário de Saúde do Trabalhador*; 2012 Set 25-27; São Paulo. São Paulo: UNESP; 2012. p. 1-10.
- Cestari E, Carlotto MS. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. *Estud. Pesqui. Psicol.* 2012; 12(1):93-115.
- Poersch AL, Merlo RC, Muiatas R, et al. Reabilitação profissional e retorno ao trabalho: uma aposta de intervenção. *Psicol. Soc.* 2017; (29):1-10.
- Maeno M, Vilela RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2010; 35(121):87-99.



21. Governo de São Paulo. Vale do Ribeira abrange 31 cidades nos estados de SP e PR [internet]. São Paulo: Governo de São Paulo; 2018. [acesso em 2020 jan 6]. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/sp-noticias/vale-do-ribeira-dois-estados/>.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
23. Bastos RC, Bifano ACS. “Estado da arte” sobre as publicações científicas envolvendo o trabalho agrícola familiar no Brasil sob o ponto de vista ergonômico. *Rev. Eng. na Agric.* 2017; 25(1):27-37.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
25. Martins AJ, Ferreira NS. A ergonomia no trabalho rural. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde.* 2015; 2(2):125-134.
26. Houvet P, Obert L. Upper limb cumulative trauma disorders for the orthopaedic surgeon. *Orthop. Traumatol. Surg. Res.* 2013; 99(1):104-114.
27. Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador – SP, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2010; 35(121):10-22.
28. Cheres JEC, Almeida GR, Carvalho J, et al. Reabilitação Profissional na Agência da Previdência Social do Município de Timóteo: Uma Prática Possível? *Rev. Eletrônica Ciências Jurídicas.* 2014; 1(4):1-12.
29. Sawaia B. Sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia B, organizador. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.* Petrópolis: Vozes; 2001. p. 97-118.
30. Curvo DR. O Sofrimento Ético-Político e a Reforma Sanitária Brasileira: Algumas Considerações Sobre os Trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família. *R. Bras. Ci. Saúde.* 2012; 15(3):295-308.
31. Prado FO, Duarte EEC. A racionalização do trabalho dos assistentes sociais do INSS. *Rev. Katálysis.* 2015; 18(2):162-171.
32. Saldanha JHS, Pereira APM, Neves RF, et al. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2013; 38(127):122-138.
33. Pestana BM, Valença JBM, Graeser AEM, et al. O retorno ao trabalho de sujeitos acometidos por LER/DORT. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2017; 25(4):735-742.

---

Recebido em 16/06/2019  
Aprovado em 16/10/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Alimento ou mercadoria? Indicadores de autossuficiência alimentar em territórios do agronegócio, Mato Grosso, Brasil

*Food or commodity? Indicators of food self-sufficiency in Agribusiness territories, Mato Grosso, Brazil*

Marcia Leopoldina Montanari Corrêa<sup>1</sup>, Wanderlei Antônio Pignati<sup>1</sup>, Marta Gislene Pignatti<sup>1</sup>, Jorge Mesquita Huet Machado<sup>2</sup>, Franco Antonio Neri de Souza e Lima<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912307

**RESUMO** O uso da terra para produção de commodities agrícolas em municípios do agronegócio mato-grossense vem ocupando espaço de produção de alimentos. O objetivo deste estudo foi apresentar e discutir um indicador composto de avaliação da autossuficiência na produção de alimentos em interface com as implicações do modelo produtivo do agronegócio, na perspectiva da soberania alimentar dos territórios, baseado no estudo de caso realizado nos municípios de Campos de Júlio, Sapezal e Campo Novo dos Parecis. Os dados socioeconômicos foram levantados a partir do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2010, Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros/IBGE, 2014, e Censo Agropecuário de 2006. Para levantamento de produção, utilizaram-se dados disponíveis no Sistema IBGE de Recuperação Automática (Sidra) para o ano de 2016. Obtiveram-se informações acerca de área plantada das culturas de algodão, arroz, banana, café, cana-de-açúcar, citrus, feijão, girassol, milho, soja, tomate. Foram realizadas entrevistas com trabalhadores rurais e horticultores. A partir dos dados, foram elaborados indicadores compostos para a proposição de uma escala de autossuficiência alimentar nos territórios estudados. Os resultados apontam para desigualdades na ocupação dos territórios, dependência de alimentos de outras regiões e aumento do uso de agrotóxicos como consequência do modelo de produção adotado, afetando a produção local de alimentos.

**PALAVRAS-CHAVE** Produção de alimentos. Abastecimento de alimentos. Saúde ambiental.

**ABSTRACT** *The land use for the production of agricultural commodities in municipalities of the agribusiness in Mato Grosso state has been occupying space for food production. The objective of this study was to present and discuss a composite indicator of self-sufficiency assessment in the production of food in interface with the implications of the agribusiness productive model, in the perspective of the food sovereignty of the territories, based on a case study carried out in the counties Campos de Júlio, Sapezal and Campo Novo dos Parecis. Socioeconomic data were collected based on the IBGE/2010 Demographic Census, Profile of Brazilian States and Municipalities/IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics), 2014, and the Agricultural Census of 2006. For production survey, data available in the IBGE System of Automatic Recovery (Sidra) were used for the year of 2016. Informations were obtained on the cultivated area of cotton, rice, banana, coffee, sugarcane, citrus, beans, sunflower, corn, soybean, tomato. Interviews were conducted with rural workers and horticulturists. Based on the data, composite indicators were developed for proposing a food self-sufficiency scale in the territories studied. The results point to inequities in the occupation of the territories, dependence on food from other regions and increased use of pesticides as a consequence of the adopted production model, affecting local food production.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Cuiabá (MT), Brasil.  
marcialmontanari@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.

**KEYWORDS** *Food production. Food supply. Environmental health.*



## Introdução

A dinâmica produtiva agrícola de um espaço interfere na organização social do território, especialmente com relação à produção de alimentos para abastecimento local ou exportação. Essas questões estão diretamente relacionadas à economia, à política governamental e à inserção ou não da participação das pessoas no controle dos sistemas alimentares. O termo soberania alimentar é definido como o direito das nações e dos povos de controlar seus próprios sistemas alimentares, seus próprios mercados, a escolha dos modelos produtivos, culturas e ambientes de alimentos<sup>1</sup>, enquanto o conceito de segurança alimentar e nutricional abarca a realização do direito de todos ao acesso permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, pautado em práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis<sup>2</sup>.

A complementariedade entre os conceitos se expressa pelas formas de produção e obtenção dos alimentos com dinâmicas e repercussões locais. Nesse sentido, o conceito de autossuficiência alimentar aqui discutido implica a capacidade de produzir alimentos para abastecimento local e regional, respeitando-se a adoção de modelos de produção alternativos ao hegemônico do agronegócio, de forma que não se sobreponham os interesses econômicos globais às necessidades locais de abastecimento, proteção dos ambientes e da saúde das pessoas.

A promoção da soberania alimentar de um território requer a garantia do acesso à terra e às condições necessárias ao fortalecimento da produção familiar e dos mercados locais. De acordo com o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2016-2019, o fomento à agricultura familiar garante a diminuição da pobreza e da desigualdade no meio rural, uma maior diversificação na produção de alimentos, o fortalecimento do abastecimento alimentar

em localidades distantes e a consequente dinamização das economias locais<sup>3</sup>.

Estudos de Insegurança Alimentar a partir de indicadores como a Ebia (Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar) têm sido realizados no Brasil desde a sua validação, em 2003, e posterior inclusão na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2004, sendo considerado instrumento para a geração de indicador direto de medida domiciliar de segurança alimentar<sup>4</sup>. Ainda que essa medida seja um importante indicador, entende-se que a segurança alimentar de um território vai além da garantia do acesso aos alimentos, mas contempla a equidade no uso dos territórios e na definição dos modelos de produção, buscando garantir a justiça social e a promoção da saúde.

Contrariando essa perspectiva, o agronegócio representa uma estratégia de expansão do capital agroindustrial, que se consolidou como modelo hegemônico a partir de um discurso de ampliação da produção mundial de alimentos no período pós-guerra, sobretudo a partir da década de 1950, com a denominada Revolução Verde, cujas bases de sustentação impuseram ao campo a modernização e a tecnificação da agricultura<sup>5</sup>. Esse modelo de produção acompanha as tendências de padronização e homogeneização alimentar e atende a perfis de consumo da sociedade pós-moderna<sup>6</sup>, cuja base está no ultraprocessamento de alimentos, na obtenção de proteínas de origem animal e de combustíveis.

O Brasil é, atualmente, um dos maiores exportadores de *commodities* mundiais e mantém sua economia dependente desse modelo produtivo<sup>7</sup>, que traz consequências pela super exploração dos recursos naturais e do trabalho<sup>8</sup>, concentra terras e capitais<sup>9</sup>, vulnerabiliza as populações camponesas e tradicionais pelo processo de ‘pressão’ e ‘expulsão’ de suas terras<sup>5,8</sup>, traz consequências à saúde das pessoas<sup>10,11</sup> e à soberania alimentar dos territórios<sup>12,13</sup>. Por outro lado, os alimentos que abastecem as populações urbanas provêm,

em grande parte, da produção familiar, cujo potencial de produção policultural, orgânica e agroecológica carece de políticas públicas de incentivo e subsídios<sup>13,14</sup>.

O estado de Mato Grosso se transformou nas últimas décadas em uma região estratégica para a expansão do agronegócio com a utilização de extensas áreas para produção de monoculturas sobre o bioma cerrado. Mato Grosso apresenta grandes regiões produtivas de lavouras<sup>15</sup>, entre as quais destacam-se os municípios de Campos de Júlio, Sapezal e Campo Novo do Parecis, que compõem a Bacia do Rio Juruena, em cujo território coexistem áreas de monocultivos, Terras Indígenas e importantes rios que vão compor a Bacia do Rio Amazonas. Por sua área plana e clima ameno, essas terras têm sido utilizadas intensamente para a agricultura mecanizada e produção de *commodities* agrícolas, em detrimento da produção de alimentos.

O presente artigo tem o objetivo de apresentar e discutir um indicador composto de avaliação da autossuficiência na produção de alimentos em interface com as implicações do modelo produtivo do agronegócio na perspectiva da soberania alimentar dos territórios, tendo como base um estudo de caso realizado em três municípios da Bacia do Rio Juruena, em Mato Grosso. Entende-se que a ocupação hegemônica de um modelo produtivo cujo objetivo principal é a produção de *commodities* para exportação concentra e centraliza o capital, comprometendo os espaços de produção e reprodução dos agricultores familiares, dificultando aos consumidores locais e o acesso aos alimentos produzidos sem a utilização de insumos químicos.

A análise de indicadores locais de autossuficiência alimentar possibilita evidenciar a ocupação do território destinado à produção local e regional, contribuindo para uma análise mais ampliada da segurança alimentar e sua interface com a promoção de saúde. Não se trata de discutir apenas o acesso e a disponibilidade do alimento, mas as estratégias de produção e abastecimento local que caracterizam esse

acesso de forma democrática e ambientalmente sustentável, respeitando a autonomia dos povos na definição de seus sistemas alimentares, bem como ampliando o acesso seguro a alimentos saudáveis, um dos pilares do direito humano à alimentação adequada e da promoção da saúde.

## Métodos

Trata-se de um estudo de caso avaliativo que integra técnicas de pesquisa qualitativa e análise de dados secundários de produção e ocupação do território para compor uma matriz de indicadores, a partir da qual se estabeleceu um indicador composto de autossuficiência para a soberania alimentar, realizado nos municípios de Campos de Júlio, Campo Novo do Parecis e Sapezal, localizados no Oeste do estado de Mato Grosso.

## Entrevistas

Foram realizadas entrevistas com 05 trabalhadores rurais e 02 horticultores, contatados pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais em Campo Novo dos Parecis; 20 trabalhadores rurais e 02 horticultores em Campos de Júlio; e 05 horticultores em Sapezal, totalizando 34 entrevistas. As entrevistas ocorreram entre os anos de 2015 e 2016, transcritas e analisadas pela perspectiva de 'Análise do Conteúdo'<sup>16</sup>. Entre os entrevistados que compõem a categoria 'trabalhador rural', 20 são assentados (80%) e 05 possuem vínculo trabalhista formal em fazendas da região (20%). Entre os horticultores entrevistados, todos são proprietários de terrenos localizados no entorno da área urbana das cidades. A faixa etária média foi de 42 anos, sendo a maioria (85%) do sexo masculino.

O roteiro de entrevistas foi composto das seguintes questões: O Sr./Sra. produz aqui nesta propriedade? Quais alimentos?; O Sr./Sra. é vinculado a algum movimento social ligado à luta pela terra ou sindicato?; O Sr./Sra. comercializa seus produtos em feiras,

mercados públicos, bancas, supermercados no município/região? Como é feita a comercialização?; O Sr./Sra. comercializa seus produtos para instituições? Quais? Por meio de quais programas?; Na sua opinião, quais são as dificuldades na produção de alimentos aqui na região? E quais são os pontos positivos?; O Sr./Sra. sabe de onde vêm os alimentos que abastecem o município?; Quais são as suas sugestões para melhorar a produção de alimentos no município/região?

Seguindo as etapas propostas por Bardin, foi iniciada a transcrição, pré-análise, exploração do material; tratamento dos dados, interpretação e inferências<sup>16</sup>. A partir da leitura das entrevistas, foram identificadas as seguintes categorias de análise: Dificuldades na Produção de Alimentos para consumo e comercialização local/regional; Dificuldades de comercialização em mercados locais/regionais; Dependência de alimentos produzidos em outras regiões para abastecimento local; Inequidades na Ocupação dos territórios. Foram também identificados os locais de produção, caracterizados como 'produção para abastecimento local/regional' e 'produção de *commodities* agrícolas' nos municípios.

### **Produção agrícola e utilização de agrotóxicos**

Para a realização do levantamento de produção, utilizaram-se como base os dados de área plantada por cultivo obtidos pela Produção Agrícola Municipal (PAM) do banco de dados do Sistema IBGE de Recuperação Automática (Sidra) para o ano de 2016<sup>17</sup>. Obtiveram-se informações acerca de área plantada das culturas de algodão, arroz, banana, café, cana-de-açúcar, citrus, feijão, girassol, milho, soja,

tomate. Essas culturas foram escolhidas por representarem o perfil predominante de produção no estado e para efeito de comparação com os alimentos mais frequentemente consumidos na dieta nacional<sup>18</sup>.

Os locais destinados à produção local/regional que denominam os espaços de produção e/ou venda direta ao consumidor, tais como hortas, feiras, laticínios, pesqueiros, entre outros, foram informados durante as entrevistas. Os dados de utilização de agrotóxicos foram estimados conforme metodologia proposta por Pignati et al.<sup>19</sup>, a partir da área plantada de cada produto e média de utilização de agrotóxicos por cultura agrícola.

### **Construção dos indicadores**

Os dados representam eventos da realidade empiricamente observáveis e percepções de atores sociais sobre tal realidade, e são a matéria-prima da produção de indicadores, cujo objetivo é estruturar sistemas de monitoramento de uma determinada situação ambiental e alimentar com a vigilância sobre os determinantes e condicionantes da exposição das populações aos riscos à saúde<sup>20</sup>. Apesar de sua importância, os indicadores não abrangem a totalidade da realidade, mas permitem a identificação de áreas prioritárias, o monitoramento de situações de risco e a comparação entre diferentes territórios, subsidiando a tomada de decisão.

A partir dos dados coletados, foram propostos indicadores, seus respectivos valores de referência e uma escala para análise de autossuficiência alimentar, sob a perspectiva da soberania alimentar, conforme apresentado no *quadro 1*:

Quadro 1. Indicadores propostos para análise de autossuficiência alimentar em territórios do agronegócio em MT

Indicador	Fórmula	Fonte	Valores de Referência	Escala
% território destinado à produção de <i>commodities</i> (soja, algodão, cana, girassol)	Área plantada em hectares/área total de produção do município x 100	IBGE-Sidra	0 - 25%	1
		Dados de Produção Agrícola Municipal	25% - 75%	2
			75% - 100%	3
% território destinado à produção de alimentos (arroz, feijão, café, tomate, abacaxi, banana, citrus)	Área plantada em hectares/área total de produção do município x 100	IBGE-Sidra	0 - 25%	3
		Dados de Produção Agrícola Municipal	25% - 75%	2
			75% - 100%	1
Presença de espaços de produção e/ou venda direta de alimentos ao consumidor	Presença de feiras, hortas, pesqueiros, laticínios, granjas, farinhas, pomares	Entrevistas e dados do Instituto de Defesa Agropecuária de Mato Grosso (Indea-MT)	- Presença de pelo menos 02 itens;	1
			- Presença de hortas apenas;	2
			- Ausência	3
Utilização de agrotóxicos por ano	Estimativa de consumo de agrotóxicos proposta por Pignati et al., 2017, com base nos dados do Indea-MT	Volume de agrotóxicos utilizados por ano (litros)	Entre 100 litros e 1.999.999 litros	1
			Entre 2.000.000 e 5.000.000 litros	2
			Acima de 5.000.000 litros	3
Percepção de Trabalhadores rurais sobre produção local/regional de alimentos	- Dificuldade na Produção Local/regional de alimentos	Categorias levantadas nas entrevistas com trabalhadores rurais e pequenos produtores (horticultores)	Não	0
			Sim	1
			Não	0
			Sim	1
			Não	0
	- Inequidades na Ocupação dos territórios;		Não	0
	- Dependência de alimentos produzidos em outras regiões		Sim	1

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de Produção Agrícola Municipal IBGE/Sidra<sup>17</sup>; Pignati et al. 2017<sup>19</sup> e nas entrevistas.

O objetivo da escala é analisar a ocupação do território com relação à produção local e produção de *commodities*. Com base na soma dos valores de referência equivalentes a cada indicador analisado, foram utilizados os seguintes escores:

- 1 a 5 pontos: A produção de *commodities* e alimentos ocorre concomitante;

- 5 a 10 pontos: A produção local/regional de alimentos é restrita;

- 10 a 15 pontos: A produção local/regional de alimentos é inviabilizada pela produção de *commodities*, afetando a soberania alimentar do território.

Utilizou-se o software Excel 2010 para a elaboração das tabelas, e ArcGis 10.1, da Esri, para elaboração dos mapas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética

em pesquisas envolvendo seres humanos do Hospital Universitário Júlio Muller, tendo sido aprovada em 08/02/2015, sob parecer nº 951.083.

## Resultados

A partir de alguns indicadores considerados sentinela para analisar o território, foi construída uma escala de referência, baseada nos dados de produção, na utilização de agrotóxicos e na categorização das entrevistas realizadas nos municípios.

Os dados disponíveis na *tabela 1* indicam que a produção nos municípios estudados se concentra nas *commodities* agrícolas (soja, algodão, cana-de-açúcar, milho e

girassol), em detrimento de produtos agrícolas mais frequentes da dieta nacional, tais como arroz, feijão, café, banana e tomate.

Tabela 1. Área destinada à Produção Agrícola Municipal por hectares das principais culturas

Categoria	Cultura (ha)	C. N. Parecis (A)	Campos de Julio (B)	Sapezal (C)	Total na região (A+B+C)	Mato Grosso	Área plantada/cultura na região em relação a MT (%)
Commodities	Algodão	48.581	27.496	128.469	204.546	606.314	33,70
	Cana	34.661	9.100	0	43.761	280.191	15,60
	Girassol	15.830	860	1.985	18.675	29.122	64
	Milho	146.800	129.036	153.000	428.836	3.900.268	11
	Soja	380.000	186.079	368.368	934.447	9.147.863	10
	%	98%	97%	99%	98%	97%	---
Grãos*	Arroz	0	810	0	810	174.263	0,46
	Café	0	0	0	0	16.293	0
	Feijão	13.440	9.768	8.250	31.458	251.672	12,50
	%	2%	3%	1,2%	2%	3%	---
Hortaliças e Frutas**	Abacaxi	1	0	0	1	1.449	0,07
	Banana	0	0	0	0	6.967	0
	Citrus	0	0	0	0	937	0
	Tomate	0	0	0	0	243	0
	%	0	0	0	0	0,07%	---
<b>Totais</b>		<b>639.313</b>	<b>363.149</b>	<b>660.072</b>	<b>1.662.534</b>	<b>14.418.300</b>	<b>11,50</b>

Fonte: IBGE/Sidra, 2016<sup>17</sup>.

\*Cereais, leguminosas e outros produtos agrícolas destinados à produção de alimentos processados, rações animais, combustíveis e outros fins.

\*\*Cereais, leguminosas, hortaliças e frutas que compõem diretamente a alimentação brasileira, conforme IBGE.

A região disponibiliza cerca de 98% de seu território à produção de *commodities* agrícolas e 2% do território para produção de alimentos, seguindo a tendência do estado de Mato Grosso de reprimarização da economia. Em 2016, o Mato Grosso produziu 27% da soja brasileira, em 9,1 milhões de hectares; 24% do milho em 3,9 milhões hectares; 63,5% do algodão em 606 mil hectares; 2,5% da cana de açúcar em 280 mil hectares; 54% do Girassol em 29 mil hectares; e 20 milhões de hectares de pastagem, com 30 milhões de bovinos<sup>15,17</sup>.

Conforme dados do Censo Agropecuário 2006<sup>15</sup>, a maioria dos estabelecimentos rurais na região pertence a grandes proprietários individuais e a consórcios de grupos agropecuários,

uma média de 95% das áreas destinadas à produção dos municípios, quando comparados com assentados, ocupantes e parceiros, expressando a concentração dos latifúndios. Portanto, a produção local de alimentos é realizada por pequenos proprietários que dispõem de terrenos no entorno dos municípios ou na área urbana para plantio de hortas ou produção de pescados. Em geral, as hortas ficam localizadas na região central das áreas urbanas dos municípios devido à distância das lavouras, o que possibilita a produção de hortaliças.

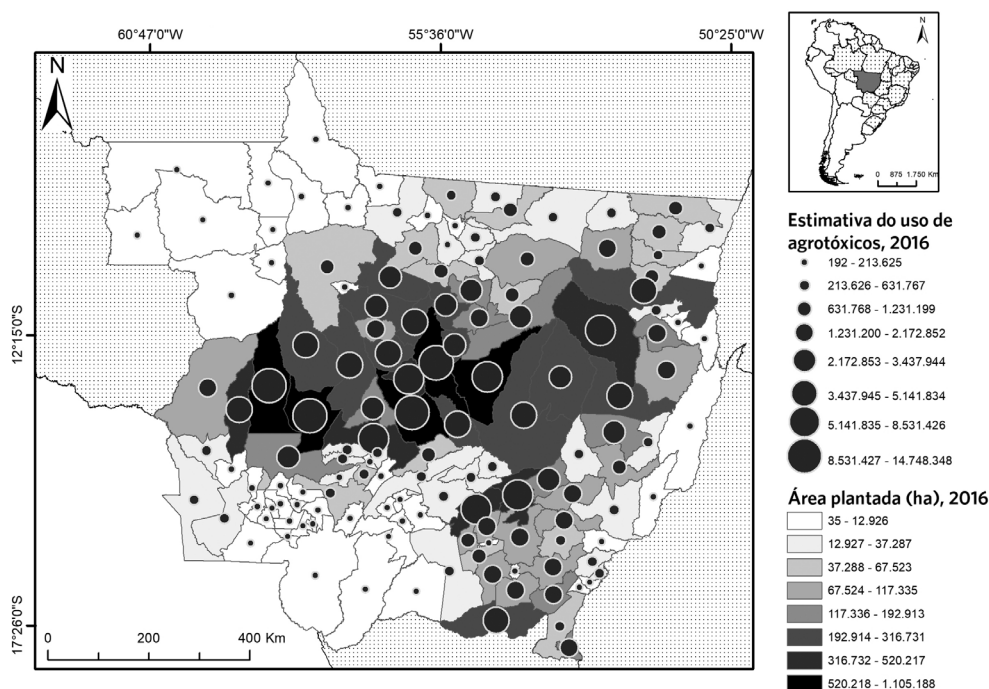
A comparação entre os censos agropecuários de 2006<sup>15</sup> e os dados preliminares do Censo 2017<sup>21</sup> ilustra essa situação a partir do aumento de 5% da área plantada em hectares,

apesar da redução de 2% no número de estabelecimentos rurais, com destaque para o aumento de estabelecimentos com 1000 hectares acima, cuja participação relativa na área total passou de 45% para 47,5% de 2006 para 2017, e redução de estabelecimentos entre 100 e 1000 hectares com queda na participação

relativa na área total de 33,8% para 32%, o que indica a concentração das terras para grupos agropecuários em detrimento de pequenos e médios produtores.

Os municípios estão entre os que apresentam maior área plantada em MT, conforme é possível observar na *figura 1*.

Figura 1. Mapa de área plantada e utilização de agrotóxicos em Mato Grosso, 2016



Fonte: IBGE/Sidra, 2016<sup>17</sup>; Pignati et al., 2017<sup>19</sup>, atualizado pelos autores.

Para cada hectare plantado na região, utilizam-se, em média, 10 a 20 litros de agrotóxicos, o que coloca esses municípios entre os maiores consumidores de agrotóxicos do estado. Considerando o perfil de produção dos municípios, esses valores aumentam de acordo com a cultura plantada, uma vez que, para lavouras de algodão, são utilizados em média 28 litros por hectare, e, para soja, 17,7 litros de agrotóxico por hectare<sup>19</sup>.

Em épocas de pulverização em aérea de agrotóxicos próxima da área urbana dos

municípios, a produção de hortaliças é atingida e impactada, ocasionando perda da produção. Essa situação foi relatada pelos entrevistados nos três municípios estudados. Pignati, Machado e Cabral<sup>22</sup> analisaram 'a chuva de agrotóxicos' sobre o município de Lucas do Rio Verde/MT, na perspectiva de acidente rural ampliado. A utilização de tratores e aviões agrícolas para pulverização traz como consequência a deriva das névoas de agrotóxico, que, além de atingirem o alvo (plantas e pragas), também atingem os trabalhadores



e, indiretamente, o ar/solo/água, os moradores, os animais e outras plantas que estão no entorno das 'áreas tratadas'<sup>22</sup>.

Entre os fatores de insegurança alimentar elencados nas entrevistas, as categorias identificadas foram: dificuldades na produção e comercialização local de alimentos; inequidades na ocupação dos territórios; dependência de alimentos produzidos em outras regiões. Os relatos apontam preocupação com o perfil de produção dos municípios e ausência de 'vontade política', manifestada na condução das políticas de fortalecimento da agricultura familiar, além das pressões para obtenção de 'pacotes tecnológicos', que acabam por levar o produtor a optar pela produção de *commodities*.

A predominância de lavouras de monoculturas nas áreas de entorno dos municípios dificulta a produção familiar/comunitária e policultural por diversos fatores, entre eles, a própria dificuldade de obtenção de terras e as pulverizações de agrotóxicos, que geram contaminações ambientais, restringindo e até mesmo inviabilizando a produção de alimentos. Tal fato evidencia as desigualdades do acesso e uso da terra e a dependência de mercados externos para prover o abastecimento das cidades.

Os relatos indicam, ainda, a baixa disponibilidade de alimentos provenientes da produção local, tais como frutas, hortaliças, frango,

carne suína e leite, e a ausência de espaços destinados à comercialização ou ao processamento de alimentos da agricultura familiar na região, dificultando, inclusive, o cumprimento dos mecanismos de comercialização do PAA (Programa de Aquisição de Alimentos), que favorecem a aquisição direta de produtos de agricultores familiares ou de suas organizações para prover, entre outros, o abastecimento da rede escolar, conforme preconiza o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)<sup>23</sup>.

A dependência de alimentos de outros estados também é apontada como uma fragilidade, pela reduzida diversidade na oferta de alimentos, preços elevados e desconhecimento sobre a origem e o rastreamento dos alimentos que abastecem os municípios. Ao contrário da inexpressiva ocupação do território, com espaços destinados à produção e à comercialização de alimentos, muitos empreendimentos da cadeia do agronegócio se instalam nos municípios, com destaque para as algodozeiras, unidades de processamento de soja, silos, usinas de produção sucroalcooleira e usinas de produção de etanol de milho, cujos investimentos têm sido ampliados em municípios de Mato Grosso.

A escala de indicadores, disponível na *tabela 2*, aponta para um cenário de ocupação desigual dos territórios de produção dos municípios.

Tabela 2. Escala de indicadores para análise de ocupação do território na perspectiva da soberania alimentar

Municípios	Área destinada à produção de <i>Commodities</i> (A)		Área destinada à produção de Alimentos (B)		Espaços Produção e/ou venda direta ao consumidor (C)	Volume de agrotóxicos utilizados (D)	Percepção de trabalhadores rurais quanto à produção local de alimentos (E)	Total* (A+B+C +D+E)
	%	Valor de referência	%	Valor de referência	Valor de referência	Valor de referência	Valor de referência	
	Campos de Júlio	97	3	3	3	1	2	
Campo Novo dos Parecis	98	3	2	3	1	2	2	11
Sapezal	99	3	1,2	3	2	3	3	14

Fonte: Elaboração própria.

\*1 a 5 pontos: A produção de *commodities* e alimentos ocorre concomitantemente; 6 a 10 pontos: A produção local/regional de alimentos é restrita; 11 a 15 pontos: A produção local/regional de alimentos é inviabilizada pela produção de *commodities*, afetando a soberania alimentar do território.

Os municípios de Campo Novo dos Parecis e Sapezal apresentaram um escore de 11 e 14, respectivamente, indicando que na ocupação dos territórios de produção nesses municípios a produção local/regional de alimentos é inviabilizada pela produção de *commodities*, afetando a soberania alimentar do território. Entre os municípios estudados, apenas Sapezal dispõe de legislação municipal de segurança alimentar e Nutricional, mas não dispõe de Conselho Municipal e Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

O município de Campos de Júlio apresenta maior área destinada à produção de alimentos e espaços destinados à venda direta, apesar de haver concomitância com grandes áreas de produção de *commodities*. Ainda assim, observa-se que o município apresenta restrição na produção local de alimentos, devido à ocupação hegemônica dos territórios de produção pelas monoculturas de *commodities* agrícolas.

Tal ocupação expressa as dificuldades de se definirem os próprios sistemas alimentares. Refletem, ainda, o uso intensivo e desigual da terra para as monoculturas, cujos impactos do modelo produtivo, como o uso intensivo de agrotóxicos e fertilizantes químicos, comprometem a produção local, afetando a soberania alimentar na região.

## Discussões

Entre as características do conceito soberania alimentar, o perfil de produção representa uma importante categoria de análise, por meio do qual é possível identificar a hegemonia do modelo monocultural e de toda a cadeia do agronegócio nos municípios estudados, evidenciando a opção pela reprimarização da agricultura de exportação<sup>24</sup> e dependência de produtos de outros estados para abastecimento interno.

Os três municípios estão entre as 50 cidades de maior Produto Interno Bruto (PIB) relacionado ao agronegócio em nível nacional, onde Sapezal ocupa o 5º lugar, com R\$ 845,9 milhões, Campo Novo dos Parecis o 6º lugar,

com R\$ 811,3 milhões, e Campos de Júlio em 40º lugar, com R\$ 433,2 milhões de reais, com relação aos valores adicionados brutos da Agropecuária<sup>25</sup>. Apesar disso, observa-se concentração de renda e a coexistência de riqueza e situações de vulnerabilidade social, mesmo entre aqueles que trabalham diretamente no agronegócio. Essa riqueza concentrada não permanece no território, uma vez que a produção de *commodities* é predominantemente voltada à exportação e grande parte das empresas que compõem a cadeia do agronegócio representa o capital estrangeiro<sup>26</sup>.

A opção por não taxar produtos primários para exportação contribui para a definição do território para produção em larga escala de *commodities* agrícolas para exportação, amparada pela Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996 – Lei Kandir<sup>27</sup>, que assegura a desoneração do Imposto sobre Circulação de Mercadorias Serviços (ICMS) para os produtos primários e industrializados semielaborados e serviços destinados à exportação. Tal condição vulnerabiliza a oferta de políticas públicas no estado de Mato Grosso, com repercussões importantes sobre o setor saúde, uma vez que o estado deixa de arrecadar tributos oriundos dessas desonerações.

Segundo Acserald<sup>28</sup>, a mudança do papel do Estado como indutor do desenvolvimento de regiões periféricas para fomentador da economia primária de exportação contribuiu para desarticular espaços e para o surgimento de tensões no pacto federativo. Além dos ônus social e ambiental decorrentes do processo produtivo, que permanecem nesses territórios como ‘passivo ambiental’, os efeitos negativos sobre os sistemas de saúde são observados pela insuficiência de investimentos estruturais nas regiões estudadas.

Para Breilh, o conceito de acumulação por pilhagem, a despeito da mais-valia, amplia-se na atualidade a partir de dois fenômenos: a crescente característica tecnológica da sociedade da informação e a mudança do modelo da acumulação de capital<sup>8</sup>, que levam a um perfil de dominação dos países menos desenvolvidos,

seus povos e territórios. Ainda, segundo o autor, a pilhagem determina processos de transnacionalização agrícola, monopolização da terra, perda de soberania, desagrarização do campo, perda de direitos humanos, ambientais e conversão dos direitos e dos recursos naturais em mercadorias<sup>8</sup>.

A percepção da produção local, seus aspectos singulares e particulares, e a evidência de uma dependência marcada por instabilidades do mercado financeiro, capacidades de produção de *commodities* e pressões ambientais nos territórios são percebidas nas falas, que, por um lado, reconhecem que esse modelo produtivo traz maior renda, mas também traz consequências e riscos, fatores protetores e destrutivos<sup>29</sup>, por meio da exposição aos riscos de contaminação às épocas de plantio, pulverização de agrotóxicos e colheita. Ao mesmo tempo, sentem a imposição da dependência do trabalho e da renda, as dificuldades de produção local, afetando a reprodução social e os modos de vida.

A despeito das diferenças existentes entre os diversos agentes, eles vivem em comum certas experiências, como, por exemplo, a subordinação ao mercado distante<sup>30</sup>, que se expressa tanto na comercialização das *commodities* produzidas localmente quanto na dependência de alimentos provenientes de outros estados para abastecer a região, características do processo de desterritorialização da produção e dos modos de vida. Nesse sentido, o estudo de sistemas alimentares na ocupação dos espaços de produção agrícola pode contribuir para a promoção de territórios saudáveis e sustentáveis.

Seufert, Ramankutty e Foley<sup>31</sup>, em uma metanálise de sistemas convencionais e orgânicos em diferentes países com condições de clima e de manejo específicos, concluem que os rendimentos e benefícios de sistemas familiares de produção orgânica melhoram à medida que são incentivados por pesquisas, desenvolvimento de técnicas e tecnologias de produção e distribuição em circuitos locais e regionais, com reais impactos sobre a melhora

dos ambientes e da saúde das populações. Tais evidências foram também apresentadas por Reganold e Wachter<sup>32</sup>, que analisaram o desempenho da agricultura familiar à luz de quatro principais métricas de sustentabilidade: produtividade, impacto ambiental, viabilidade econômica e bem-estar social, e concluíram que, apesar de produzir rendimentos mais baixos, a agricultura familiar orgânica tende a ser mais rentável do ponto de vista econômico, pois oportuniza a distribuição equitativa da renda, é sustentável, produz alimentos mais nutritivos em termos de composição nutricional e sem resíduos químicos, oferece mais serviços ecossistêmicos e benefícios sociais, em comparação com os sistemas convencionais de produção agrícola. Os autores ainda afirmam que sistemas locais de produção e abastecimento pautados em agricultura orgânica e outras formas de produção inovadoras têm potencial de abastecer um número maior de pessoas e necessitam de investimentos em políticas públicas para promover seu desenvolvimento e implementação.

Nigli<sup>33</sup> afirma que o maior desafio para a agricultura é reduzir as compensações entre produtividade e sustentabilidade em longo prazo, sendo os sistemas locais de produção familiar e orgânica as formas de produzir e distribuir os alimentos que têm potencial de garantir o futuro da produção sustentável de alimentos. O mesmo foi reafirmado por Pradhan et al.<sup>34</sup>, que avaliaram por 03 anos a produtividade dos sistemas de produção que utilizaram consorciação e cobertura de culturas com sistemas convencionais de monocultivos, concluindo que, em longo prazo, a agricultura sustentável tem potencial de recuperar solos e água, promovendo maior retenção de nutrientes nos alimentos e produtividade equivalente e maior que os sistemas convencionais de produção.

Estudo realizado por Alencar et al.<sup>35</sup>, avaliando sistemas agrícolas convencionais e de produção familiar orgânica, evidenciou que as interações agricultor-meio ambiente, no sistema de produção familiar, geraram

melhoria da qualidade de vida das famílias, em contraposição ao sistema convencional, caracterizado pelo uso intensivo de agrotóxicos e pela grande dependência de adubos químicos, onde prevalece o interesse em obter a máxima produção sem preocupação com o ambiente. Tal condição se reflete no contato contínuo com agrotóxicos, margens de lucros restritivas e redução da fertilidade natural dos solos cultivados sob esse sistema.

Com relação aos circuitos locais de produção e distribuição de alimentos, Darolt et al.<sup>36</sup> analisaram redes alternativas no Brasil e na França. Como resultado, apresentaram uma tipologia, as características e a organização dos circuitos curtos de comercialização, ressaltando que os sistemas alternativos são diversificados e dinâmicos, sendo uma opção social, econômica e ambiental para a agricultura familiar, fortalecendo os mercados locais e reconectando produtores e consumidores. Em ambos os países, as iniciativas bem-sucedidas em sistemas alternativos acontecem em locais onde existem formas de coordenação em rede e parcerias entre o poder público, entidades não governamentais, empresas, organizações de agricultores e consumidores<sup>36</sup>.

Por outro lado, a monopolização do território é uma estratégia desenvolvida pelas empresas de comercialização e/ou processamento industrial da produção agropecuária, que não necessariamente produzem, mas controlam a circulação das mercadorias na economia globalizada<sup>30</sup>, ou seja, monopolizam a produção, sem precisar territorializar os monopólios<sup>37</sup>, controlando o processamento e a comercialização das mercadorias. É o caso das grandes corporações de agrotóxicos, fertilizantes e maquinários, produção e comercialização de sementes transgênicas e controle de patentes e as *Tradings*, responsáveis por negociar as *commodities* nos mercados internacionais. Essas empresas atuam nas chamadas estratégias de originação da *commodity*, aliando-se a empresas nacionais na exploração de territórios de produção. Os capitalistas nacionais ficam, então, com status de proprietários das terras,

mas a exploração do capital industrial, via *commodities*, é internacional<sup>37</sup>.

As estratégias de legitimação desse modelo encontram voz nos discursos de desenvolvimento econômico local e regional, mas sustentam um número limitado de empresas transnacionais que monopolizam a circulação de mercadorias, ditam as regras econômicas dos mercados e influenciam hábitos e práticas alimentares, por meio de um processo de homogeneização e tipificação do consumo de alimentos rápidos, ultraprocessados, altamente industrializados ou contaminados com resíduos de agrotóxicos.

## Considerações finais

As discussões acerca de um modelo produtivo e suas repercussões em um território como a Bacia do Rio Juruena perpassam a ocupação dominante pelas monoculturas e estruturas relativas à cadeia produtiva do agronegócio, em detrimento de espaços destinados à produção de alimentos e à agricultura familiar policultural, e expressam um fenômeno evidenciado em grande parte do território brasileiro.

Apesar das elevadas taxas de PIB e grandes extensões de terras agriculturáveis, a concentração de renda e de terras é um fenômeno evidente na região e reflete a realidade nacional. O estudo do território contribui para a discussão da vigilância em saúde na perspectiva da vigilância do desenvolvimento. O modelo de produção e reprodução do agronegócio e seus processos de acumulação repercutem nos modos de obtenção e consumo, na saúde das populações expostas, na destruição ambiental progressiva dos ambientes, das águas e dos alimentos. Por outro lado, a promoção de espaços destinados à produção familiar agroecológica e o incentivo aos circuitos de comercialização local e regional potencializam as economias locais, promovem maior disponibilidade de alimentos saudáveis nas cidades, reduzindo a dependência de alimentos produzidos em outros locais, e contribuem positivamente para

a sustentabilidade e a saúde dos territórios. Assim, é importante garantir aos agricultores familiares o acesso à terra, à escolha do modelo produtivo, bem como às condições de produção e comercialização de seus produtos.

O indicador proposto apresenta variações internas aos índices nos três municípios, demonstrando tendência de maior impacto, conforme aumenta a produção de *commodities* agrícolas. No entanto, o estudo apresenta limitações por evidenciar uma realidade de um território agrícola específico, necessitando de novos estudos em diferentes regiões de produção agrícola, além da inclusão de indicadores como contaminação da água de consumo, de alimentos com resíduos de agrotóxicos e a avaliação da implantação da vigilância em saúde de populações expostas aos agrotóxicos nos municípios.

Considera-se, assim, que a métrica apresentada evidencia e dimensiona a ameaça de redução na disponibilidade de alimentos

saudáveis para consumo humano em um dado território, posto que a pressão negativa na soberania alimentar exercida pela extensão das áreas de produção voltadas às monoculturas foi evidenciada pelo índice proposto.

## Colaboradores

Montanari-Corrêa ML (0000-0001-7812-0182)\* e Pignati WA (0000-0001-9178-6843)\* participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo: concepção do estudo, coleta, organização, interpretação e análise dos dados e redação. Pignatti MG (0000-0001-7942-3847)\* e Machado JMH (0000-0002-1176-1919)\* participaram da interpretação, discussão dos dados e revisão crítica do artigo. Lima FANS (0000-0001-5677-2390)\* participou da coleta, análise, interpretação e discussão dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Wittman H. Reconnecting agriculture & the environment: food sovereignty & the agrarian basis of ecological citizenship. In: Wittman H, Desmarais AA, Wiebe N, editores. Food Sovereignty. Reconnecting Food, Nature and Community. Vancouver: Fernwood Publishing; 2010. p. 91-105.
2. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Set 2006.
3. Brasil. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2016-2019). Brasília, DF: CAISAN; 2016.
4. Segall-Corrêa AM, Perez-Escamilla R, Marin-Leon L, et al. Evaluation of household food insecurity in

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Brazil: validity assessment in diverse sociocultural settings. In: Ortega J, organizador. *Iniciativa América Latina sin Hambre: artículos premiados en el día Mundial de la Alimentación*. [local desconhecido]: FAO; 2007. [acesso em 2018 nov 20]. Disponível em: <http://bvssan.incap.int/local/file/PubNut-Per%C3%BA/texcom/nutricion/memredsan.pdf>.
5. Breilh J. Hacia una redefinición de La Soberanía Agraria: Es Posible La Soberanía Alimentaria sin Cambio Civilizatorio y Bioseguridad? In: Bezerra I, Perez-Cassarino J, organizadores. *Soberanía Alimentar (SOBAL) e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na América Latina e Caribe*. Curitiba: Editora UFPR; 2016. p. 55-68.
  6. Azevedo E. Alimentação, sociedade e cultura: temas contemporâneos. *Sociologias*. 2017; 19 (44):276-307.
  7. Franco CR, Pelaez VA. (Des) Construção da Agenda Política de Controle de Agrotóxicos no Brasil. *Ambient. Soc.* 2016. 19 (3): 215-232.
  8. Breilh J. Pilhagens, Ecossistemas e Saúde. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira J, organizadores. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
  9. Thomaz Junior A. O Tecido social do Trabalho, a produção de alimentos versus agronegócio e luta de classes num ambiente de embates e debates. In: Lourenço EAS, Navarro VL, organizadores. *O Averso do Trabalho III: Saúde do Trabalhador e questões contemporâneas*. São Paulo: Outras Expressões; 2013. p. 367-393.
  10. Maele-Fabry VAN, Lantin AC, Hoet P, et al. Childhood leukaemia and parental occupational exposure to pesticides: a systematic review and meta-analysis. *Cancer causes control*. 2010; 21(6):787-809.
  11. Carneiro F, Giraldo L, Pignati WA, et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2015.
  12. Patel R. What Does Food Sovereignty Look Like? In: Wittman H, Desmarais AA, Wiebe N, organizadores. *Food Sovereignty: Reconnecting Food, Nature and Community*, Halifax: Fernwood; 2010.
  13. Ribeiro H, Jaime PC, Ventura D. Alimentação e Sustentabilidade. *Estud. av.* 2017; 31(89):185-198.
  14. Sauer S. Agricultura Familiar versus agronegócio: a dinâmica sociopolítica do campo brasileiro. Brasília: Embrapa Informação Tecnológica; 2008. 73 p.
  15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo agropecuário 2006*. Rio de Janeiro: IBGE; 2006. p. 777.
  16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
  17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sistema IBGE de Recuperação Automática* [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pam/tabelas>.
  18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. 150 p.
  19. Pignati W, Lima FANS, Lara SS, et al. Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a vigilância em saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(10):3281-3293.
  20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Saúde Ambiental: Guia Básico para Construção de Indicadores*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 124 p.
  21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo agropecuário 2017 – Resultados Preliminares* [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. [acesso em 2018 ago 8]. Disponível em: [https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/templates/censo\\_agro/resultadosagro/index.html](https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/templates/censo_agro/resultadosagro/index.html).

22. Pignati WA, Machado JMH, Cabral FM, et al. Acidentes rurais ampliados: o caso das “chuvas” de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde, MT. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(1):105-114.
23. Brasil. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 17 Jun 2009.
24. Medina G, Ribeiro GG, Brasil EM. Participação do capital brasileiro na cadeia produtiva da soja: lições para o futuro do Agronegócio Nacional. *Rev. Econ. Agroneg.* 2015; 13(1,2,3):1-36.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Estados e Municípios Brasileiros – 2014. [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. [acesso em 2018 ago 8]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/default.sht>.
26. Mendonça ML. O Papel da Agricultura nas Relações Internacionais e a Construção do Conceito de Agronegócio. *Contexto int.* 2015; 37(2):375-402.
27. Brasil. Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e dá outras providências. (Lei Kandir). *Diário Oficial da União.* 14 Set 1996.
28. Acserald H. Sustentabilidade, Território e Justiça Ambiental no Brasil. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira J, organizadores. *Território, ambiente e saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
29. Breilh J. *Epidemiologia Crítica: Ciência Emancipadora e Interculturalidade.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 317 p.
30. Santos M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal.* 6. ed. Rio de Janeiro: Record; 2001.
31. Seufert V, Ramankutty N, Foley JA. Comparing the yields of organic and conventional agriculture. *Nature.* 2012; 485(7397):229-232.
32. Reganold JP, Wachter JM. Organic agriculture in the twenty-first century. *Nat Plants.* 2016; 2(2):1-7.
33. Pradhan A, Idol T, Roul PK. Conservation Agriculture Practices in Rainfed Uplands of India Improve Maize-Based System Productivity and Profitability. *Front Plant Sci.* 2016; 7(1008):1-12.
34. Niggli U. Sustainability of organic food production: challenges and innovations. *Proc Nutr Soc.* 2015; 74(1):83-88.
35. Alencar GV, Mendonça ES, Oliveira TS, et al. Percepção ambiental e uso do solo por agricultores de sistemas orgânicos e convencionais na Chapada da Ibiapaba, Ceará. *Rev. Econ. Sociol. Rural* [internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 8]; 51(2):217-236. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20032013000200001>.
36. Darolt MR, Lamine C, Brandenburg A, et al. Redes alimentares alternativas e novas relações produção-consumo na França e no Brasil. *ambient. soc.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 8]; 19(2):1-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4422asoc121132v1922016>.
37. Oliveira AU. *A Mundialização da Agricultura Brasileira.* São Paulo: Iandê Editorial; 2016. 545 p.

---

Recebido em 11/03/2019

Aprovado em 25/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Condições da exposição a agrotóxicos de portadores da doença de Parkinson acompanhados no ambulatório de neurologia de um hospital universitário e a percepção da relação da exposição com o adoecimento

*Pesticide exposure conditions on Parkinson's disease patients followed at a neurology clinic of a university hospital and perception of the relationship of exposure with illness*

Paula Renata Olegini Vasconcellos<sup>1</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>1</sup>, Gicelle Galvan Machineski<sup>1</sup>, Rose Meire Costa<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912308

**RESUMO** O objetivo desta pesquisa foi investigar, a partir da história laboral de portadores da doença de Parkinson acompanhados no ambulatório de neurologia de um hospital universitário, a ocorrência e as condições da exposição a agrotóxicos, bem como a percepção da relação da exposição com o adoecimento. Trata-se de estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná, em Cascavel, Paraná, Brasil. Foram entrevistados 32 sujeitos, o usuário ou familiares, com doença de Parkinson, por meio de entrevista telefônica a partir de roteiro semiestruturado. Desses, 16 (50%) eram homens; a maioria idosos aposentados (87,48%), com baixa escolaridade (53,13%); 25 (78,11%) trabalharam na agricultura, residindo na área rural de 11 anos a 30 anos; 24 (74,98%) afirmaram ter tido contato com agrotóxicos de forma direta ou indireta; a forma mais citada de aplicação dos agrotóxicos foi com pulverizador costal; a maioria (75%) não utilizou equipamentos de proteção individual e aprendeu a manipular os agrotóxicos com familiares. Conclui-se que um número expressivo de indivíduos com doença de Parkinson teve alguma atividade laboral na agricultura durante a vida, muitos deles com contato direto com agrotóxicos, seja no preparo e aplicação ou mesmo na lavagem das roupas.

**PALAVRAS-CHAVE** Agroquímicos. Doença de Parkinson. Exposição ocupacional. Saúde pública.

**ABSTRACT** *The objective of this research was to investigate, from the work history of patients with Parkinson's disease, followed at the neurology outpatient clinic of a university hospital, the occurrence and conditions of exposure to pesticides, as well as the perception of the relationship between exposure and illness. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative and qualitative approach, carried out at the Hospital Universitário do Oeste do Paraná, in Cascavel, Paraná, Brazil. Thirty-two subjects, the user or family members, with Parkinson's disease were interviewed by telephone interview using a semi-structured script. Of these, 16 (50%) were men; most of them retired elderly (87.48%), with low education (53.13%); 25 (78.11%) worked in agriculture, living in rural areas from 11 to 30 years old; 24 (74.98%) stated that they had direct or indirect contact with pesticides; the most cited form of pesticide application was with costal spray; Most (75%) did not use personal protective equipment and learned to handle pesticides with family members. It is concluded that a significant number of individuals with Parkinson's disease had some labor activity in agriculture during life, many of them with direct contact with pesticides, either in the preparation and application or even in the washing of clothes.*

**KEYWORDS** *Pesticides. Parkinson's disease. Occupational exposure. Public health.*

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.  
paula.vasconcellos@hotmail.com





## Introdução

Após a Segunda Guerra Mundial, observou-se o que se conhece como 'revolução verde' ou revolução agrícola contemporânea, inicialmente nos países centrais, mas, a partir da década de 1950, em países em desenvolvimento com grandes dimensões territoriais como o Brasil, a Índia e o México. Essa 'revolução', cujo discurso ideológico era para combater a fome do mundo, promoveu um processo de elevada mecanização do campo, seleção de plantas com forte potencial de rentabilidade e vasta utilização de fertilizantes, modificando o processo clássico de produção agrícola para aumentar a produção, em especial, de arroz, milho, trigo e soja para exportação. Com isso, cresceu o uso extensivo de agrotóxicos para controlar os *deficit* de produção causados pelas doenças agrícolas e aumentar a produtividade<sup>1</sup>.

No Brasil, isso se inicia na década de 1960, com apoio do governo, visando aumentar a produtividade, modernizar a agricultura, facilitar as atividades no campo com o uso de máquinas (tratores, colheitadeiras), produtos químicos (fertilizantes e agrotóxicos) e sementes modificadas, vendidos por multinacionais que entraram no País. Como desdobramento desse processo de modernização, formaram-se os latifúndios e a produção de monoculturas principalmente nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste<sup>2,3</sup>.

Desde 2008, o Brasil vem ocupando posição de destaque mundial no consumo de agrotóxicos paralelamente à divulgação de estudos que revelam seus impactos negativos na saúde humana. A capacidade de dispersão e de transformação dos agrotóxicos no meio ambiente favorece sua mobilidade em vários ecossistemas com alcance de amplos territórios, expondo distintos grupos populacionais aos seus efeitos tóxicos, como trabalhadores de diversas atividades vinculadas à produção e ao consumo, moradores que residem próximos de fábricas de agrotóxicos e fazendas, além da ingestão de alimentos contaminados. Esses impactos são relacionados com o atual modelo de desenvolvimento, focado na produção de *commodities* para exportação<sup>4,5</sup>.

Os efeitos adversos da exposição aos agrotóxicos dependem das características químicas, da quantidade absorvida ou ingerida, do tempo de exposição e das condições gerais de saúde da pessoa exposta, sendo divididos em agudos e crônicos<sup>6-8</sup>. Os efeitos agudos aparecem logo após o contato do trabalhador com o agrotóxico e em até 24 horas, apresentando características definidas. Os efeitos crônicos são percebidos em questão de semanas, meses ou anos após o contato com esses produtos, o que dificulta a associação desse fenômeno com o desenvolvimento de patologias como aquelas que afetam o Sistema Nervoso Central (SNC) e o Sistema Nervoso Periférico (SNP). Isso porque as causas também podem se relacionar a fatores genéticos, ambientais, alimentares, imunológicos, entre outros<sup>8-10</sup>.

Além disso, os danos associados à saúde dos trabalhadores rurais vêm sendo mascarados pelo discurso da relevância do aumento da produtividade, já que os efeitos dos agrotóxicos na saúde humana, em especial os crônicos, não têm sido identificados de forma adequada<sup>10,11</sup>.

Entre as patologias que acometem o SNC, há a Doença de Parkinson (DP), descrita pela primeira vez em 1817, em Londres, pelo médico britânico James Parkinson<sup>12</sup>. É uma doença neurológica, que afeta os movimentos do indivíduo, dando origem a tremores associados à lentidão de movimentos (*bradicinesia*), à rigidez muscular e à instabilidade postural<sup>13</sup>.

A DP ocorre devido à degeneração da substância negra do tronco encefálico, que sintetiza a dopamina, neurotransmissor que tem como função transmitir a informação na forma de sinais elétricos de um neurônio para outro. A redução dos níveis de dopamina gera o desequilíbrio dos sistemas envolvidos no controle dos movimentos<sup>13-15</sup>.

A doença é considerada de origem multifatorial, sendo que, atualmente, pondera-se a relação da exposição a agrotóxicos associada ao aumento do risco de DP em todo o mundo, principalmente entre aqueles que relatam um trabalho agrícola, como observado por Rugbjerg et al.<sup>16</sup> em estudo realizado no Canadá; Tüchsen

e Astrup<sup>17</sup>, na Dinamarca; e Liew et al.<sup>18</sup>, nos Estados Unidos da América (EUA).

A associação da DP à exposição laboral a agrotóxicos já está confirmada e oficializada na França. O governo francês, após analisar inúmeros relatórios científicos, acrescentou ao Decreto nº 2012-665, de 4 de maio de 2012, a DP como uma doença de trabalhadores agrícolas que utilizaram agrotóxicos em suas lavouras<sup>19,20</sup>.

Ainda são poucos os estudos brasileiros que dimensionam as doenças crônicas e avaliam os efeitos decorrentes do uso de agrotóxicos na saúde humana. Além disso, ainda existem poucas pesquisas que discutem os modelos agrícolas em disputa, como a agricultura familiar, a agroecologia em contraposição ao modelo de uso intensivo de agrotóxicos no Brasil<sup>9-11,21</sup>.

Pesquisas que analisam as consequências da exposição prolongada a agrotóxicos podem e devem ultrapassar a abordagem quantitativa, necessitando também considerar a narrativa dos indivíduos envolvidos no processo de trabalho agrícola. Os estudos qualitativos são importantes para auxiliar a descoberta de novos elementos sobre o problema levantado, que, muitas vezes, ficam invisibilizados em determinados tipos de desenhos de pesquisa, pouco contribuindo para o debate sobre o uso de agrotóxicos no País e para a formulação de políticas públicas<sup>10</sup>.

Assim, o objetivo da pesquisa foi investigar, a partir da história laboral de portadores da DP acompanhados no ambulatório de neurologia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Huop), a ocorrência e as condições da exposição a agrotóxicos, bem como a percepção da relação da exposição com o adoecimento.

## Material e métodos

Pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvida com pacientes com DP e/ou familiares atendidos no ambulatório de neurologia do Huop.

A partir de pesquisa nos prontuários do referido serviço, foram identificados 48 usuários

diagnosticados com DP, dos quais 32 (66,66%) foram incluídos no estudo por atender aos critérios de inclusão, ou seja, ter diagnóstico de DP realizado por neurologista; ser maior de 18 anos, ter frequentado o serviço, pelo menos uma vez, nos últimos 5 anos e aceitar fazer parte da pesquisa.

A coleta de informações foi realizada de março a maio de 2018 por meio de Entrevista Telefônica Assistida por Computador (Etac) a partir de um formulário baseado no Protocolo de Avaliação das Intoxicações Crônicas por Agrotóxicos<sup>22</sup>, sendo adaptado para a DP; validado por cinco juízes com conhecimentos na área dessa doença ou de agrotóxicos; e realizado teste-piloto para ajustes finais. A entrevista foi realizada com os que aceitaram participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi substituído por consentimento verbal, cuja concordância se deu por meio de gravação após apresentação dos objetivos da pesquisa e leitura do termo. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e utilizadas para complementar os dados quantitativos. Cada entrevistado foi identificado pela letra E, seguido de um número a partir da digitação no banco dados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) sob parecer n. 2.414.998 de 2017, e foram respeitados os aspectos éticos conforme Resolução nº 466/2012 CNS<sup>23</sup>.

## Resultados e discussão

Entre os participantes, 50% (16) eram do gênero masculino, sendo 87,48% (28) com mais de 60 anos; 81,24% (26) estavam aposentados, 87,48% (28) residiam em área urbana; 43,74% (14) possuíam menos de 4 anos de estudo e 9,39% (03) afirmaram ser analfabetos.

Santana et al.<sup>24</sup> relataram em seu estudo com agricultores que 55,3% tinham um baixo nível de escolaridade e que 24,5% eram analfabetos, sendo que 64% faziam uso de agrotóxicos. O

baixo nível de escolaridade pode dificultar a leitura e o entendimento sobre os efeitos nocivos dos agrotóxicos, porém não pode ser considerado como fator isolado para o seu uso incorreto.

Ao serem questionados sobre a leitura do rótulo da embalagem dos agrotóxicos, entre os participantes que tiveram contato direto, apenas um afirmou que sempre lia os rótulos. Os demais não sabiam ler ou aprenderam com familiares como utilizar o produto, um afirmou que sequer sabia se tinha rótulo *“Mas eu nem lembro se tinha rótulo... depois de um tempo começou vir outros... é... diziam que era veneno, mas daí já tinha se envenenado”* (E15).

Ao serem questionados sobre as possíveis causas para o desenvolvimento da DP, a maioria (59,35%) não soube identificar nenhum aspecto e/ou determinante para a DP, como expresso na fala de um entrevistado *“[...] não faço nem ideia. Assim, na verdade eu também nem cheguei a perguntar para o médico o que que causa essa doença do Parkinson né”* (E5).

Sete entrevistados afirmaram acreditar que aspectos emocionais, como nervosismo (E23), estresse (E30) ou mesmo alcoolismo estariam relacionados com as possíveis causas da doença: *“Ele era alcoolista, olha pelo que eu li, a gente, é uma possibilidade, embora eu não sei as causas que pode ocorrer o Parkinson”* (E17).

Na literatura, o risco para a DP está associado a fatores como: exposição a agrotóxicos, consumo de produtos lácteos, história de melanoma e lesão traumática no cérebro<sup>25</sup>.

O trabalho rural foi citado por um entrevistado como possível causador:

*A mãe foi muito esforçada na roça, foi muito judiada na roça né? A mãe fazia todos os trabalhos pesados, até grávida, ia na roça com nós! Grávida de nós e ela ia trabalhar na roça!* (E7).

Pelo menos dois entrevistados associaram a DP à exposição a agrotóxicos, um como suspeita:

*[...] a gente por ser criança e adolescente pode ter tido algum contato, mas assim trabalhar com ele,*

*lidar direto com o veneno não. A gente sentia o cheiro, mas era normal, não tinha como evitar.* (E10).

E outro de forma mais direta:

*... andei trabalhando com veneno agrícola um certo tempo [...] sim hoje falam que tem gente que trabalhou muito tempo com inseticida e contraiu Parkinson.* (E15).

Dardiotis et al.<sup>26</sup>, por meio de uma revisão de literatura, evidenciaram vários estudos que investigaram a associação entre fatores genéticos, exposição a agrotóxicos e o surgimento da DP. Foram encontrados resultados em que a perda neuronal pode predispor ao desenvolvimento da doença, assim, é importante considerar essas interações para compreender melhor o mecanismo patogênico da DP. Estudos conduzidos por Fitzmaurice et al.<sup>27</sup> revelaram que a exposição ambiental ao agrotóxico benomil, fungicida usado no Brasil, interfere na atividade metabólica da enzima Aldeído Desidrogenase (ALDH); e como resultado, a toxina Dopal (3-4-Dihidroxifenilacetaldéido), naturalmente produzida pelo cérebro, acumula-se e causa danos aos neurônios dopaminérgicos, o que aumenta os riscos da DP. Os autores discutem ainda que mesmo com o envolvimento genético da DP, os fatores ambientais são relevantes na sua origem.

Pavlou e Outeiro<sup>28</sup> afirmam que a modulação epigenética da expressão gênica por fatores ambientais, que provocam mudanças na expressão ou função gênica sem alterações na sequência do DNA (Ácido Desoxirribonucleico), está surgindo como um mecanismo importante na DP. Concluem que a DP pode ser causada pela combinação de mutações genéticas, toxinas ambientais e disfunção mitocondrial, e a modificação epigenética atua como mediadora entre exposição ambiental e genes, contribuindo para a neurodegeneração relacionada com a DP.

Em relação à atividade laboral exercida pelos sujeitos da pesquisa durante a vida, 78,11% (25) trabalharam na agricultura e

residiram na área rural por um tempo médio de 11 anos a 30 anos, em vários estados da federação (Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo). Três participantes residiram a vida toda na área rural:

*Olha, ele sempre trabalhou na agricultura né. Sempre fez parte da agricultura. Desde criança. Ainda depois que se aposentou ele continuou trabalhando. (E5).*

Algumas mulheres afirmaram ter trabalhado na lavoura e nos cuidados domésticos a vida toda (E7, E8, E9).

Revisão realizada por Mostafalou e Abdollahi<sup>29</sup> sobre a exposição humana a agrotóxicos e sua toxicidade, com análise de riscos para desenvolver a DP, encontrou que a exposição laboral a agrotóxicos aumenta o risco de desenvolver a doença de 1,3 vez a 5,6 vezes.

Entre os participantes, 74,98% (24) afirmaram ter contato direto ou indireto com agrotóxico. A fala que segue expõe uma rotina de exposição muito comum no campo até os dias atuais:

*Trabalhou no meio de agrotóxico! Até eu me intoxiquei com isso, o pai passou veneno no algodão e botou nós pra trabalhar no meio, eu fui parar no hospital! [...] Ele [o pai] aplicava o veneno e a gente já estava ali na roça, né? O algodão ia muito veneno! Você acredita que até hoje ele aplica veneno, e não pode né? Porque ele já teve câncer na boca, e ainda ele passa perto de casa [...] e o cheiro vem tudo dentro de casa! (E7).*

Dados obtidos em região agrícola nos EUA revelaram que a exposição por longo tempo, desde a infância, aumenta de quatro vezes a seis vezes o risco de desenvolver a DP na vida adulta<sup>30</sup>.

Estudo realizado na França – incluindo homens trabalhadores agrícolas com casos de DP clinicamente identificadas –, que utilizou questionário ocupacional com indicadores como duração, exposição cumulativa e

intensidade, encontrou que a exposição de alta intensidade a agrotóxicos foi positivamente associada à DP, como também a exposição aos agrotóxicos em fazendas especializadas em vinhedos foi associada à DP<sup>31</sup>.

A utilização dos agrotóxicos, para eliminação de vetores como o da malária, nos serviços públicos ainda é uma prática comum no Brasil, expondo ao produto tanto a população no geral quanto os agentes que aplicam

*[...] ela morou muitos anos em Rondônia e lá na época que ela entrou lá, tinha muita malária, então a Sucam [Superintendência de Campanhas de Saúde Pública] passava assim a cada 15/20 dias, um mês, borrifando tudo. As casas, as fazendas, tudo [...] nas paredes das casas era meio 'branquicenta' de tanto passar aquilo [...] os meninos que trabalhavam na Sucam carregavam aquele tambor nas costas, não era como hoje que tem o caminhão, era tudo manual. (E16).*

O DDT (Diclorodifeniltricloroetano) é um tipo de inseticida organoclorado que foi amplamente utilizado no Brasil nas campanhas sanitárias para o combate do mosquito do gênero *Anopheles*, transmissor da malária. A aplicação do agrotóxico ocorria dentro dos domicílios para acabar com focos de transmissão da doença. Por se tratar de um organoclorado neurotóxico agudo e crônico para o homem, pode ocasionar mudanças de comportamento e distúrbios de equilíbrio<sup>32</sup>.

O uso desse agrotóxico nas lavouras foi banido em 1985; e em 1998, foi proibido para o uso nas campanhas sanitárias. Contudo, apenas em 2009, com a Lei nº 11.936, de 14 de maio de 2009, sua comercialização para qualquer fim foi proibida no País<sup>33,34</sup>.

Alguns participantes relataram a exposição ambiental, pela percepção do cheiro que ficava no ar após a aplicação do agrotóxico.

*[...] a gente sentia o cheiro, mas era normal, não tinha como evitar [...]. (E10).*

*[...] teve uma época que ele arrendou bastante,*

*mas como ele tinha uma casinha bem lá no meio para ficar cuidando de tudo né, então ele ficava perto, ele ficava o dia todo nessa casa. (E14).*

*[...] a casa ficava no meio da roça, daí a gente sentia o cheiro né? Aquele cheiro de longe, por mais que fechava as portas e as janelas vinha aquele cheiro ainda [...]. (E27).*

Costello et al.<sup>30</sup> concluíram que a aplicação de dois tipos de agrotóxicos (maneb e paraquat), em uma distância de 500 metros de residências na Califórnia, aumentou exponencialmente o risco de desenvolver a DP, demonstrando os efeitos da exposição indireta ao agrotóxico.

A relação de atividades desenvolvidas na agricultura e o Parkinson foi objeto de estudo na França, no qual foi possível observar que a incidência da doença aumentou com a maior proporção de terras que eram dedicadas à agricultura, destacando-se a produção de vinhas. Essa associação também foi confirmada em indivíduos não agricultores, mas que moravam em áreas rurais<sup>35</sup>. Da mesma forma, estudos conduzidos por neurologistas da Universidade da Califórnia, Los Angeles, EUA, apresentaram evidências da associação entre DP e agrotóxicos, que expõem não somente o trabalhador rural como também trabalhadores e indivíduos nas proximidades das áreas agrícolas ou que inalaram suas partículas da deriva<sup>36</sup>.

Entre os participantes que afirmaram ter contato com o agrotóxico, de forma direta ou indireta, a maneira de aplicação do produto mais relatada foi a utilização de pulverizador costal por 45,84% (11) dos sujeitos.

*Ele aplicava com aquelas maquininhas manuais, que coloca nas costas, daí no algodão ia um veneno em pó também [...] ele aplicava naquela máquina e subia aquela fumaceira... daí ele passava e aquilo ficava no ar. (E7).*

A preocupação com a saúde devido à aplicação de agrotóxico por meio da pulverização foi relatada no estudo de Conceição et al.<sup>37</sup>.

Os agricultores que manipulavam o produto disseram que, com a pulverização, ficavam mais expostos; e a direção do vento também tornava maior a exposição e o contato com o agrotóxico.

É importante também destacar a contaminação ambiental pela pulverização, a dispersão de agrotóxicos pelo vento ou água no meio ambiente, ou seja, a 'deriva técnica'. O agrotóxico não atinge somente a lavoura na qual foi aplicado, pois também acaba sendo disseminado pelo ar e o seu entorno com pelo menos 30% do produto, podendo ultrapassar até 70%, mesmo seguindo todas as orientações e normas técnicas de aplicação. Isso indica que não existe a utilização de agrotóxicos sem contaminar o ambiente, como também sem afetar a saúde dos trabalhadores ou moradores da área rural<sup>38</sup>.

No que se refere ao uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI), dos indivíduos que relataram contato direto na aplicação do agrotóxico, 75% (9) disseram não usar nenhuma peça do EPI.

*O veneno vinha em pó, a gente pegava em um balde e ia jogando ele com a mão, direto com a mão. Passava sem máscara, sem nada, sem luva, sem nenhuma proteção, sem nenhuma orientação, era veneno e veneno, e... diziam que não era perigoso. (E15).*

No caso desses indivíduos, em sua grande maioria, o contato com os agrotóxicos ocorreu nas décadas de 1970 e 1980, quando a regulamentação praticamente não existia. A Norma Regulamentadora (NR) 6, primeira que trata do uso de EPI, ocorreu em 1978, o que dificultava o acesso às informações e às recomendações do seu uso<sup>39</sup>.

No entanto, a recomendação do emprego de EPI, na maioria das vezes, é ineficaz, tanto por não utilizar todos os itens necessários para a atividade laboral em questão como pela opção de não usar, dado o desconforto que os equipamentos causam, como excesso de calor, atrapalhando o processo de trabalho. Também já se sabe que os EPI não protegem totalmente o trabalhador, podendo muitas vezes virar meio de contaminação<sup>37,40,41</sup>.

Nenhuma participante, que também muitas vezes já estavam expostas devido a atividades na lavoura e contaminação ambiental, relatou o uso de EPI para a lavagem de roupas utilizadas na aplicação do agrotóxico. Essa atividade é considerada uma ação de contato direto de exposição ao agrotóxico pela NR 31<sup>42</sup>.

Abreu e Alonzo<sup>43</sup> apontam em sua revisão sobre o trabalho rural e riscos à saúde que, muitas vezes, as roupas que foram usadas na aplicação dos agrotóxicos são manipuladas no mesmo tanque que outras roupas dos indivíduos da família; ou até mesmo feita, nesse local, a higienização dos equipamentos utilizados para aplicação do agrotóxico.

Os participantes relataram que, no contato indireto com o agrotóxico, em grande parte dos casos, a aplicação do produto era realizada pelos pais ou pelos cônjuges, sendo que estes, em vários relatos, não faziam a leitura dos rótulos das embalagens, pois aprendiam a utilizar com outros familiares ou vizinhos

*[...] eu lembro assim que ele perguntava né, os vizinhos também falavam: estou passando isso, rende tantos litros o vidrinho. Informação assim de vizinhos, lá onde comprava também, na veterinária assim, mas ele não era de ler rótulo não.* (E16).

No estudo de Santana et al.<sup>24</sup>, os agricultores que afirmaram trabalhar com agrotóxicos relataram que as informações sobre o uso do produto, em 44,2%, eram obtidas por meio dos vizinhos, como também por meio de televisão e rádio. Uma parcela disse que recebeu orientações de profissionais, porém, 18,6% nunca tiveram nenhum tipo de informação de como utilizar corretamente o agrotóxico.

Alguns entrevistados relataram o plantio de fumo, cultura que usa bastante agrotóxicos, como forma de sustento da família (E7, E16, E18, E30). “[...] lá no município que a gente morava pra gente conseguir dinheiro era fumo. É que nem hoje a soja, naquela época lá era o fumo” (E18). O uso de agrotóxico nas fumi-culturas é intenso; e, em geral, o trabalho é realizado manualmente.

*[...] trabalhava com fumo daí eles falavam que tinha que botar veneno senão enchia de bicho lá, e como era de estufa tem que selecionar folha por folha para botar secar no galpão. Então eles manuseavam esse fumo quando tirava da roça, tinha que secar assim na sombra, tinham contato o dia inteiro com isso.* (E16).

*[...] tinha contato com o veneno, porque a gente plantava fumo. [...] A gente lá plantava tudo que comia. Mas o veneno era só no fumo que a gente vendia para fazer dinheiro. Naquela época a gente não precisava passar veneno [nos alimentos]. Só no fumo porque os bichinhos roíam.* (E18).

Estudo de Murakami et al.<sup>44</sup> com fumicultores em pequenas propriedades rurais no Paraná demonstra a baixa escolaridade e a precariedade de saneamento e saúde, além da alta exposição a agentes tóxicos causando alterações psiquiátricas, perda auditiva e polineuropatia tardia induzida por organofosforados.

A região Sul reúne maior concentração da produção de fumo do País, sendo cultivado geralmente por famílias em pequenas propriedades rurais<sup>45</sup>. O cultivo do fumo, segundo Pignati et al.<sup>46</sup>, teve a maior quantidade de agrotóxicos utilizados por hectares no Brasil nos últimos anos.

Atualmente, como alternativa para corrigir os efeitos danosos ao ecossistema do modelo de agricultura convencional, tem sido proposto o modelo de agroecologia como forma de reduzir os impactos ambientais e de gerar novas formas de desenvolvimento rural sustentável. Busca a interação de conhecimentos, técnicas e práticas respeitando as condições ecológicas, econômicas, técnicas e culturais de cada região e população. Por meio deste, pode-se criar um equilíbrio ecológico em todo o mundo garantindo a segurança alimentar. Ao primar pela biodiversidade, a agroecologia mantém um equilíbrio ecológico global, garantindo a segurança alimentar<sup>47,48</sup>.

Devido ao longo período passado entre a exposição aos agrotóxicos e o momento da entrevista, muitos participantes não lembravam

o nome dos agrotóxicos utilizados, caracterizando um viés de memória.

É importante ressaltar que, como a DP tem um início tardio, os agrotóxicos que tiveram intensa utilização no passado podem não ser mais utilizados e comercializados hoje em dia, sendo importante a realização de estudos adicionais com agrotóxicos mais recentes<sup>20</sup>.

Considera-se relevante avaliar as populações rurais expostas a agrotóxicos no que se refere ao diagnóstico de DP, uma vez que este acontece anos após os primeiros sintomas da doença, sendo de grande valia estudos sobre fatores de riscos ambientais. Assim, a exposição a agrotóxicos em baixas dosagens por longos períodos deve se constituir em alerta para os serviços de saúde e para a sociedade, visando reduzir as consequências para as futuras gerações.

## Conclusões

A maioria dos entrevistados com diagnóstico de DP teve alguma atividade laboral na agricultura durante a vida; morou na área rural em média entre 11 anos e 30 anos, teve contato com agrotóxicos, quer seja no preparo e aplicação ou mesmo na lavagem de roupas contaminadas.

Merece destaque o pouco conhecimento da toxicidade do produto bem como o manuseio incorreto e a pouca adesão ao uso de EPI, devido à maioria dos indivíduos ser idosa e, na época do contato com o agrotóxico, não ter acesso a informações. Identificou-se também a baixa percepção referente à associação da

DP com a exposição a agrotóxicos, apesar de grande parte dos entrevistados referir exposição prolongada a vários tipos de agrotóxicos e do fato de, há alguns anos, essa relação ter sido reconhecida em países europeus.

Assim, sabendo que a associação dos fatores genéticos e ambientais pode desencadear a DP, e que o aparecimento dos sintomas ocorre tardiamente após a origem dessa doença, é de extrema importância realizar estudos para avaliar os fatores ambientais, em especial na população rural.

De tal modo, investigações adicionais sobre esse fator de risco por meio da interação de várias áreas de conhecimento nos contextos socioculturais, político-econômicos e ambientais, e com outras possibilidades metodológicas, contribuirão para a reflexão e para a implementação de práticas de prevenção da DP nas futuras gerações, com ações avaliativas e controle dos efeitos nocivos dos agrotóxicos.

Dessa forma, as produções científicas podem fornecer dados relevantes para chamar a atenção dos gestores e profissionais do SUS para a temática visando promover novas práticas e políticas de saúde.

## Colaboradores

Vasconcellos PRO (0000-0003-0984-1458)\* e Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)\* contribuíram em todas as etapas deste estudo. Machineski GG (0000-0002-8084-921X)\* e Costa RM (0000-0002-5344-5076)\* contribuíram na correção e elaboração final do estudo. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Mazoyer M, Roudart L. Histórias das agriculturas no mundo: do neolítico à crise contemporânea [internet]. São Paulo: Unesp; Nead; 2010. [acesso em 2017 jun 13]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pgdr/publicacoes/producaotextual/lovois-de-andrade-miguel-1/mazoyer-m-roudart-l-historia-das-agriculturas-no-mundo-do-neolitico-a-crise-contemporanea-brasil-neaad-mda-sao-paulo-editora-unesp-2010-568-p-i-l>.
- Agra NG, Santos RF. Agricultura brasileira: situação atual e perspectivas de desenvolvimento [internet]. In: Anais do XXXIX Congresso da Sociedade Brasileira de Economia e Sociologia Rural; 2001 Ago 5-8; Recife. Recife: Mar Hotel; 2001. p. 1-9. [acesso em 2018 jul 9]. Disponível em: [http://www.gp.usp.br/files/denru\\_agribrasil.pdf](http://www.gp.usp.br/files/denru_agribrasil.pdf).
- Souza GS, Costa LCA, Maciel AC, et al. Presença de agrotóxicos na atmosfera e risco à saúde humana: uma discussão para a Vigilância em Saúde Ambiental. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(10):3269-3280.
- Carneiro FF, Pignati W, Rigotto RM, et al., organizadores. Dossiê ABRASCO – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Parte 1 - Agrotóxicos, Segurança Alimentar e Nutricional e Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2012.
- Veiga MM, Silva DM, Veiga LBE, et al. Análise da contaminação dos sistemas hídricos por agrotóxicos numa pequena comunidade rural do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(11):2391-2399.
- Organização Pan-americana da Saúde; Organização Mundial de Saúde. Manual de Vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília, DF: OPAS; OMS; 1996. [acesso em 2017 abr 13]. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro2.pdf>.
- Peres F, Moreira JC. Agrotóxicos, saúde e ambiente: uma introdução ao tema. É veneno ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 21-41. [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sg3mt/pdf/peres-9788575413173.pdf>.
- Rigotto RM, Aguiar ACP. Invisibilidade ou invisibilização dos efeitos crônicos dos agrotóxicos à saúde? Desafios à ciência e às políticas públicas. In: Nogueira RP, Santana JP, Rodrigues VA, et al., organizadores. Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises 2. Brasília, DF: UnB; ObservaRH; Nesp; Fiocruz; Nethis; 2015. p. 47-90.
- Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: Expressão Popular; 2015.
- Porto MF, Soares WL. Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: um panorama da realidade agrícola brasileira e propostas para uma agenda de pesquisa inovadora. *Rev. bras. saúde ocup.* 2012; 37(125):17-50.
- Lopes CVA, Albuquerque GSC. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. *Saúde debate.* 2018; 42(117):518-534.
- Parkinson J. An Essay on the Shaking Palsy. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002; 14(2):223-236.
- Goldman L, Ausiello D. Cecil Medicina. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. v. 2, Traduzido.
- Luz KPS, Coronado VMMO. A Doença de Parkinson na Pessoa Idosa e a Relação com sua Qualidade de Vida. *Id on Line Rev. Psic.* 2017; 11(35):116-136.
- Pivetta M. A fraqueza das células-tronco. *Pesquisa Fapesp.* 2011; (183):18-21.
- Rugbjerg K, Harris MA, Shen H, et al. Pesticide exposure and risk of Parkinson's disease – a population-based case-control study evaluating the potential for recall bias. *Scand. j. work environ. health.* 2011; 37(5):427-436.



17. Tüchsen F, Astrup JA. Agricultural work and the risk of Parkinson's disease in Denmark, 1981-1993. *Scand. j. work environ. health.* 2000; 26(4):359-362.
18. Liew Z, Wang A, Bronstein J, et al. Job Exposure Matrix (JEM) derived estimates of life-time occupational pesticide exposure and the risk of Parkinson's Disease. *Arch. environ. occup. health.* 2014; 69(4):241-251.
19. França. Decreto nº 2012-665, de 4 de maio de 2012 [internet]. Revê e complementa as tabelas de doenças ocupacionais na agricultura anexadas ao livro VII do código da pesca rural e marítima. *Jornal Oficial da República Francesa.* 2012 Maio 4. [acesso em 2017 set 3]. Disponível em: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F02B64383C21B5FF75E0565AE7309CB6.tpdjo17v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000025804441&cat](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F02B64383C21B5FF75E0565AE7309CB6.tpdjo17v_1?cidTexte=JORFTEXT000025804441&categorieLien=id)
20. Elbaz A, Moisan F. The scientific bases to consider Parkinson's disease an occupational disease in agriculture professionals exposed to pesticides in France. *J. epidemiol. community health.* 2016; (70):319-321.
21. Dutra LS, Ferreira AP. Associação entre malformações congênitas e a utilização de agrotóxicos em monoculturas no Paraná, Brasil. *Saúde debate.* 2017; 41(esp2):241-253.
22. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. Protocolo de avaliação das intoxicações crônicas por agrotóxicos. Curitiba: SESP; 2013. [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CEST/Protocolo\\_AvaliacaoIntoxicacaoAgrotoxicos.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CEST/Protocolo_AvaliacaoIntoxicacaoAgrotoxicos.pdf).
23. Brasil. Ministério da saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012 [internet]. incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. *Diário Oficial da União.* 13 Dez 2012. [acesso em 2018 ago 18]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
24. Santana CM, Costa AR, Nunes RMP, et al. Exposição ocupacional de trabalhadores rurais a agrotóxicos. *Cad. Saúde Colet.* 2016; 24(3):301-307.
25. Campdelacreu J. Parkinson's disease and Alzheimer disease: environmental risk factors. *Neurologia.* 2014; 29(9):541-549.
26. Dardiotis E, Xiromerisiou G, Hadjichristodoulou C, et al. The interplay between environmental and genetic factors in Parkinson's disease susceptibility: The evidence for pesticides. *Toxicology.* 2013; (307):17-23.
27. Fitzmaurice AG, Rhodes SL, Lulla A, et al. Aldehyde dehydrogenase inhibition as a pathogenic mechanism in Parkinson disease. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2013; 110(2):636-641.
28. Pavlou MAS, Outeiro TF. Epigenetics in Parkinson's Disease. *Adv. exp. med. biol.* 2017; (918):363-390.
29. Mostafalou S, Abdollahi M. Pesticides: an update of human exposure and toxicity. *Arch. toxicol.* 2017; 91(2):549-599.
30. Costello S, Cockburn M, Bronstein J, et al. Parkinson's Disease and Residential Exposure to Maneb and Paraquat From Agricultural Applications in the Central Valley of California. *Am. j. epidemiol.* 2009; 169(8):919-926.
31. Moisan F, Spinosi J, Delabre L, et al. Association of Parkinson's Disease and Its Subtypes with Agricultural Pesticide Exposures in Men: A Case - Control Study in France. *Environ. health perspect.* 2015; 123(11):1123-1129.
32. D'amato C, Torres JPM, Malm O. DDT (dicloro difenil tricloroetano): toxicidade e contaminação ambiental- uma revisão. *Qim. nova.* 2002; 25(6):995-1002.
33. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saú-

- de Pública Sergio Arouca. Lei suspende uso do DDT no Brasil. 26 Maio 2009. [acesso em 2018 out 10]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/4009>.
34. Brasil. Lei nº 11.936 de 14 de maio de 2009 [internet]. Proíbe a fabricação, a importação, a exportação, a manutenção em estoque, a comercialização e o uso de diclorodifeniltricloreto (DDT) e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Maio 2009. [acesso em 2018 out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L11936.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11936.htm).
  35. Kab S, Spinosi J, Chaperon L, et al. Agricultural activities and the incidence of Parkinson's disease in the general French population. *Eur. j. epidemiol.* 2017; 32(3):203-216.
  36. Wang A, Costello S, Cockburn M, et al. Parkinson's disease risk from ambient exposure to pesticides. *Eur. j. epidemiol.* 2011; 26(7):547-555.
  37. Conceição MH, Jonas MF, Albuquerque OMR. Relatos da percepção do agricultor de Brazlândia-DF sobre o uso de agrotóxicos. *Participação.* 2015; (29):55-63.
  38. Londres F. Agrotóxicos no Brasil um guia para ação em defesa da vida. Rio de Janeiro: AS-PTA – Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa; 2011.
  39. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 06-equipamento de proteção individual, 1978. [acesso em 2018 set 1]. Disponível em: [https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos\\_SST/SST\\_NR/NR-06.pdf](https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-06.pdf).
  40. Veiga MM, Duarte FJCM, Meirelles LA, et al. A contaminação por agrotóxicos e os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). *Rev. bras. saúde ocup.* 2007; 32(116):57-68.
  41. Meirelles LA, Veiga MM, Duarte F. A contaminação por agrotóxicos e o uso de EPI: análise de aspectos legais e de projeto. *Laboreal.* 2016; 12(2):75-82.
  42. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 86 de 03 de março de 2005. NR 31 - segurança e saúde no trabalho na agricultura, pecuária silvicultura, exploração florestal e aquicultura. Diário Oficial da União. 4 Mar 2005.
  43. Abreu PHB, Alonzo HGA. Trabalho rural e riscos à saúde: uma revisão sobre o “uso seguro” de agrotóxicos no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(10):4197-4208.
  44. Murakami Y, Pinto NF, Albuquerque GSC, et al. Intoxicação crônica por agrotóxicos em fumicultores. *Saúde debate.* 2017; 41(113):563-576.
  45. Biolchi MA, Bonato AA, Oliveira MA. A cadeia produtiva do fumo. *Contexto Rural.* 2003; 3(4):5-55.
  46. Pignati WA, Lima FANS, De Lara SS, et al. Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a Vigilância em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(10):3281-3293.
  47. Czymmeck A. Agroecologia – manejo de “pragas” e doenças. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2010. v. 6.
  48. Leff E. Agroecologia e saber ambiental. *Agroecol. e Desenv. Rur. Susten.* 2002; 3(1):36-51.

---

Recebido em 21/04/2019  
Aprovado em 01/10/2019  
Conflito de interesse: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Medicina Integrativa: um parecer situacional a partir da percepção de médicos no Sul do Brasil

*Integrative Medicine: situational assessment through medical perception in the South of Brazil*

Maria Luiza Amaral Kracik<sup>1</sup>, Pablo Michel Barcelos Pereira<sup>1</sup>, Betine Pinto Moehlecke Iser<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912309

**RESUMO** O estudo teve por objetivo identificar o interesse, a concordância e o conhecimento dos médicos atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Tubarão (SC) em relação às práticas da Medicina Integrativa e sua política nacional de inclusão ao sistema de saúde. Foi realizado estudo transversal, em amostra do tipo censo, composta por um total de 230 profissionais. A maioria dos médicos investigados referiu desconhecer a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (85,5%) e negou possuir interesse pelas suas modalidades terapêuticas (53,3%). Ainda assim, um número significativo deles referiu querer conhecer mais sobre as práticas (43%) e concordar com a inclusão delas no SUS (80,2%), sendo que 48,8% concordam somente com a inclusão de algumas práticas. O uso próprio ou de familiares influenciou no conhecimento e, com isso, na recomendação de uso aos pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE** Medicina Integrativa. Médicos. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *The study aimed to identify the interest, agreement and knowledge of the doctors working in the Unified Health System (SUS) in the city of Tubarão (SC) regarding the practices of Integrative Medicine and their national policy of inclusion in the health system. A cross-sectional study was conducted on a census-type sample composed of a total of 230 professionals. Most investigated doctors reported not knowing the national policy of integrative and complementary practices (85.5%) and denied having interest in their therapeutic modalities (53.3%). Even so, a significant number of them reported wanting to know more about the practices (43%) and agreeing to include them in the SUS (80.2%), and 48.8% agree only with the inclusion of some practices. The use of one's own or family members influenced the knowledge and, therefore, the recommendation of use to the patients.*

**KEYWORDS** *Integrative medicine. Doctors. Unified Health System.*

<sup>1</sup>Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) - Tubarão (SC), Brasil.  
betinee@gmail.com



## Introdução

Com o advento da crise na economia e na saúde pública, desde o início do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS) optou por utilizar os recursos da medicina tradicional e da cultura popular<sup>1</sup>. Essa foi uma das propostas lançadas na Conferência de Alma-Ata para confrontar a falta de cobertura básica de saúde, pois tais práticas já eram utilizadas em diferentes culturas respeitando suas peculiaridades<sup>2,3</sup>.

Nos últimos anos, houve um incremento da procura por formas de cuidado com a saúde diferente dos padrões convencionais, buscando uma abordagem de cuidar do sujeito de forma integral (corpo, mente e espírito)<sup>3</sup>. Em consequência, o crescimento vertical da sua oferta e uso tem estimulado discussões acadêmicas em torno da utilização segura e eficaz dessas modalidades terapêuticas<sup>4</sup>.

A Medicina Integrativa (MI), segundo alguns autores<sup>5,6</sup> veio para preencher a lacuna da saúde tradicional, podendo ser descrita como o conjunto de práticas em saúde que combina técnicas não alopáticas à medicina moderna, a qual se sustenta em quatro pilares: 1) tratamento do indivíduo como um todo, e não de maneira cartesiana; 2) relação não hierárquica e interdisciplinar com a Medicina Alopática Convencional (MAC); 3) abordagem multidisciplinar e construção de consensos; 4) cuidado com efetividade e custo acessível<sup>3-7</sup>.

Identifica-se dentro da MI uma diversidade de práticas, algumas delas são: medicina antroposófica, termalismo, naturopatia, aromaterapia, fitoterapia, shiatsu, Lian gong, chás, reflexologia, osteopatia, massoterapia, ioga, meditação, oração, xantala, quiropraxia, ayurveda, tai chi, Reik, entre outras, como a homeopatia e a acupuntura, que são regulamentadas como especialidades médicas no Brasil<sup>2-10</sup>.

No século XX, um terço da população dos Estados Unidos referia usufruir de, pelo menos, uma dessas modalidades terapêuticas supracitadas, e estima-se que atualmente essa razão tenha aumentado consideravelmente<sup>11-14</sup>. De fato, nos últimos 25 anos, o seu uso aumentou em países ocidentais, principalmente entre os industrializados<sup>5,11</sup>.

O reconhecimento dessas práticas no Brasil, com o aumento da demanda por esses serviços, motivou a implementação, em 2006, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que normatizou e regularizou a prática da MI no País<sup>5</sup>.

Devido à descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), e consequente autonomia estadual e municipal do sistema, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) já eram ofertadas antes mesmo da inserção oficial da PNPIC no País, pois, desde a década de 1970, a OMS incentivava sua prática mundialmente<sup>3-15</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde (MS):

[...] em 2017, 8.200 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertaram alguma das PICS, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos. Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais. Em 2016, foram registradas oferta em PICS em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas<sup>5(10)</sup>.

Entretanto, a dificuldade da sua conceitualização e normatização fornecem diferentes significâncias e interpretações para essa modalidade de medicina, até mesmo diferentemente nomeada, como complementar, alternativa, integrativa, popular<sup>2-9</sup>, fazendo com que a consistência das pesquisas nessa área permaneça diminuída<sup>15-18</sup> e reste poucas informações sobre a segurança e a eficácia de suas práticas<sup>4-7</sup>.

Essas lacunas de conhecimento sobre as PIC comprometem seu papel e uso apropriados dentro da área da saúde<sup>3-5</sup>, sendo encontradas barreiras à aceitação de tais práticas por parte da medicina alopática, regida pela filosofia da medicina baseada em evidências<sup>7</sup>. De fato, o uso das PIC em saúde parece ser subestimado por médicos, que dificilmente incluem, durante uma consulta, perguntas sobre a utilização de alguma prática não convencional<sup>13</sup>.

Apesar dessas questões, tem-se percebido

que essas práticas suscitam cada vez mais o interesse popular<sup>6,9,14,15</sup>. Com o alto custo da biomedicina, o elevado potencial da MI como promotora de saúde e geradora de bem-estar, e com o aumento das doenças crônicas<sup>12</sup>, da expectativa de vida e da procura por uma maior qualidade de vida, a MI intensifica o senso e capacidade de autocuidado<sup>1</sup>, sendo aliada fundamental na manutenção da saúde<sup>10,11,15</sup>.

Considerando que a MI está ganhando espaço entre a política de saúde no Brasil e, devido ao aumento da demanda por PIC, faz-se necessário que o profissional médico se molde a essa demanda de maneira a poder orientar seus pacientes com segurança a respeito da indicação ou contraíndicação de qualquer modalidade integrativa. Dessa forma, o presente estudo objetivou identificar o interesse, a concordância e o conhecimento dos médicos atuantes no SUS do município de Tubarão, em Santa Catarina (SC), em relação às práticas da MI e sua política nacional de inclusão ao sistema de saúde.

## Métodos

Realizou-se estudo observacional de delineamento transversal. Efetuou-se amostragem do tipo censo, a partir de uma população composta por 230 médicos atuantes no município, inferida por meio do acesso autorizado pela secretaria de saúde do município às listas que contêm o corpo clínico das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Hospital Nossa Senhora da Conceição, vinculado à universidade.

Como critério de inclusão, estabeleceu-se que os profissionais deveriam atuar no município de Tubarão e ter, obrigatoriamente, vínculos empregatícios com o SUS. Excluíram-se os médicos cuja atividade clínica não incluísse indicação terapêutica direta aos pacientes –por exemplo, radiologistas –, bem como aqueles que não foram encontrados nos locais de trabalho no período de coleta de dados em função de afastamento, férias ou licença, ou que não aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados necessários à pesquisa foram extraídos mediante o uso de um questionário baseado na pesquisa desenvolvida por Faqueti e colaboradores<sup>12-19</sup>. O instrumento foi criado e testado, pelos autores do referido projeto, e disponibilizado aos pesquisadores mediante contato prévio.

O questionário foi composto por nove questões sociodemográficas e de atuação profissional e por outras dez referentes à percepção, ao conhecimento, ao uso e interesse dos profissionais sobre a MI. A primeira questão do questionário específico buscou inferir sobre como o entrevistado percebia as PIC. Três questões buscaram apontar o conhecimento, a aceitação e a concordância com a PNPIC. Quatro questões inferiram sobre o interesse e o conhecimento sobre a oferta de PIC no município, além de uma pergunta com o intuito de identificar se o médico reconhecia o interesse dos seus pacientes/comunidade por essas práticas. O conhecimento propriamente dito sobre essas práticas foi avaliado na última questão, a qual permitiu conhecer o padrão de uso e posicionamento, em se tratando de recomendação, sobre as PIC. O instrumento foi entregue pessoalmente ao profissional médico para auto-preenchimento, podendo ele escolher o local e momento de preenchê-lo.

As variáveis independentes foram as características individuais e profissionais, e as variáveis desfecho foram o conhecimento, o interesse e a concordância/aceitação em relação às PIC e sua política nacional. O interesse foi considerado como ‘sim’, para aqueles que marcaram que gostariam de conhecer mais, gostariam de especializar-se ou realizar capacitação na área, e ‘não’ quando não tem nenhum interesse ou tem pouca curiosidade.

Da mesma maneira, a concordância foi considerada como ‘sim’ para aqueles que afirmaram que concordam plenamente ou com a inclusão de algumas práticas. O conhecimento, uso e recomendação/encaminhamento foi entendido como ‘sim’ para as respostas: eventualmente/alguma coisa, bastante/muito e sempre/é para cada prática investigada. Para as práticas mais populares, investigou-se também a relação entre o conhecimento e o uso pessoal ou familiar com a

recomendação ou prescrição dela aos pacientes.

Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa EpiInfo 3.5.4. A apresentação dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva, sendo as variáveis qualitativas expressas em proporções; e as variáveis quantitativas, em medidas de tendência central e dispersão adequadas, de acordo com a normalidade dos dados. Para verificar a associação entre as variáveis de interesse, utilizaram-se os testes Qui-quadrado de Pearson e t de Student para a comparação entre médias, ou correspondentes não paramétricos. O nível de significância preestabelecido foi de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), sob parecer nº 770.828. Em respeito à Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, foram oferecidos a todos os participantes o TCLE, sendo-lhes garantido anonimato, sigilo de informações, explanações a respeito do estudo, bem como autonomia para decidir sobre sua participação.

## Resultados

O estudo contou com a participação de 172 profissionais médicos, 74,7% da população pretendida inicialmente. Um respondente não

preencheu adequadamente o último bloco do questionário, o qual inquiria sobre o conhecimento e sobre uso pessoal das práticas integrativas, sendo excluído desta análise. Houve maior representação do sexo masculino (57,6%), com idade média de 38,9 anos ( $\pm 10,7$ ), casados ou em união estável (65,2%) e com, pelo menos, um filho (58,7%).

Em geral, os profissionais têm residência médica (75%) ou estão cursando uma (9,3%). Dentre elas, destacam-se: clínica médica (16,9%); ginecologia/obstetria (7%); pediatria (7%); cirurgia geral (5,8%) e saúde da família (4,7%). A maioria é formada há mais de 11 anos (55%), atua no Hospital Nossa Senhora da Conceição (87,2%), e exerce a profissão simultaneamente pelo serviço público e privado de saúde (84,3%). Apenas 19 médicos (11%) referiram trabalhar exclusivamente em UBS.

Predominaram entre os médicos aqueles que nunca cursaram qualquer disciplina relacionada com as práticas integrativas (75%), sendo percebidas pela maioria como complementares (70,3%). Uma parcela dos investigados acredita que elas estejam relacionadas com o efeito placebo (14%) e/ou não tenham validade científica (10,5%), devendo ser utilizadas somente se comprovadas cientificamente (47,1%) (tabela 1).

Tabela 1. Percepção geral dos médicos investigados sobre as diversas Práticas Integrativas e Complementares

Variáveis	N = 172	
	%	n
<b>Percepção<sup>1</sup></b>		
São práticas complementares	70,3	121
Só usar as comprovadas cientificamente	47,1	81
Representam diferente entendimento do processo saúde-doença	22,7	39
Representam amplo entendimento do processo saúde-doença	19,8	34
Relacionadas com o efeito placebo	14,0	24
Não têm validade científica	10,5	18
São independentes da biomedicina	10,5	18
Não têm opinião a respeito	3,5	6

Fonte: Elaboração própria.

<sup>1</sup> Permite mais de uma resposta.

A maioria dos médicos investigados referiu desconhecer a PNPIC (85,5%) e negou possuir interesse pelas suas modalidades terapêuticas (53,3%), sendo pequena a parcela dos que desejam se especializar ou se capacitar nessa área médica (3,5%). Ainda assim, um número significativo deles referiu querer conhecer mais sobre as práticas (43%) e concordar com a inclusão delas no SUS (80,2%), sendo que 48,8% concordam somente com a inclusão de algumas práticas.

O reconhecimento da necessidade da abordagem sobre MI no meio acadêmico como disciplina optativa ou obrigatória foi alto (83,7%); e, excetuando-se aqueles que acreditam que a inclusão de ofertas não deva ocorrer em nenhum nível ou exclusivamente na atenção especializada (secundária), 70,4% referiram ser a favor da oferta delas em pelo menos um nível: a atenção básica (*tabela 2*).

Tabela 2. Representação do posicionamento dos médicos ante as Práticas Integrativas e Complementares e a sua política nacional de inserção no SUS

Variável	%	n
<b>Conhecimento sobre PNPIC*</b>		
Sim	14,5	25
Não/Pouco	85,5	147
<b>Concordância com a inclusão no SUS</b>		
Sim	80,2	138
Não	19,8	34
<b>Nível de inserção no SUS</b>		
Em todos os níveis	28,5	49
Atenção primária e secundária	10,5	18
Atenção primária	31,4	54
Atenção secundária	14,5	25
Não sabe/Nenhum	15,1	26
<b>Interesse por PIC†</b>		
Sim	46,5	80
Não/Pouco	53,3	92
<b>Inclusão na graduação</b>		
Optativa	51,7	89
Obrigatória	32,0	55
Extensão ou Especialização	10,5	18
Não é necessária	5,8	10
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>172</b>

Fonte: Elaboração própria.

\*PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

†PIC: Práticas Integrativas e Complementares.

Grande parte dos médicos investigados não percebe o interesse dos seus pacientes/comunidade pelas práticas integrativas (76,7%), e a oferta delas pelo SUS no município é desconhecida por 56,4%. Outros 68,8% afirmaram não ter essa oferta em seu local de trabalho

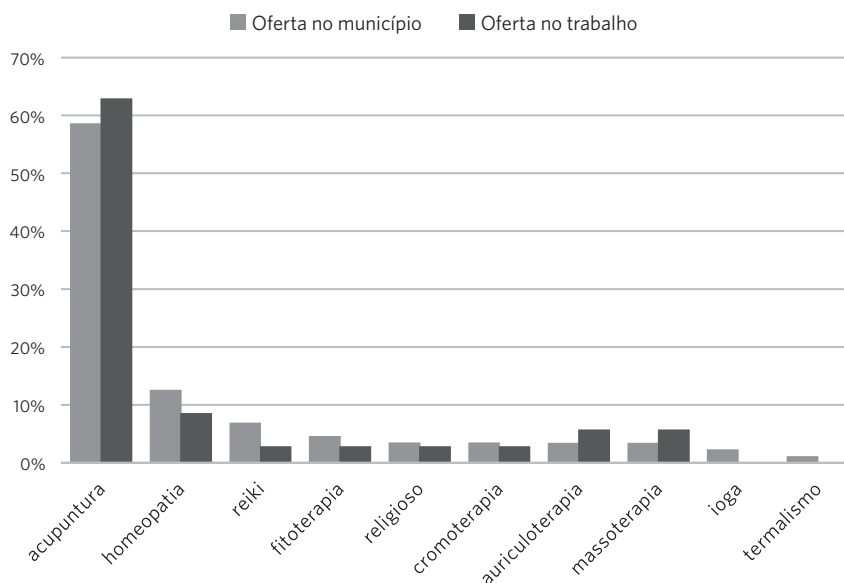
(*tabela 3*). A acupuntura (58,6%), a homeopatia (12,6%), o Reiki (6,9%) e a fitoterapia (4,6%) foram as práticas mais citadas entre aqueles que referiram a disponibilidade de ofertas pelo serviço público no município (*gráfico 1*).

Tabela 3. Conhecimento dos médicos investigados sobre a disponibilidade de ofertas de Práticas Integrativas e Complementares e do interesse comunitário por elas

Variável	%	n
<b>Existência de oferta no município</b>		
Sim	37,8	65
Não	5,8	10
Não sabe	56,4	97
<b>Existência de oferta no local de trabalho</b>		
Sim	18,0	31
Não	68,8	118
Não sabe	13,4	23
<b>Interesse da comunidade</b>		
Sim	23,3	40
Não/não sabe	76,7	132
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>172</b>

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 1. Oferta de práticas existentes no município de Tubarão (SC) e nos locais de trabalho segundo os médicos atuantes no município





De fato, a acupuntura foi a modalidade com maior nível de conhecimento (61,4%) e recomendação (43,8%), estando à frente de todas as demais práticas investigadas (tabela 4). As práticas mais utilizadas pelos

profissionais médicos ou seus familiares foram as de cunho espiritual/religioso (65,1%) e massagem (62,5%). As mais prescritas foram a fitoterapia (18,7%) e a acupuntura (16,3%).

Tabela 4. Conhecimento, uso (pessoal e/ou familiar), recomendação e prescrição das PIC referidos pelos profissionais médicos atuantes no SUS, de acordo com cada prática integrativa e complementar. Tubarão, SC, 2014

Práticas	Conhece		Usa		Recomenda		Prescreve	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Homeopatia	52	30,4	15	8,8	10	5,9	1	0,6
Acupuntura	105	61,4	62	36,3	75	43,8	28	16,3
Medicina Chinesa	6	3,5	-	-	-	-	-	-
Medicina Ayurveda	1	0,6	-	-	-	-	-	-
Medicina Antroposófica	-	-	-	-	-	-	-	-
Fitoterapia	49	28,6	43	25,2	37	21,6	32	18,7
Ervas Medicinais	16	19,4	10	5,8	7	4,1	1	0,6
Práticas corporais	52	30,4	32	18,8	29	17,0	7	4,1
Massagem	69	40,3	107	62,5	53	31,0	11	6,4
Reiki	18	10,6	14	8,2	3	1,8	-	-
Toque terapêutico	1	0,6	-	-	-	-	-	-
Espiritual/ Religioso	74	43,2	111	65,1	33	19,3	4	2,4
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100</b>	<b>171</b>	<b>100</b>	<b>171</b>	<b>100</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria.

O uso de alguma prática, seja para si ou para familiares, teve relação significativa com o ato de recomendá-la ou prescrevê-la. O uso da homeopatia influenciou positivamente para a sua recomendação ( $p=0,00008$ ), e o mesmo aconteceu para a acupuntura ( $p=0,00001$ ), para a fitoterapia ( $p=0,00001$ ), para as práticas corporais ( $p=0,00001$ ) e para a massagem ( $p=0,00001$ ).

O conhecimento sobre determinadas práticas também aumentou significativamente a frequência de recomendação delas: a homeopatia ( $p=0,001$ ), a acupuntura ( $p=0,00001$ ), a fitoterapia ( $p=0,00001$ ), as práticas corporais ( $p=0,00001$ ) e a massagem ( $p=0,00001$ ).

A abordagem ou a capacitação realizadas

na graduação ou após sua formação básica não tiveram relação com o nível de conhecimento que o profissional referiu para cada prática, tampouco com o ato de recomendar alguma modalidade, à exceção da homeopatia, única racionalidade que teve a recomendação ( $p=0,02$ ) e o conhecimento ( $p=0,05$ ) influenciados pela abordagem acadêmica.

As características pessoais – sexo, idade, estado civil, número de filhos – e profissionais – ano de formado, tempo de atuação no SUS, especialidade clínica ou cirúrgica – não apresentaram influência em relação ao conhecimento, ao uso, à recomendação e à prescrição das práticas integrativas.

## Discussão

O presente estudo contou com uma amostra diferenciada dos demais por ser composta majoritariamente por médicos atuantes em ambiente intra-hospitalar na qualidade de especialistas ou residentes. Islândia et al.<sup>20</sup>, ao analisar a oferta e a produção de atendimentos no SUS em três diferentes cidades, constatou maior concentração de práticas integrativas na atenção básica de saúde. Outros autores<sup>2,4,9</sup> apontam as UBS como porta de entrada para as PIC, e sinalizam uma associação entre a medicina da família com uma melhor percepção e afinidade pelas práticas.

Presume-se, portanto, que médicos da atenção primária nutram não apenas maior apreço pelas práticas como também tenham mais conhecimento sobre elas, provavelmente por ser um conteúdo oferecido durante a especialização na área, ainda que de forma optativa<sup>21</sup>. Contudo, no que diz respeito ao conhecimento sobre o universo da MI, evidenciou-se aqui condição contrária ao evidenciado na literatura e, portanto, ao esperado no estudo.

O desconhecimento dos médicos especialistas (que atuam majoritariamente em ambiente intra-hospitalar) mostrou-se similar ao dos médicos centrados na atenção primária (vinculados às UBS) avaliados em outras pesquisas<sup>2,4,20</sup>. Portanto, a compreensão para o desconhecimento da PNPIC e suas práticas pode estar situada em outros horizontes que não na diferença entre os níveis de atenção em saúde.

Em se tratando de avaliar o crescimento da MI e suas práticas no Brasil, deve-se ter em conta sua heterogeneidade e descentralização do sistema de saúde. Avaliando-se por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nota-se diferenças na distribuição de ofertas entre cidades, o que caracteriza pouca homogeneidade na disponibilidade delas. Neste estudo, muitos médicos desconheciam a oferta de terapias complementares no município e até mesmo em seu local de trabalho.

De fato, é amplamente evidenciada e difundida a existência de diferenças na aceitação e padrão de uso de PIC entre cidades de uma mesma Unidade da Federação. Assume-se que diferenças culturais e de disponibilidade de ofertas sejam um diferencial na familiarização da comunidade médica e não médica com a MI<sup>9,20,22</sup>.

Em estudo semelhante a este, em Florianópolis, encontraram-se profissionais com percepções mais positivas e interesses maiores dos que os demonstrados pelos médicos investigados neste estudo. Pode-se justificar esse achado pela diferença da amostra utilizada na capital de SC, centrada na atenção primária, e pelo maior número de médicos que relataram ser especialistas em medicina da família, e/ou capacitados em homeopatia ou acupuntura<sup>17,20</sup>.

Ainda que a maioria dos profissionais tenha referido desinteresse pelas PIC, existe uma parcela importante que refere querer conhecer mais sobre elas. A opinião dividida sobre as PIC é mais comumente encontrada entre os médicos se comparada às demais categorias profissionais dentro da área da saúde<sup>18,22</sup>.

Boa parte da divergência de opiniões reflete o impasse entre o MS, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Ministério de Educação e Cultura (MEC). A aplicação fitoterápica no tratamento de doenças ainda não é reconhecida pelo CFM, no entanto, existe o estímulo ao seu uso por meio da implantação de cursos de capacitação em fitoterapia pelo MEC, corroborando a inclusão dessa prática no SUS por intermédio da Portaria GM nº 971 do MS<sup>23</sup>.

Outro fator importante que fomenta a divergência de opinião sobre a MI recai sobre a formação acadêmica durante a graduação, com foco quase que puramente alopático. Somando-se a isso, a maior dependência no arsenal tecnológico por ela oferecido também contribui para a visão rígida e objetiva que divide o homem em partes, afastando-o da visão mais humana/emocional, essencial para a construção da relação médico-paciente.

No que tange ao estudo da ética médica, o avanço da biotecnologia dentro da medicina fez com que o homem se tornasse objeto da técnica criada e aperfeiçoada por ele próprio. Alguns autores<sup>2-8</sup> descrevem a relação médico-paciente como algo superior à habilidade profissional adquirida pelo médico, dizendo ser o somatório de empatia, conjunto de destreza pessoal e técnicas.

A visão e o autocuidado corporal, o senso de preservação, os valores pessoais, sociais e familiares, as crenças e as atitudes diante da vida e da morte são partes consideradas essenciais para a MI, sendo necessário ao médico ter uma visão mais complexa que ultrapasse o diagnóstico da doença para tratar o indivíduo integralmente.

Existem evidências que demonstram que pessoas que buscam terapêuticas dentro da MI buscaram primeiro auxílio na medicina alopática, não obtendo resposta satisfatória mesmo com o seu amplo arsenal de terapêuticas<sup>10,12,21</sup>.

A baixa percepção que o médico tem sobre o real interesse da comunidade pelas PIC é corroborada pelo que é descrito em literatura. Diversas situações sustentam a hipótese de que não haverá qualquer comunicação a respeito de alguma prática se o paciente não questionar sobre a adoção delas<sup>9,11</sup>.

A comunidade não se sente confortável em informar ao seu médico sobre o uso de alguma modalidade, tampouco fazer questionamentos a respeito dela, por acreditar que terá sua iniciativa criticada. Em contradição, muitas vezes o médico se queixa sobre o fato de não concordar com a adoção de PIC por serem indicadas por outros profissionais da área da saúde<sup>12,16,20</sup>.

Atualmente, devido à maior demanda que tem se apresentado pelas PIC, a aceitação dos médicos nos diversos estados brasileiros tem também aumentado, principalmente quando são práticas outorgadas pelo CFM. A acupuntura e homeopatia, consideradas especialidades médicas pelo CFM, são as práticas mais lembradas, sendo a acupuntura a mais aceita delas<sup>3,4,15,23</sup>.

As práticas corporais também são relativamente populares em outros estudos, a depender, principalmente, do município ou da região investigados. Fitoterápicos, por sua vez, são mais bem aceitos por outros profissionais da área de saúde, não sendo muito populares na prática médica. Em estudo que avaliou o uso de PIC na população brasileira, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, porém, a fitoterapia foi a prática mais frequente, embora com baixa prevalência (2,5% IC95% 2,2-2,8), seguida da acupuntura (0,6%) e da homeopatia (0,6%)<sup>24</sup>.

O estudo teve sua abrangência limitada por ser restrito a um município de médio porte, do interior do estado, e, portanto, com um número menor de profissionais vinculados ao SUS, além da pouca oferta de PIC para comparação com outras pesquisas realizadas no País, a maioria em capitais.

## Considerações finais

Em geral, o conhecimento das práticas entre os médicos atuantes no município estudado foi comparável às demais pesquisas, sendo moderado para as práticas já reconhecidas pelo CFM – principalmente para a acupuntura – e pequeno para homeopatia, práticas corporais, massagem. Foi possível verificar que o uso próprio ou de familiares influencia no conhecimento e, com isso, na recomendação de uso aos pacientes, embora nem sempre a recomendação seja realizada formalmente na forma de uma prescrição médica.

Como medidas locais, sugere-se melhorar a divulgação de ofertas em nível municipal e a própria oferta destas nos locais de trabalho. Em relação a melhorar as perspectivas das práticas integrativas dentro do território nacional, pontua-se que a medida de ampliar a disponibilidade das PIC é apenas satisfatória. A ampliação na formação acadêmica durante a graduação – assinalando alternativas terapêuticas, principalmente em afecções crônicas – é

fundamental para o avanço adequado das PIC, tanto no que tange ao conhecimento quanto na aceitação e recomendação/prescrição delas.

## Colaboradores

Kracik MLA (0000-0003-1518-6007)\* participou na concepção e delineamento do estudo, coleta e organização dos dados, análise e

interpretação destes, elaborou a primeira versão do manuscrito e aprovou sua versão final. Pereira PMB (0000-0002-9197-8623)\* contribuiu para a interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica do artigo e aprovação da sua versão final. Iser BPM (0000-0001-6061-2541)\* contribuiu para a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da sua versão final. ■

---

## Referências

1. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: WHO; 2013.
2. Monteiro MMS. Práticas integrativas e complementares no Brasil – revisão sistemática [monografia] [internet]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2012. 36 p. [acesso em 2015 mar 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28539>.
3. Otani PAM, Barros FN. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011;16(3):1801-11.
4. Sousa CMI, Hortale AV, Bodstein RCA. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(10):3403-12.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Thematic Glossary: Integrative and Complementary Health's Practices. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; 2018.
6. Strouss L, Mackley A, Guillen U, et al. Complementary and Alternative Medicine use in women during pregnancy: do their healthcare providers know? *BMC Complement Altern Med.* 2014; (14):85.
7. Koithan M, Bell IR, Niemeyer K, et al. A complex systems science perspective for whole systems of complementary and alternative medicine research. *Forsch Komplementmed* 2012; 19(supl1):7-14.
8. Peregoy JA, Clarke TC, Jones LI, et al. Regional Variation in Use of Complementary Health Approaches by U.S. Adults. *NCHS Data Brief.* 2014; (146):1-8.
9. Miranda ASM, Clara MJ. Terapêuticas não convencionais: Perspectivas dos médicos de medicina geral e familiar [dissertação] [internet]. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; 2010. 100 f. [acesso em 2015 abr 9]. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/809>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(3):1793-1800.
11. Hunt KJ, Coelho HF, Wider B, et al. Complementary and Alternative Medicine Use in England: Results from a National Survey. *Int J Clin Pract.* 2010; 64(11):1496-1502.
2. Faqueti A, Tesser CD. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(8):2621-30.
13. Sousa LA, Barros NF. Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System: progresses and challenges. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018; (26):1-2.
14. Fischer FH, Lewith G, Witt CM, et al. High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: guidelines for future research. *BMC Complement Altern Med.* 2014; (14):46.
15. Saad M, Lima TP. Medicina alternativa, complementar e integrativa: problema, dilema e desafio para o campo da saúde. *Einstein: Educ Contin Saúde.* [internet] 2010 [acesso 2015 abr 12]; 8(3Pt2):148-50. Disponível em [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1766-EC\\_V8\\_N3\\_pg148-50.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1766-EC_V8_N3_pg148-50.pdf).
16. Neto JAC, Sirimarco MT, Neto JAD, et al. Uso e compreensão da medicina alternativa e complementar pela população de Juiz de Fora. *HU Revista.* 2010; 36(4):266-76.
17. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(2):249-57.
18. Long AF. Complementary and Alternative Medicine (CAM) and the Public Health: an Innovative Healthcare Practice in Supporting and Sustaining Health and Well-Being. *Epidemiol.* 2013; 4(1):141-6.
19. Junior ET. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. Av.* [internet] 2016 [acesso em 2019 junho 10]; 30(86):99-112. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100099](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099).
20. Islândia MS, Bodstein RCA, Tesser DC, et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(11):2143-54.
21. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade [internet]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015. [acesso em 2019 fev 5]. Disponível em [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca\\_em\\_saude/006\\_materiaal\\_saude\\_curriculo\\_competencias\\_mfc.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/006_materiaal_saude_curriculo_competencias_mfc.pdf).
22. Teixeira RAG, Barros RCR, Teixeira USC, et al. Formação de professores de classe hospitalar em saúde mental como resultante de uma pesquisa-ação existencial. *Temas educ. saúde*, 2017; (13):317-34.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2015.
24. Boing AC, Ribeiro Santiago PH, Tesser CD, et al. Prevalence and associated factors with integrative and complementary practices use in Brazil. *Complement Ther Clin Pract.* 2019 1;(37):1-5.

---

Recebido em 19/02/2019  
Aprovado em 09/09/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Amandaba no Caeté: círculos de cultura como prática educativa no autocuidado de portadores de diabetes

*Amandaba in the Caeté: culture circles as an educational practice in the self-care of patients with diabetes*

Suelen Trindade Correa<sup>1</sup>, Socorro Castelo-Branco<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912310

**RESUMO** Objetivou-se avaliar a estratégia pedagógica dos círculos de cultura de Paulo Freire na adesão ao autocuidado em pacientes com Diabetes Mellitus. Foi realizado um ensaio clínico randomizado com 72 participantes, alocados em Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). O GI participou de seis círculos para problematizar e desvelar os temas geradores: alimentação, medicação, complicações do diabetes e cuidados com os pés; o GC participou apenas de consultas de rotina. Foi avaliada a mudança proporcionada pelos círculos após três meses de intervenção, por meio do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes, glicemia capilar em jejum, pressão arterial sistólica e diastólica, Índice de Massa Corpórea e circunferência abdominal. O GI apresentou aumento estatisticamente significativo na adesão ao autocuidado à alimentação saudável, prática de exercício físico, monitoramento glicêmico e exame e secar os pés e redução da glicemia capilar em jejum ( $211,6 \pm 102,5$  para  $181,9 \pm 66,3$  mg/dL), pressão arterial sistólica de 125(120-140) para 120(117,5-130 mmHg) e circunferência abdominal ( $96,3 \pm 9,5$  para  $95,5 \pm 9,1$  cm), enquanto no GC não houve modificação durante o estudo. Os círculos de cultura, como abordagem educativa, foram capazes de melhorar as práticas de adesão ao autocuidado dos pacientes com diabetes e proporcionar a melhora em alguns parâmetros de risco cardiovascular.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação em saúde. Diabetes Mellitus. Autocuidado. Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT** *The aim of this study was to evaluate the pedagogical strategy of Paulo Freire's culture circles in adherence to self-care in patients with Diabetes Mellitus. A randomized clinical test was performed with 72 participants, allocated into Intervention Group (IG) and Control Group (CG). The IG participated in six circles to discuss and unveil the generative themes: diet, medication, diabetes complications and foot care; the CG participated only in routine consultations. The change provided by the circles after three months of intervention was evaluated through the Diabetes Self-Care Activity Questionnaire, fasting capillary glycemia, systolic and diastolic arterial pressure, body mass index and abdominal circumference. The IG showed a statistically significant increase in self-care adherence to healthy diet, physical exercise, glycemic monitoring and examination and drying of the feet and reduced fasting capillary glycemia ( $211.6 \pm 102.5$  to  $181.9 \pm 66.3$  mg/dL), systolic arterial pressure 125(120-140) to 120(117.5-130 mmHg) and abdominal circumference ( $96.3 \pm 9.5$  to  $95.5 \pm 9.1$  cm), while in the CG there were no changes during the study. The culture circles, as an educational approach, were able to improve the self-care adherence practices of patients with diabetes and provide improvement in some cardiovascular risk parameters.*

**KEYWORDS** Health education. Diabetes Mellitus. Self care. Family Health Strategy.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Pará (Uepa) - Belém (PA), Brasil.  
suenf2007@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) - Belém (PA), Brasil.



## Introdução

O Diabetes Mellitus é uma das condições crônicas mais emergentes do século XXI, e suas complicações são as principais causas de morte em muitos países<sup>1</sup>. Devido à cronicidade e à gravidade das complicações, é considerada uma doença onerosa, tanto para o indivíduo e sua família quanto para os serviços de saúde<sup>2</sup>.

A estimativa de pessoas no mundo com diabetes, em 2015, foi de 415 milhões, enquanto no Brasil tal estimativa correspondeu a 14,3 milhões (9,4%) de brasileiros com a condição crônica<sup>1</sup>. No Estado do Pará, a proporção de pessoas a partir de 18 anos que referiram ter diabetes foi de 3,8%<sup>3</sup>; em Belém, os dados do Vigitel (2016) mostram uma proporção de 6,6%<sup>4</sup>.

O diabetes, sendo uma doença crônica que requer cuidados contínuos e permanentes com a saúde, que vão além do tratamento clínico, exige adoção, pelo paciente, de mudanças no estilo de vida e desenvolvimento de habilidades de autocuidado para que haja um controle da doença<sup>5</sup>.

A educação em saúde, sendo uma tecnologia leve<sup>6</sup> que propicia conhecimentos, habilidades e capacidades indispensáveis para o autocuidado das pessoas com diabetes e sua família, ajuda os pacientes a tomar decisões, a autogerenciar a doença, a resolver problemas e a colaborar ativamente com a equipe de saúde no controle clínico e na qualidade de vida<sup>7</sup>.

Uma das abordagens de educação em saúde, utilizada na área da saúde desde a década de 1970, é o Círculo ('Amandaba' em Tupi-Guarani) de Cultura, modelo pedagógico do educador Paulo Freire<sup>8</sup>. Nele, o ambiente é diferente do da sala de aula tradicional, em que os educandos, ao ficarem dispostos em roda, favorecendo a interação e o diálogo entre si, irão aprender e ensinar mutuamente<sup>9</sup>.

Nesse modelo, que utiliza a problematização, a peça fundamental é o diálogo que procura aproximar os sujeitos, promovendo a reflexão crítica, a autonomia e o empoderamento deles, buscando, coletivamente, melhorar a compreensão da realidade e transformá-la<sup>10,11</sup>.

Vale lembrar que, em 2013, a Portaria nº 276 instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, propondo práticas político-pedagógicas que transversalizem ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, considerando princípios como o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção partilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção de um projeto democrático e popular<sup>12</sup>. Assim, o Círculo de Cultura é uma metodologia com caráter democrático e libertador, cuja aprendizagem integral rompe com a fragmentação da realidade, estimulando a horizontalidade do educador com o educando, com valorização da cultura e do ser humano, favorecendo o senso crítico, a resolução de problemas e a transformação da realidade<sup>9</sup>.

O Círculo de Cultura, segundo Heidemann<sup>8</sup>; Brandão<sup>9</sup>; Freire<sup>10</sup>, é desenvolvido nas seguintes fases: levantamento do universo vocabular/ levantamento temático, realizado por meio de encontros informais, entrevistas e/ou observações da realidade pelo coordenador do círculo, que levanta os vocábulos, as palavras, os temas de conteúdo emocional, as falas típicas dos educandos; escolha das palavras/temas geradores que são selecionados pelo coordenador do círculo, a partir do universo vocabular do grupo e que implique a realidade social, cultural, política etc. do educando, que são apresentados nos círculos para debate; problematização das situações vividas pelo grupo, por meio da codificação e decodificação dos temas geradores debatidos pelos educandos dentro de círculos (para produzir os debates, utilizam-se as fichas de cultura, que são desenhos/imagens relacionados aos temas geradores); desvelamento crítico, que objetiva a tomada de consciência da situação vivida e que, mediante a visão crítica, transforma a sua realidade.

Desse modo, a educação em saúde, voltada para o cuidado com o diabetes, realizada nessa perspectiva dialogal, reflexiva e crítica, poderá ser instrumento efetivo para a formação de um conhecimento crítico, ampliando a compreensão do paciente e a sua autonomia diante

das condições de vida e sobre o diabetes<sup>13</sup>. Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a estratégia pedagógica dos Círculos de Cultura na adesão ao autocuidado em pacientes com Diabetes Mellitus.

## Material e métodos

Ensaio clínico randomizado desenvolvido com usuários portadores de Diabetes Mellitus acompanhados nas unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF), na zona urbana do município de Bragança (PA), na Amazônia Brasileira, situada à margem do rio Caeté ou Caité ('mato bom' na língua Tupi).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará, com o parecer CAEE 57049416.9.0000.0018, e orientou-se pelos princípios éticos da Resolução nº 466/2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem explicação verbal e escrita sobre o objetivo do estudo, sobre os procedimentos a serem realizados, sobre os riscos e os benefícios de sua participação.

A amostra foi calculada com base na população de 30 anos a 60 anos (de ambos os gêneros), sendo sorteadas quatro unidades (n=4) para o Grupo Controle (GC) e quatro unidades (n=4) para o Grupo Intervenção (GI). Assim, a amostra calculada seria de 244 usuários com diabetes pertencentes a elas, que foram convidados. No entanto, 166 pessoas recusaram a participação em virtude da concomitância das reuniões com a jornada de trabalho. Foram ainda excluídos dois usuários por apresentarem nefropatia, dois por neuropatia com dificuldade de locomoção e três por retinopatia, com baixa acuidade visual.

Aos participantes do GC, foram oferecidas as ações de rotina das unidades, como: consulta médica e orientações individuais dos profissionais que trabalham nas unidades. Os participantes do GI foram submetidos às atividades de educação em saúde baseada nos

Círculos de Cultura de Paulo Freire e orientados a continuarem o atendimento individual na unidade, como de rotina.

Os Círculos de Cultura foram planejados, organizados e conduzidos pela pesquisadora, a qual foi identificada durante todo o processo educativo como coordenadora do Círculo<sup>9</sup>. A pesquisadora não tinha vínculo com as unidades de saúde, sendo uma pessoa externa aos locais onde a intervenção foi aplicada. Foram realizados seis círculos, quinzenalmente, com sessões de duas horas, durante um período de três meses, nos auditórios das unidades de saúde da área de residência do usuário.

Os Círculos se delinearam conforme as fases<sup>8-10</sup>: a) investigação temática; b) escolha de temas geradores; c) problematização; d) desvelamento crítico. Em todas as fases, foram realizadas dinâmicas de acolhimento, com o objetivo de criar vínculo entre os pares.

O levantamento temático foi realizado pela coordenadora do círculo, a partir da observação de conversas e análise do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD)<sup>14</sup>, que foi aplicado na primeira reunião com os participantes. O levantamento e a seleção dos temas se deram pela avaliação da não adesão às práticas de autocuidado no cotidiano dos participantes. Temas levantados pela coordenadora: alimentação, exercício físico, monitoramento glicêmico, cuidados com os pés e complicações do diabetes.

Na fase seguinte, escolha dos temas geradores, foi realizada, inicialmente, a apresentação e o acolhimento dos participantes. Depois, foi utilizada uma dinâmica<sup>15</sup>, na qual foram colocadas frases relacionadas com o convívio com o diabetes dentro de balões. A coordenadora pediu para que cada participante enchesse um balão, brincasse com ele por cinco minutos e refletisse sobre a seguinte pergunta: quais são os desafios em ter diabetes? Após brincarem com os balões, os participantes os estouraram e leram a frase, refletindo sobre a pergunta geradora lançada ao grupo, iniciando, desse modo, uma discussão entre os participantes sobre o diabetes, norteando a escolha dos temas



geradores mais importantes para o grupo a serem dialogados: diabetes e complicações, alimentação, medicação e cuidados com os pés.

Na fase de problematização, esses temas geradores foram abordados por meio de fotos, desenhos, ilustrações e textos, com o objetivo de fomentar o diálogo entre os participantes. Além disso, foi estimulado o cuidado com os pés por meio da atividade prática do exame dos pés realizados entre os pares participantes do grupo. A fase de desvelamento crítico aconteceu concomitantemente com a fase de problematização, pois, ao dialogar sobre os temas geradores, analisando-os criticamente, os participantes tomaram consciência de sua realidade, sistematizando suas ideias ante o autocuidado no diabetes. Portanto, após a problematização, o grupo foi incentivado a expressar, por meio de falas, desenhos, palavras escritas em folha de papel, quais tomadas de decisões sobre o autocuidado com o diabetes passaram a ter, a partir das discussões no grupo.

Ainda foi realizado um círculo para o encerramento da intervenção em grupo, em que foi solicitado que o grupo fizesse a avaliação do método Círculos de Cultura. Para isso, foi elaborada pela coordenadora a dinâmica denominada *Árvore do Autocuidado*: utilizou-se uma árvore recortada em papel cartão, sendo entregue para os participantes uma ficha em forma de fruto, onde descreveram sentimentos, percepções sobre a intervenção educativa, abrindo para a discussão e questionamentos finais.

## Avaliação dos participantes

A fim de comparar o resultado da intervenção para adoção de autocuidado entre os participantes do GC e do GI, foi aplicado o QAD<sup>14</sup> e feita coleta da glicemia capilar, além de aferições do peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência abdominal e pressão arterial sistólica e diastólica, para cada um dos participantes. Esse procedimento foi repetido após três meses, diferentemente do questionário sociodemográfico, aplicado apenas na reunião de apresentação do projeto.

O QAD, versão traduzida e validada para o português<sup>14</sup> do Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA)<sup>16</sup>, mede a aderência ao autocuidado dos usuários com Diabetes Mellitus tipo 2. Possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes: alimentação geral (com dois itens), alimentação específica (três itens), atividade física (dois itens), monitorização da glicemia (dois itens), cuidado com os pés (três itens) e 'uso da medicação' (três itens, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso). Além disso, contêm outros três itens para a avaliação do tabagismo. As respostas variam de zero a sete dias, com os escores indicando as performances das atividades de autocuidado nos últimos sete dias da semana, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. Apenas no segundo e no terceiro item da questão alimentação específica o escore zero indica a mais favorável; e sete, menos desejável.

A coleta da glicemia capilar em jejum de 8 horas a 12 horas ocorreu por meio de glicosímetro e fitas reagentes, o sangue total foi coletado de polpa digital por meio de lancetas estéreis<sup>7</sup>. A pressão arterial foi aferida por único examinador após cinco minutos de repouso, três medidas com intervalo de um minuto, em posição sentada, usando o método auscultatório por meio de esfigmomanômetro aneroide com estetoscópio, seguindo as orientações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial<sup>17</sup>. As medidas de peso e altura foram realizadas utilizando balança com estadiômetro acoplado da marca Welmy, com precisão de 0,1 kg e 1 cm, para peso e altura respectivamente. O IMC foi calculado pela relação do peso (Kg) pela altura ao quadrado (m<sup>2</sup>)<sup>18</sup>. Por fim, a circunferência abdominal foi verificada por único aferidor na linha equidistante entre a margem mais inferior do arco costal e a crista ilíaca, medida por fita antropométrica inelástica e flexível com precisão de 0,1 cm<sup>18</sup>.

## Análise estatística

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para análise da distribuição de normalidade

das variáveis. A diferença entre os GC e os GI na linha de base e a diferença em cada grupo antes e após a intervenção eram testadas utilizando o teste t-Student para duas amostras independentes ou amostras dependentes se a variável apresentasse distribuição normal com resultados em média e desvio padrão. Se a variável apresentasse distribuição não paramétricas, utilizava-se o teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes ou o teste de Wilcoxon para comparação intragrupo antes e após o período de intervenção, com as variáveis apresentadas em medianas e quartis 25 e 75. A diferença entre proporções foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado corrigido. Foram considerados estatisticamente significantes

os valores de  $p < 0,05$ . O *software* SPSS 20.0 foi utilizado para as análises estatísticas.

## Resultados

A população do estudo foi composta de 72 usuários com diabetes, sendo 41 do GI e 31 do GC. As mulheres corresponderam a 73,6% dos participantes, a média de idade foi de 49,9 anos, e a escolaridade correspondeu a 6 anos de estudos completos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos GI e GC em relação ao gênero, à idade, ao estado civil, aos anos de estudo, aos trabalhadores ativos e à renda, conforme a *tabela 1* abaixo.

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos participantes dos Grupos Intervenção e Controle. Bragança, PA. 2017

Características Sociodemográficas	Grupo Intervenção (n=41)	Grupo Controle (n=31)	p
<b>Gênero, n (%)</b>			<b>0,524*</b>
Homem	12 (29,3)	7 (22,6)	
Mulher	29 (70,7)	24 (77,4)	
<b>Idade (anos) (média±DP)</b>	<b>49,2±7,83</b>	<b>51,0±7,30</b>	<b>0,500**</b>
<b>Estado civil, n (%)</b>			<b>0,616*</b>
Casado/união estável	30 (73,2)	21 (67,7)	
Solteiro/Separado/Viúvo	11 (26,8)	10 (32,3)	
<b>Anos de estudo (mediana, Q25-Q75)</b>	<b>6 (4-8)</b>	<b>6 (3-9)</b>	<b>0,895***</b>
<b>Trabalhador ativo ou aposentado, n (%)</b>			<b>0,418*</b>
Ativo	37 (90,2)	26 (83,9)	
Aposentado	4 (9,8)	5 (16,1)	
<b>Tipo de Atividade Ocupacional, n (%)</b>			<b>0,957*</b>
Prestador de serviços/comércio	12 (29,3)	10 (32,3)	
Trabalhos domésticos	21 (51,2)	16 (51,6)	
Agricultura/pesca	8 (19,5)	5 (16,1)	
<b>Renda (Reais) (mediana,Q25-Q75)</b>	<b>937,00 (0,00-1.171,25)</b>	<b>468,00 (0,00-937,00)</b>	<b>0,266***</b>

Fonte: Elaboração própria.

\*Teste Qui-Quadrado. \*\*Teste t-Student. \*\*\*Teste Mann-Whitney.

Analisando os parâmetros clínicos e a glicemia capilar na linha de base do estudo, observou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (*tabela 2*). Os grupos

apresentaram alta glicemia capilar em jejum, com média do GI de 211,6 mg/dL; e do GC de 174,2 mg/dL. A média do IMC indicou a existência de sobrepeso tanto no GI quanto no GC (*tabela 2*).

Tabela 2. Comparação das variáveis clínicas e glicemia capilar entre os Grupos Intervenção e Controle na linha de base. Bragança, PA. 2017

Variáveis	Grupo Intervenção (n=41)	Grupo Controle (n=31)	p
Tempo de diagnóstico (anos) (mediana Q25-Q75)	2 (1-5)	3 (1-7)	0,330*
Glicemia capilar (mg/dL) (média±DP)	211,6±102,5	174,2±67,4	0,219**
PAS (mmHg) (mediana, Q25-Q75)	125 (120-140)	120 (110-135)	0,246*
PAD (mmHg) (mediana, Q25-Q75)	80 (70-90)	70 (70-90)	0,642*
IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) (média±DP)	28,6±4,9	27,3±5,7	0,89**
Circunferência abdominal (cm) (média±DP)	96,3±9,5	95,1±9,6	0,887**

Fonte: Elaboração própria.

\*Teste Mann-Whitney. \*\*Teste t-Student. PAS: Pressão Arterial Sistólica. PAD: Pressão Arterial Diastólica. IMC: Índice de Massa Corpórea.

A avaliação do QAD na linha de base do estudo indicou que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em três itens: o GI comeu doce 1 dia na semana, enquanto o GC não comeu; o GI não examinou os sapatos antes de calçá-los, no entanto, o GC examinou os sapatos de 0 a 7 dias na semana; GI secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los em 7 dias na semana, e GC, apenas 3 dias (*tabela 3*).

O QAD possibilitou identificar que os itens ‘tomou seus medicamentos do diabetes’ e ‘tomou o número indicado de comprimidos’

foram os que tiveram maior adesão ao autocuidado nos dois grupos; e os itens ‘praticou algum tipo de exercício físico específico’ e ‘avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado’ tiveram a menor adesão entre os participantes dos grupos. Ressalta-se que, no item ‘examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los’, os participantes do GI não tinham aderido a esse autocuidado em nenhum dia da semana. Adesão à insulina não pôde ser avaliada em virtude de não haver usuários, pois todos os participantes utilizavam medicação oral para o diabetes (*tabela 3*).

Tabela 3. Comparação dos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) de acordo com o tempo de adesão nos Grupos Intervenção e Controle na linha de base. Bragança, PA. 2017

Itens do QAD	Grupo Intervenção (n=41)	Grupo Controle (n=31)	p*
	Mediana (Q25-Q75)	Mediana (Q25-Q75)	
Seguiu uma dieta saudável	3,0 (0,0-3,5)	3,0 (0,0-7,0)	0,301
Seguiu orientação alimentar de um profissional de saúde	3,0 (0,0-3,0)	2,0 (0,0-5,0)	0,647
Comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	3,0 (2,0-4,5)	3,0 (1,0-7,0)	0,658
Comeu carne vermelha, alimento com leite integral ou derivado	3,0 (2,0-5,0)	3,0 (2,0-5,0)	0,903
Comeu doce	1,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,034
Realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos	1,0 (0,0-3,0)	2,0 (0,0-6,0)	0,400
Praticou algum tipo de exercício físico	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,101
Avaliou o açúcar do sangue	1,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,903
Avaliou o açúcar do sangue recomendado	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,324
Examinou os pés	0,0 (0,0-3,0)	2,0 (0,0-7,0)	0,110

Tabela 3. (cont.)

Itens do QAD	Grupo Intervenção (n=41)		Grupo Controle (n=31)	p*
	Mediana (Q25-Q75)		Mediana (Q25-Q75)	
Examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los	0,0 (0,0-0,0)		0,0 (0,0-7,0)	0,042
Secou os espaços dos dedos depois de lavá-los	7,0 (3,0-7,0)		3,0 (0,0-7,0)	0,042
Tomou seu medicamento de diabetes	7,0 (5,5-7,0)		7,0 (2,0-7,0)	0,056
Tomou sua injeção de insulina	0,0 (0,0-0,0)		0,0 (0,0-0,0)	0,867
Tomou o número indicado de comprimidos	7,0 (5,0-7,0)		7,0 (0,0-7,0)	0,104

Fonte: Elaboração própria.

\*Teste Mann-Whitney.

Ao comparar as variáveis estudadas dos participantes do GI na linha de base e após três meses, foi observada redução da glicemia capilar em jejum de 211,6±102,5 mg/dL para 181,9±66,3 mg/dL, pressão arterial sistólica de

125(120-140) mmHg para 120(117,5-130) mmHg e circunferência abdominal de 96,3±9,5 para 95,5±9,1 cm (tabela 4). No GC não houve diferença estatisticamente significativa nos parâmetros avaliados no período de estudo (tabela 4).

Tabela 4. Comparação das variáveis clínicas e glicemia capilar na linha de base e após três meses no Grupo Intervenção e no Grupo Controle. Bragança, PA. 2017

Variáveis	Grupo Intervenção (n=41)			Grupo Controle (n=31)		
	Base	3 meses	p	Base	3 meses	p
Glicemia capilar (mg/dL) (média±DP)	211,6±102,5	181,9±66,3	0,020*	174,2±67,4	180±69,7	0,685*
PAS (mmHg) (mediana, Q25-Q75)	125(120-140)	120(117,5-130)	0,045**	120(110-135)	120(110-130)	0,323**
PAD (mmHg) (mediana, Q25-Q75)	80(70-90)	80(70-90)	0,968**	70(70-90)	80(70-90)	0,693**
IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) (mediana, Q25-Q75)	28(25-31,5)	28(25-32)	0,065**	27(23-29)	26(25-29)	0,284**
Circunferência abdominal (cm) (média±DP)	96,3±9,5	95,5±9,1	0,001*	95,1±9,6	95,2±9,5	0,557*

Fonte: Elaboração própria.

\*Teste t-Student. \*\*Teste de Wilcoxon. PAS: Pressão Arterial Sistólica. PAD: Pressão Arterial Diastólica. IMC: Índice de Massa Corpórea.

Os resultados comparativos intragrupos referentes ao QAD na linha de base e após três meses são apresentados na tabela 5.

No GI, houve aumento estatisticamente significativo no número de dias de adesão a dieta saudável, seguir orientação alimentar de um profissional da saúde, comer cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais, praticar algum tipo de exercício físico, avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado,

examinar os pés, secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los e tomar o número indicado de comprimidos. No grupo, houve redução no número de dias de consumo de carne vermelha, alimentos com leite integral e derivados e, ainda, doces (tabela 5).

No GC, houve aumento estatisticamente significativo de dias de adesão apenas nas atividades tomar medicamentos do diabetes e tomar o número indicado de comprimidos,

com diminuição de dias de adesão a dieta saudável, comer cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais, comer carne vermelha, alimentos

com leite integral ou derivados, praticar atividade física, examinar os pés e examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los (tabela 5).

Tabela 5. Comparação dos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) na linha de base e após três meses no Grupo Intervenção e no Grupo Controle. Bragança, PA. 2017

Itens do QAD	Grupo Intervenção (n=41)			Grupo Controle (n=31)		
	Mediana (Q25-Q75)		p*	Mediana (Q25-Q75)		p*
Base	3 meses	Base		3 meses		
Seguiu uma dieta saudável	3,0 (0,0-3,5)	4,0 (3,0-5,0)	0,006	3,0 (0,0-7,0)	2,0 (0,0-3,0)	0,008
Seguiu orientação alimentar de um profissional de saúde	3,0 (0,0-3,0)	4,0 (3,0-5,0)	0,003	2,0 (0,0-5,0)	2,0 (0,0-3,0)	0,166
Comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	3,0 (2,0-4,5)	4,0 (3,0-5,0)	0,003	3,0 (1,0-7,0)	2,0 (2,0-3,0)	0,017
Comeu carne vermelha, alimento com leite integral ou derivado	3,0 (2,0-5,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,000	3,0 (2,0-5,0)	3,0 (2,0-3,0)	0,027
Comeu doce	1,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,008	0,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,387
Realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos	1,0 (0,0-3,0)	2,0 (0,0-3,0)	0,847	2,0 (0,0-6,0)	0,0 (0,0-3,0)	0,002
Praticou algum tipo de exercício físico	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-2,6)**	0,005	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,180
Avaliou o açúcar do sangue	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-1,5)	0,086	0,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,827
Avaliou o açúcar do sangue o recomendado	0,0 (0,0-0,0)	1,0 (0,0-1,5)	0,001	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,090
Examinou os pés	0,0 (0,0-3,0)	5,0 (3,0-7,0)	0,000	2,0 (0,0-7,0)	0,0 (0,0-3,0)	0,000
Examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-2,0)	0,970	0,0 (0,0-7,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,001
Secou os espaços dos dedos depois de lavá-los	7,0 (3,0-7,0)	7,0 (6,0-7,0)	0,009	3,0 (0,0-7,0)	1,0 (0,0-5,0)	0,241
Tomou seu medicamento de diabetes	7,0 (5,5-7,0)	7,0 (7,0-7,0)	0,106	7,0 (2,0-7,0)	7,0 (7,0-7,0)	0,004
Tomou sua injeção de insulina	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,655	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,317
Tomou o número indicado de comprimidos	7,0 (5,0-7,0)	7,0 (7,0-7,0)	0,047	7,0 (0,0-7,0)	7,0 (6,0-7,0)	0,007

Fonte: Elaboração Própria.

\* Teste de Wilcoxon. Percentil 25-Percentil 80.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os GI e os GC na linha de base em relação ao tabagismo. Verificou-se que 37 (90,2%) dos participantes do GI e que 30 (96,8%) do GC não usaram cigarro nos últimos sete dias ( $p=0,280$ ); e, destes, 4 usuários do GI

(9,8%) e 1 usuário do GC (3,2%) fumaram no dia da entrevista, enquanto 20 (48,8%) participantes do GI e 18 (58,1%) do GC relataram que nunca fumaram ( $p=0,435$ ). Após três meses do estudo, não houve mudança estatisticamente significativa no hábito de fumar, sendo que

39 (95,1%) usuários do GI e 30 participantes (96,8%) do GC mantiveram o não uso nos últimos sete dias ( $p=0,728$ ), três participantes (7,3%) do GI e um do GC (3,2%) relataram o consumo de cigarro no dia. Portanto, permaneceram 20 (48,8%) no GI e 18 (58,1%) no GC que nunca fumaram ( $p=0,603$ ).

## Discussão

A adoção de práticas de autocuidado pelo paciente pode ser influenciada por vários fatores, como a experiência de vida, os aspectos sociais e culturais, presença de sentimentos depressivos, desmotivação, sendo exigido do paciente, no que concerne ao autocuidado, tomadas de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades<sup>19,20</sup>. Por isso, é importante que o profissional de saúde reconheça os fatores que levam ou não a uma adoção de autocuidado, evitando atitudes prescritivas ao abordar os pacientes com diabetes, empregando práticas motivacionais e comportamentais que contribuam para o empoderamento e para a autonomia dos pacientes perante o autocuidado<sup>21,22</sup>.

Os Círculos de Cultura desenvolvidos neste estudo, como educação problematizadora em saúde, ao valorizar os participantes, seus saberes, suas experiências, construiu um processo educativo em que a pesquisadora não foi a detentora do saber, mas uma facilitadora do processo de ensino-aprendizagem<sup>11</sup>. Para Heidemann et al.<sup>23(6)</sup>, o método freireano promove

espaços de encontro entre as pessoas, rompendo com as barreiras hierárquicas implicadas na lógica biomédica, democratizando o saber em saúde, valorizando os cotidianos, as culturas e as formas de pensar e viver das famílias, grupos e coletividades.

Para Santos et al.<sup>24</sup>, os Círculos de Cultura, enquanto prática educativa participativa, que promove a troca de diálogo, conhecimento e experiências, geram autonomia e transformações

no automanejo do diabetes, na aceitação dessa condição crônica e na responsabilidade do paciente referentes a sua saúde.

Para Paulo Freire<sup>11</sup>, as pessoas aprendem o que é significativo para elas, portanto, a abordagem educativa deve partir do conhecimento do usuário, do seu contexto de vida, dos obstáculos vividos, sendo importante que o profissional de saúde respeite e valorize o saber da pessoa, que será primordial para reflexões e construção do entendimento sobre o autocuidado com o diabetes.

Referente às atividades de autocuidado analisadas neste estudo, percebeu-se que o uso da medicação foi a atividade de maior realização pelos participantes, o que corrobora os estudos de Coelho et al.<sup>25</sup>. Para esses autores, o tratamento para pessoas com diabetes consiste em adoção de mudanças no estilo de vida, em que os pacientes podem ou não fazer uso de medicação. No entanto, quando a medicação faz parte do controle do diabetes, os pacientes têm melhor adesão a esse autocuidado do que ao tratamento não farmacológico, pois o medicamento, ao ser fornecido pelas unidades de saúde, não gera gastos financeiros na maioria das vezes, estimulando assim a terapia medicamentosa como autocuidado adotado pelos pacientes<sup>26</sup>. Esse fato foi observado nos diálogos dos participantes do presente estudo ao considerarem a terapia medicamentosa como a atividade de maior importância para controlarem o diabetes.

A alimentação saudável foi uma das atividades que apresentaram menores adoções de autocuidado pelos participantes. As barreiras por eles expressas se relacionavam com questões culturais, muitas vezes adquiridas na infância, como o consumo da farinha, do 'xibé' (mistura de água com farinha de mandioca, muito utilizada no acompanhamento com peixes), muito frequente no município de Bragança e no Pará, e dificultando a mudança no hábito alimentar dos pacientes<sup>26</sup>. Para Salci et al.<sup>27</sup>, a atenção à saúde deve dar destaque aos aspectos culturais do indivíduo, buscando compreender sua visão de mundo, reconhecendo

o contexto social, familiar e financeiro vivido pelo paciente, visto que esses fatores podem influenciar ou não em hábitos de alimentação saudável da população<sup>28</sup>.

A alimentação está relacionada diretamente com alguns fatores que interferem na prevenção ou no controle do diabetes e seus agravos, sendo necessário promover educação em saúde com enfoque nos hábitos alimentares que, na maioria dos casos, se modificados, têm potencial para evitar e/ou retardar as complicações dessa doença<sup>29,30</sup>. Portanto, o diálogo construído nos grupos sobre a alimentação saudável, problematizando e desvelando as barreiras culturais e financeiras na prática do autocuidado, resultou que os participantes do GI, mais do que os do GC, passassem a seguir com maior frequência uma dieta mais saudável, consumindo mais frutas, vegetais, além de ter diminuído o consumo de gorduras e doces.

Sobre o exercício físico, não havia adesão a esse autocuidado no início do estudo. A não adesão pode estar relacionada com a falta de tempo e com a rotina de trabalho dos participantes, já que, no entendimento deles, suas funções ocupacionais exercendo atividades domésticas em seu domicílio já são consideradas uma forma de exercitar-se. No entanto, é importante mencionar que os serviços domésticos são considerados atividades físicas de leve intensidade<sup>31</sup>, sendo que as recomendações para pacientes com diabetes é a prática de exercício físico de intensidade moderada, realizada por 150 minutos, cinco vezes na semana ou, então, exercício físico de alta intensidade, com duração de 75 minutos, três vezes por semana<sup>13</sup>. Outro ponto importante a destacar é que no município onde o estudo foi realizado, apesar da existência da Academia da Saúde, programa do Ministério da Saúde que tem como um dos objetivos específicos o aumento de atividade física da população, principalmente para a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis<sup>32</sup>, observou-se que muitos pacientes nunca usufruíram desse serviço de saúde, alguns por desconhecerem o programa, outros por

não se sentirem motivados ao deslocamento de suas casas e à participação nas ações de saúde, o que remete à reflexão de que esses pacientes ainda não conseguiram se ver como protagonistas nesse processo de autocuidado. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde percebam as dificuldades e as barreiras apresentadas pelos usuários, e busquem criar estratégias que contribuam para sensibilização da importância da adoção do autocuidado<sup>33</sup>. Desse modo, conhecer e refletir sobre os benefícios da atividade física no GI melhoraram a prática do autocuidado. A prática regular do exercício físico é fundamental no tratamento do diabetes, que além de melhorar o controle glicêmico, diminui os fatores de risco para a doença coronariana, contribui para a perda de peso e melhora o bem-estar das pessoas com diabetes<sup>30</sup>.

Acerca do monitoramento glicêmico, pouca adesão foi verificada nesse autocuidado, tendo como motivo a falta dos insumos nas unidades de saúde, situação existente há alguns meses. No estudo de Coelho et al.<sup>25</sup>, também se verificou a mesma dificuldade de acesso aos insumos para a realização do monitoramento glicêmico por usuários em Unidades Básicas de Saúde. Outro fator importante relacionou-se com a dificuldade financeira em comprar o glicosímetro e as fitas reagentes. Ressalta-se que, no presente estudo, as médias das rendas dos participantes foram de R\$ 937,00 para o GI e de R\$ 468,00 no GC, o que torna a compra desses insumos como não sendo prioritária. O monitoramento da glicemia é importante para que o participante avalie a resposta individual à terapia, pois ele pode observar se as metas glicêmicas recomendadas estão sendo alcançadas<sup>7</sup>. Então, é importante que os usuários compreendam o que é meta glicêmica, já que no GI havia desconhecimento desse termo. Assim, foi debatido sobre glicemia, meta glicêmica e a importância do paciente conhecer esse parâmetro e realizar o monitoramento; e apesar da falta dos insumos nas unidades de saúde e dificuldades financeiras dos participantes, eles compreenderam a importância do autocuidado, já que se constatou que os

participantes do GI aumentaram o monitoramento da glicemia após a intervenção do círculo de cultura.

O autocuidado com os pés também apresentou baixa execução pelos participantes, principalmente a prática de examinar os sapatos antes de calçá-los. Os usuários, que têm o costume do uso de chinelas e sandálias abertas, entendiam que os calçados abertos não precisariam ser inspecionados, demonstrando a falta de entendimento sobre as recomendações sobre os cuidados com os pés para pessoas com diabetes<sup>34</sup>. Os Agentes Comunitários de Saúde que participaram de alguns círculos relataram que a orientação sobre os pés não faz parte de sua rotina de trabalho. O achado corrobora estudo realizado por Neta et al.<sup>35</sup>, no qual foi observado que a maioria dos participantes nunca tinha recebido orientação do profissional de enfermagem sobre os cuidados com os sapatos antes de calçá-los, contrariando uma das funções do profissional, que é ajudar o paciente no autocuidado que promova a prevenção ao pé diabético.

Ademais, mesmo com expansão das ofertas de serviços saúde e de maior ênfase no cuidado com as doenças crônicas, o Ministério da Saúde enfoca a ocorrência frequente de complicações com os pés causados pelo diabetes, algo que poderia ser evitado com o bom manejo das equipes de saúde para essa complicação<sup>36</sup>, sendo importante a abordagem educativa para a prevenção das complicações dos pés, enfatizando a relevância do cuidado diário com eles<sup>7</sup>.

O profissional de saúde que respeita os saberes dos usuários permite que eles possam relacionar suas experiências de vida e comunitária com os conteúdos técnicos-científicos repassados pelo profissional, permitindo-lhes que se tornem sujeitos críticos e problematizadores a caminho de uma autonomia tão necessária que eles ainda não possuem<sup>37</sup>.

Quando se analisou o GC, observou-se que houve diminuição de práticas saudáveis de alimentação, com menos consumo de vegetais e frutas, aumento no consumo de doce, redução de prática de atividade física e exame

dos pés, além do aumento da glicemia capilar e da circunferência abdominal. Desse modo, percebeu-se que os Círculos de Cultura como intervenção educativa para pacientes com Diabetes Mellitus foram eficientes na melhor adoção ao autocuidado dos participantes do GI, na redução da glicemia capilar em jejum, pressão arterial sistólica e circunferência abdominal, assim como no estudo de Pereira et al.<sup>38</sup>. Para esses autores, o diálogo vivenciado, os relatos de experiências compartilhadas e as reflexões sobre as atitudes perante a doença são primordiais para um melhor conhecimento do diabetes, que levam os pacientes a compreenderem a sua condição de portador, desvelando mudança de hábitos, com adoção de práticas de autocuidado, principalmente na alimentação, na atividade física e nos cuidados com os pés<sup>38</sup>.

## Considerações finais

Os círculos de cultura foram essenciais em mudanças de atitudes dos participantes, que puderam dialogar sobre os temas geradores, problematizando-os e os desvelando, compartilhando saberes, fortalecendo a autonomia dos envolvidos, possibilitando melhor compreensão sobre o autocuidado no Diabetes Mellitus, refletidos nos resultados obtidos.

Mesmo com o apoio e a integração construídos entre a pesquisadora e os participantes por meio dos diálogos, constatou-se que ainda são frequentes práticas educativas verticalizadas no município onde o estudo ocorreu. O cuidado prestado às pessoas com diabetes ainda se apresenta pautado no modelo centrado no profissional de saúde, em que não há criação de vínculo, não havendo acolhimento e humanização na assistência prestada aos pacientes, que não permite a integralidade preconizada para que o paciente seja o protagonista do processo<sup>39</sup>.

Uma inversão desse modelo passa por múltiplas dimensões, da gestão ao serviço, considerando o usuário como protagonista



do cuidado. Isso implicaria, por exemplo, a adoção de um processo de formação em educação permanente em saúde no município, reconhecendo práticas e saberes e, com eles, provocando a produção de novos sentidos no fazer saúde. Assim, a perspectiva da formação deve ser vivenciada, ao invés de momentos específicos e longe dos usuários, no encontro diário entre profissionais de saúde e entre estes e os usuários, promovendo um processo que traz consigo os atributos da liberdade, criação e transformação, invertendo para o modelo centrado no usuário<sup>40</sup>.

Desenvolver este estudo, portanto, foi relevante para os atores envolvidos, para a academia e para o município, sugerindo-se assim a elaboração de um plano de educação

permanente em saúde que englobe atividades direcionadas para os pacientes, com ênfase em metodologias problematizadoras, como os Círculos de Cultura.

## Colaboradores

Correa ST (0000-0003-0509-0829)\* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Castelo-Branco S (0000-0001-6283-0446)\* contribuiu para a concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7. ed. Brussels: IDF; 2015.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônicas-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, DF: OPAS; 2003.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF: MS; 2017.
5. Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação: Relatório Mundial. Brasília, DF: OMS; 2003.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002.
7. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2015. *Diab. Care* [internet]. 2015 [acesso em 2016 out 13]; 38(supl):1-99. Disponível em: <http://www.diabetes.teithe.gr/UsersFiles/entypa/Standards%20of%20medical%20care%20in%20diabetes%202015.pdf>.
8. Heidemann ITSB, Prado ML, Reibnitz KS. Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem. Módulo III: Processo Educativo em Saúde. Florianópolis: UFSC; 2013.
9. Brandão CR. O que é o Método Paulo Freire. São Paulo: Brasiliense; 2013.
10. Freire P. Educação como Prática da Liberdade. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 1967.
11. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSSUS). Diário Oficial da União. 19 Nov 2013.
13. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015.
14. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2010; 54(7):644-651.
15. Simionato RGB. Dinâmicas de grupo para treinamento motivacional. 8. ed. Campinas: Papyrus; 2012.
16. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and revised scale. *Diabetes Care.* 2000; 23(7):943-50.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*; 2010.
18. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: WH; 2000.
19. Orem DE. A Teoria Geral de Enfermagem de Orem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
20. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, et al. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupo de apoio psicológico. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):301-7.
21. Anderson RM, Funnel MM, Burkhart N, et al. 1001 Tip for behavior change in diabetes education. Virgínia: American Diabetes Association; 2002.
22. Baquedano IR, Santos MA, Martins TA, et al. Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidos em serviço de urgência no México. *Revista Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2010 [acesso em 2017 jun 16]; 18(6):1-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_21.pdf).
23. Heidmann ITSB, Dalmoni IS, Rumon PCF, et al. Reflexões sobre o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto Contexto Enferm.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 10]; 26(4):1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0680017.pdf>.
24. Santos AL, Cecilio HPM, Marcon SS. Percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca de um processo de educação para a saúde. *Rev Rene.* [internet]. 2015 [acesso em 2019 set 10]; 16(4):522-31. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041519009>.
25. Coelho ACM, Villas-Boas LC, Gomides DDS, et al. Atividades de autocuidado e suas relações com o con-

- trole metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(3):697-705.
26. Faria HTG, Santos MA, Arrelias CCA, et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(2):257-63.
27. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexes. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(1):224-30.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a população brasileira. Brasília, DF: MS; 2014.
29. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus caderno nº 36. Brasília, DF: MS; 2014.
31. Caspersen CJ. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health related research. *Public Health Reports.* 1985; 100(2):172-179.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 7 Nov 2013.
33. Silva MAV, Gouvêa GR, Claro AFB, et al. Impacto da ativação da intenção na prática da atividade física em diabético tipo II: ensaio clínico randomizado. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(3):875-886.
34. International Diabetes Federation. IDF: Clinical Practice Recommendations on the Diabetes Foot 2017: a guide for healthcare professional. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017.
35. Neta DSR, Silva ARVD, Silva GRF. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Rev. Bras Enferm.* 2015; 68(1):111-6.
36. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa crônica. Brasília, DF: MS; 2016.
37. Paula M. Estudo Sobre a Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire [internet]. Porto Alegre: Editora Fi; 2016. [acesso em 2018 dez 13]. Disponível em: [https://3c290742-53df-4d6f-b12f-6b135a606bc7.filesusr.com/ugd/48d206\\_8555bcd62f3a407a90d49b00a9bc372c.pdf](https://3c290742-53df-4d6f-b12f-6b135a606bc7.filesusr.com/ugd/48d206_8555bcd62f3a407a90d49b00a9bc372c.pdf).
38. Pereira DA, Costa NMSC, Souza ALL, et al. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(3):1-8.
39. Bastos LS, Assis MMA, Nascimento MAA, et al. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(1):1417-1426.
40. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde: Um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.

---

Recebido em 12/03/2019

Aprovado em 30/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Cinderela de sapatinho quebrado: maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas mulheres

*Cinderella's shoe broken: maternity, no maternity, and parenting in stories told by women*

Jacqueline Simone de Almeida Machado<sup>1</sup>, Cláudia Maria de Mattos Penna<sup>2</sup>, Regina Célia Lima Caleiro<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912311

**RESUMO** Estudo qualitativo, alicerçado na história oral, realizado com 19 mulheres, com o objetivo de analisar narrativas de mulheres sem filhos em relação à maternidade e à não maternidade. A análise das narrativas aponta que as mulheres vivenciaram historicamente mudanças nos valores e práticas que resultaram em novas concepções acerca da identidade feminina, impactando o ideal feminino de mulher-mãe, presente no imaginário social. A maternidade, que foi socialmente construída, assume novo valor na contemporaneidade, e ter ou não filho resulta do desejo de cada mulher.

**PALAVRAS-CHAVE** Comportamento materno. Mulheres. Identidade de gênero.

**ABSTRACT** *Qualitative study, based on Oral History, conducted with nineteen women, with the purpose of analyzing narratives of women without children in relation to motherhood and not motherhood. The analysis of the narratives points out that women have historically experienced changes in values and practices that have resulted in new conceptions regarding female identity, impacting the feminine ideal of the woman-mother, present in the social imaginary. Motherhood, which was socially constructed, takes on a new value in contemporary times and the decision to whether or not have a child results from the desire of every woman.*

**KEYWORDS** *Maternal behavior. Women. Gender identity.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) - São João Del Rei (MG), Brasil.  
[jack.machado@hotmail.com](mailto:jack.machado@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Minas Gerais (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil.



## Introdução

### Mãe doce mãe, lar doce lar ou os efeitos do biopoder

Se a função maternal, até o século XVII, não era valorizada socialmente, podemos afirmar que, no final do século XVIII, houve uma mudança extremamente significativa. Reconhecida e incentivada, tornou-se alvo das mais diversas recomendações quanto aos cuidados que as mães deveriam dedicar aos filhos<sup>1</sup>. No despojar do século XIX, ao rol dos valores burgueses, foram inseridas a devoção ao lar e a presença vigilante e amorosa da mãe que transformaram a nova mulher em ‘rainha do lar’<sup>2</sup>.

O culto à maternidade e de todas as funções exigidas pela manutenção do bem-estar da prole foi o terreno fértil para que o amor materno fosse naturalizado e generalizado enquanto condição feminina referendada pelo determinismo biológico<sup>3</sup>. A partir de então, prevaleceu socialmente a “ideia de maternidade como elemento definidor da condição de feminilidade”<sup>4(105)</sup>.

Na virada do século XX, particularmente no Brasil, a maternidade atestava a importância das mulheres brancas na vida privada; e os discursos sobre a sua natureza contribuíram para segregá-las ao lar e impedir que seus direitos civis, econômicos, políticos, sociais e intelectuais fossem exercidos plenamente. Nesse contexto, a maternidade proporcionava reconhecimento social; e até a década de 1970, era um processo natural dentro do casamento, em que a reprodução representava instinto natural aliado ao dever de perpetuar a espécie<sup>5</sup>.

No contexto histórico no qual foi elaborado o ideal de mulher-mãe, a maternidade era condição *sine qua non* para que a mulher estruturasse sua identidade feminina e se reconhecesse como ‘normal’.

Ao tratar das mulheres que fugiram do comportamento ‘natural’, Dias fez referência ao erro dessas abordagens generalizantes que trataram a ‘mulher’ como uma categoria universal

com características comuns determinadas organicamente, constituindo, aquelas de comportamento diverso, versões anormais. Tal postura revela-se ilusória, pois a ‘mulher universal’ e o ‘homem universal’ são criações mentais inexistentes no campo factua<sup>6(113)</sup>.

Contudo, deve-se que considerar que as identidades são construções discursivas e culturais, e não fixas ou imutáveis. A identidade de gênero também é construída historicamente, e os discursos constituem o sujeito, em uma versão foucaultiana em que este sujeito é o efeito das relações entre saber e poder. O sujeito é constituído, é fundado nas relações que se organizam em torno dele, e pode-se falar, portanto, em uma construção cotidiana do feminino<sup>7</sup>.

No Brasil, entre o final do século XIX e o início do século XX, o projeto de higienização que se ocupou dos corpos das mulheres e a construção do modelo mulher-mãe objetivavam moldar o comportamento feminino por intermédio do casamento indissolúvel, comedido, recatado, em que a sexualidade tinha como objetivo a procriação. A intervenção médico-estatal sobre a sociedade incidiu primordialmente no comportamento familiar e delegou lugares específicos para homens e mulheres. No casamento concebido como ideal, a escolha dos cônjuges estava atrelada à saúde da prole que não dependia unicamente dos cuidados ministrados após o seu nascimento, mas da condição física e moral dos pais antes e após o contrato conjugal. Os valores patriarcais foram suprimidos ou reprimidos; e, em troca, foram concedidos aos indivíduos direitos à sexualidade e à afetividade. Essa nova forma de aburguesamento da sociedade oitocentista, e também da sociedade republicana, foi possível graças ao novo enfoque dado ao amor que permitiu ao projeto higienista

realizar sua manobra mais ambiciosa e, talvez, mais bem-sucedida junto à família: converter quase completamente a figura sentimental do homem ao personagem do pai, e a da mulher ao personagem da mãe<sup>8(293)</sup>.

Diante do exposto, afirma-se que a maternidade é um fato social e, portanto, socialmente produzida e significada, o que provocou a reflexão de muitos autores que se debruçaram sobre o tema.

Com esses pressupostos, sugere-se pensar a maternidade como uma questão biopolítica visto que ainda persiste a vinculação da mulher à maternidade, pois

a centralidade na mulher-mãe reforça estereótipos sobre a condição feminina dentro de um viés biologicista que coloca como predisposições naturais a função de boa cuidadora no âmbito privado/doméstico<sup>9(161)</sup>.

Foucault apresenta a definição de biopolítica como a intervenção e a vigilância exercida sobre os corpos, ou seja, é uma tecnologia disciplinar iniciada nos séculos XVII e XVIII pelas técnicas de poder centradas no corpo para aumentar sua capacidade. Ele propõe outra visão das instâncias sociais, mediante um novo conceito de poder, ou seja, a modernidade apresenta novas estratégias de poder, de verdade e de subjetividade<sup>10-12</sup>. Destarte, o corpo feminino é atrelado à maternidade, garantindo à mulher uma identidade, qual seja, a mãe.

As biopolíticas estudadas por Foucault estavam a serviço da formação dos Estados Nacionais e das classes burguesas e propunham novos valores. A biopolítica enfatizava a sexualidade, produzindo identidades via desejo sexual, ligado

à produção de corpos dóceis, submissos e disciplinados, à consistência ontológica da subjetividade e ao universalismo ético que possibilitava a implantação de uma identidade nas práticas subjetivantes modernas<sup>10(11)</sup>.

Ao implementar políticas de natalidade, saúde, higiene etc., a biopolítica revela as formas de assujeitamento dos indivíduos. Tomados enquanto conjunto, são incluídos no sistema normalizador, e o poder exercido sobre os corpos vai domesticá-los, tornando-os

submissos e eficazes. As práticas subjetivantes derivam, portanto, das tecnologias políticas utilizadas na fabricação do sujeito<sup>11,12</sup>.

Foucault, na 'História da Sexualidade III', revela a valorização da sexualidade pela medicina a partir do século XIX, assegurando o controle do organismo e do desejo. Se o poder constitui a realidade e é composto por tecnologias que incidem sobre o corpo, este passa a ser moldado para atender aos interesses do primeiro. Assim, a sexualidade é vista como um dispositivo de dominação do corpo e do desejo.

Entretanto, há que se considerar que as mudanças ocorridas no século XX, como os movimentos sociais, lutas políticas, o feminismo e o surgimento da pílula anticoncepcional, impulsionaram a possibilidade de outras escolhas e a desnaturalização da maternidade como condição feminina da mulher<sup>13</sup>.

A identidade feminina é resultado dos processos históricos, pelas vivências singulares e coletivas, cotidianamente, marcada pelos discursos e valores sociais. Segundo Maffesoli<sup>14</sup>, para compreender esse processo de construção, é preciso perceber os valores compartilhados cotidianamente.

A construção do feminino faz-se nas instâncias do social, passando pela representação dos corpos, da sexualidade e das relações de gênero, nas quais as relações de poder, no sentido foucaultiano, produzem normas que influenciam ou pretendem determinar a condição feminina. Essa construção se dá pelos processos de subjetivação que acontecem cotidianamente.

Para Maffesoli<sup>14</sup>, esse cotidiano é definido pela maneira de viver de cada pessoa e do coletivo, o saber-fazer, o saber-dizer e o saber-viver. A vida não se reduz ao sujeito individual, mas ressurgem na socialidade, denominada por ele como uma espécie de empatia comunalizada, ou seja, é a experiência coletiva que acontece no dia a dia, é o conhecimento comum que alicerça essa construção. O autor nos convida a compreender a existência feminina por meio dos aspectos cotidianos, das ações subjetivas dos sujeitos nos seus ambientes de vivência coletiva, pois a experiência comum é parte

fundamental da trama societal. Em sua análise social, valoriza os aspectos do sentimento e do imaginário, e o imaginário individual corresponde ao imaginário do grupo no qual o indivíduo se encontra inserido. A vida social é feita de emoções, sentimentos e afetos compartilhados, em que a subjetividade tanto se ancora como interioriza os valores coletivos.

Se a ideia de que a realização da mulher pela maternidade está sendo desconstruída e que na atualidade ela conquista espaço para fazer suas escolhas, isso resulta em uma mudança social e na ruptura com o papel feminino unívoco. Historicamente, todo o processo de mudança possibilitou alterações nas formas de construção de identidade e subjetivação, fazendo surgir novos papéis e formas de manifestações femininas<sup>13,15,16</sup>.

O percurso histórico do movimento feminista abriu o caminho das pesquisas acadêmicas com ambições mais teóricas que em seu conjunto pretendia

criticar os saberes constituídos, que se davam como universais a despeito do seu caráter predominantemente masculino [...] assim nasceu o desejo de um outro relato, de uma outra história<sup>17(20)</sup>.

Segundo Gonçalves<sup>18</sup>, as abordagens feministas possibilitaram considerar outras facetas simbólicas da maternidade, considerada não como dado biológico, mas socialmente construída.

Perceber o cotidiano da cultura e sua produção de sentidos torna-se necessário para compreender a forma como o sujeito percebe, interpreta o mundo e o experiencia, visto que a razão não é suficiente para explicar a complexidade da vida cotidiana ou dos modos de relação entre sujeito e mundo.

## Métodos

Este estudo está alicerçado na história oral e apresenta uma pesquisa qualitativa que faz uso de fontes orais, coletadas por entrevistas para

revelar as experiências dos sujeitos envolvidos. Seus registros são importantes para consideração social, pois a história oral deixa de ser documento equiparável aos preexistentes, escritos, fundamentando nova versão dos fatos. O método de história oral é um processo dinâmico que envolve a utilização de narrativas transformadas da forma oral para a escrita, norteando processos sociais ao favorecer investigações no âmbito da memória cultural e individual. Nessa ótica de trabalho, o tipo de história oral a ser utilizada será a híbrida, quando as narrativas se mesclam com a literatura, a partir de uma análise cruzada. Toma a história oral temática como gênero narrativo, revelando o que as colaboradoras pensam sobre identidade feminina, não maternidade e a maternagem exercida por mulheres sem filhos<sup>19</sup>.

Fundamenta-se na sociologia compreensiva do cotidiano de Michel Maffesoli, que parte da experiência subjetiva do sujeito uma vez que ele se constrói, em determinado tempo e espaço, permitindo uma compreensão da história narrada por cada mulher, considerando todo o seu contexto e respeitando a visão subjetiva dos fatos; e no conceito de biopolítica de Michel Foucault, que regulamenta e faz a gestão da vida pelos mecanismos e tecnologias aplicadas à população, normatizando e regulando o corpo feminino, construindo um discurso científico sobre condição feminina e maternidade.

A pesquisa envolveu 19 mulheres de diferentes idades, profissões, estrato socioeconômico, estado civil e orientação sexual, brancas e não brancas, oriundas de cidades de pequeno e médio porte, assim como de capitais, escolhidas pela técnica de bola de neve (*snowball*), na qual os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, e assim sucessivamente, até que seja alcançado o ponto de saturação<sup>20</sup>.

Os critérios de inclusão preestabelecidos foram: não ter filhos; utilizar ou conhecer programas públicos de atenção à saúde da mulher; ter idade reprodutiva entre a década de 1950, marco do advento das políticas públicas nacionais e a década atual, 2010; ser maior de 18 anos.

Para coleta de dados, foram utilizadas entrevistas realizadas no período de janeiro a março de 2015, de acordo com as etapas propostas pela história oral<sup>19</sup>: a pré-entrevista, em que o colaborador recebe informações sobre a pesquisa; a entrevista, com gravação das narrativas e registro dos dados; e a pós-entrevista, com devolução das transcrições dela à colaboradora para aprovação. As entrevistas foram encerradas quando se percebeu a saturação dos dados, sem acréscimo de novas questões referentes ao tema estudado. Neste artigo, as participantes estão identificadas com nomes de flores, estado civil e suas idades.

A leitura das narrativas foi realizada utilizando o modelo proposto por Lieblich, Tuval-Maschiach e Zilber<sup>21</sup>, que apresentam quatro combinações: conteúdo holístico ou integral, conteúdo categorial, forma holística ou integral, e forma categorial. Optou-se, portanto, por identificar as histórias, fazer a discussão e a análise delas mediante a apreciação do conteúdo holístico/integral e da forma categorial. No modo de conteúdo holístico/integral, a leitura faz considerações de toda a história e foca sobre o seu conteúdo, possibilitando acesso às apreensões e compreensões dos significados-chave em suas vidas e contextos culturais das mulheres entrevistadas. No modo forma categorial, deve-se olhar a forma e os aspectos de sessões separadas, pressupondo que a forma em que as histórias são apresentadas reflete processos de pensamento. Esta análise considerou a percepção das participantes sobre a construção da identidade feminina e maternidade. Após a análise dos dados coletados, fez-se a interpretação buscando a compreensão do tema por meio de um diálogo com os autores que compõem o referencial teórico da pesquisa.

O estudo foi aprovado sob o CAAE 37866014.9.0000.5149, pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais (Cepe-UFMG), e as colaboradoras concordaram em participar conforme assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados e discussões

### Valores em conflito: a maternidade e as mudanças na identidade feminina

As transformações históricas que afetam a vida das pessoas, alterando concepções, práticas e identidades sexuais, refletem na forma de fazer-se mulher, na possibilidade de viver prazeres e desejos corporais, ou seja, as transformações históricas são promovidas socialmente. Nessa perspectiva, a própria concepção de corpo é engendrada nos processos culturais que produzem e transformam a natureza e a biologia, portanto, é socialmente que os corpos ganham sentido. A inscrição do gênero feminino no corpo leva as marcas de uma cultura; por sua vez, a identidade de gênero e sexual é composta e definida pelas relações sociais. As identidades sociais, portanto, são definidas no contexto cultural e histórico<sup>22</sup>, como se vê na percepção de Violeta:

*Porque antes a mulher não tinha liberdade [...] assim, você vê, a mulher hoje ela trabalha em qualquer setor, basta ser habilitada, não é isso? E presta um benefício muito grande, em qualquer... por exemplo na área médica, na área de parapsiologia, psicologia e... ah, tem uma infinidade de... em todas as áreas, a mulher tem prestado serviços. [...] O anticoncepcional, a princípio ele era um horror, o terror, mulher não podia ir à farmácia comprar anticoncepcional, tinha que pedir um amigo... ou pai... nada, o pai, nossa senhora, não podia nem falar com o pai isso, pedia uma pessoa amiga lá para comprar, uma senhora, uma coisa assim, não precisava ser homem não. Mas a mulher não... a mulher solteira não. (Violeta - solteira, 83 anos).*

Percebe-se uma diferença de valores das mulheres que vivenciaram o início da pílula anticoncepcional, as mudanças e conquistas provocadas pelo movimento feminista e tudo o que aquele momento representou. Essas mudanças são apontadas em um estudo sobre



não maternidade e vida profissional, em que “a mulher foi protagonista de mudanças sociais que manifestam uma ruptura em seu modo de ser e agir”<sup>16(208)</sup>. Os resultados apontam que a inserção no mercado de trabalho aparece como uma conquista de independência.

Assim, há um deslocamento da identidade feminina, a mulher passa à construção do feminino baseada no valor do trabalho fora de casa, ao qual confere um valor de constituição identitária que recusa a identidade exclusiva da maternidade. Ou seja, o trabalho feminino remunerado possibilitou a emergência dessa nova posição<sup>23</sup>.

Todavia, o trecho “*Mas a mulher não... a mulher solteira não*” aponta o surgimento de novos valores em conflito com aqueles já arraigados, em que o ideal feminino estava atrelado à maternidade e à constituição de uma família tradicional, com papéis definidos. Ideal construído cultural, histórica e cotidianamente, influenciado pelas políticas de saúde normatizadoras do corpo feminino e pelos programas assistenciais focados na mulher-mãe, capaz de garantir a configuração familiar<sup>14,11,12</sup>.

Gerações diferentes, valores compartilhados. Em um primeiro momento, para Jasmim, a opção era casar e ter filhos:

*Eu sou uma jovem senhora considerada adolescente ainda. Sou uma pessoa muito bem relacionada, incluída na sociedade que eu vivo, né... um extenso grupo de amigas, uma mulher comum que já teve seus sonhos de adolescente, alguns desfeitos, e a vida continua... e a gente resolve encarar outros sonhos e outros caminhos. Sou uma pessoa normal, ‘uma Cinderela de sapatinho quebrado, lascado’ [destaque nosso] [...] [risos]. Sou isto. Algumas escolhas na minha vida não foram bem “escolhas”. A vida nos leva a seguir um caminho. A minha ideia... a minha primeira ideia de mulher, de ser humano, de pessoa, era a que todo mundo tem, eu vou casar, ter filho, constituir família e tudo o mais. Esta era a minha primeira ideia de vida. Mas aí os relacionamentos não... não dão certo, os desencontros surgem, as decepções vêm, e depois, aquelas decepções que você acha*

*que são decepções, tornam-se uma coisa comum na sua vida e que você tem que seguir a sua trajetória sem se frustrar muito e continuar levando sua vida. (Jasmim, solteira, 47 anos).*

A ideia da maternidade como condição natural da mulher se faz presente, independentemente da idade. Para Jasmim, a primeira ideia era casar-se, ser mãe, como isso não aconteceu, ela se adaptou à situação e se sente feliz, mesmo sem filhos. Ao se definir como uma “*Cinderela de sapatinho quebrado*”, deixa transparecer um certo desapontamento, mas nem por isso deixou de ser Cinderela ou perdeu sua identidade.

Em alguns contextos sociais, ainda se considera como o ambiente natural da mulher a esfera doméstica, a maternidade é direito e dever e o seu exercício anula a identidade da mulher<sup>24</sup>. Na contemporaneidade, mesmo a mulher sendo independente para fazer sua escolha, constata-se que o imaginário coletivo é fortemente marcado pelo discurso da maternidade como condição de feminino:

*Eu defino esta como questão de uma... de... é... poder, é... embora ainda numa sociedade extremamente tradicional em relação a algumas questões, de que esta... a maternidade ela não é... a maternidade é uma escolha, nós, diferentemente de outros animais é... é... não temos esse... isto não perpassa por uma questão da natureza humana. O que seria da natureza aí é que a barbiga vai crescer, ele vai ser alimentado lá dentro, o corpo vai trabalhar num determinado momento para ele sair, não é isto? Mas o que nós construímos em relação a isto, é de uma construção social e cultural. [...]. Entendo que esse caminho, eu que construo, não há nada que seja da natureza humana, é algo que é da minha construção. [...] todo mundo tem esta expectativa, principalmente para quem casa. Porque mesmo que a sua opção de casar seja sua, eu não quero casar, para a maior parte das pessoas é: nossa, coitada, a pessoa não conseguiu casar: ‘ah, ela não conseguiu casar, ah, ela não conseguiu ter filhos’. Não, ninguém quer saber se você optou por não casar,*

*as pessoas acham ainda que você não conseguiu [risos]. Não, você lindamente escolheu, não, não quero, não quero este tipo de parceria não, não quero ninguém na minha casa, dividindo comigo. Só que se você faz isto, aí então aceitar que você fez, e ainda não quer filhos? Não, é você dizer não, eu não quero casar, ou então, não, eu não quero ter filhos. [...] eu acho uma sociedade muito organizada para isto, para casamento com filhos. E é muito novo isto na nossa sociedade, assim, as mulheres que não quiseram ter filhos, isto é muito novo, pela escolha é muito novo. (Açucena, casada, 42 anos).*

Quando a maternidade se torna uma escolha, e não apenas uma questão da natureza feminina, transforma a identidade da mulher, além de propiciar o rompimento com os valores sociais construídos historicamente. A crítica da Açucena – “*ah, ela não conseguiu casar, ah, ela não conseguiu ter filhos*” – expressa o preconceito que ela vivencia no seu cotidiano e que ainda existe em relação à mulher que escolhe a não maternidade.

Esse pensamento é corroborado por diversos autores citados por Fidelis e Mosmann<sup>25</sup>, em um estudo sobre a maternidade na contemporaneidade. Em resumo, o estudo aponta que a questão da escolha da não maternidade é vista como anormalidade, algo fora dos padrões tradicionais da sociedade, despreparo e como objeto de conflitos para as próprias mulheres. A mulher contemporânea tem outras perspectivas e escolhas não centradas na maternidade, entretanto, assumir essa posição ainda é um desafio no enfrentamento da pressão social e da discriminação. Desse modo, na opinião de Mondardo e Lima, ela constrói novos modelos de funcionamento feminino<sup>26</sup>.

A maternidade possui diferentes faces, diferentes significados em diversos contextos. No entanto, é importante entender como as mulheres subjetivaram esse valor e como fizeram suas escolhas, construindo novas histórias, menos atraídas pelo ideal de mulher-mãe e pelo cotidiano doméstico.

## A mulher contemporânea e a não maternidade

Nos relatos, transparecem interessantes justificativas sobre a escolha da não maternidade, fundamentadas nas histórias de vida de cada mulher, como se pode constatar:

*Eu conheci a pessoa com quem eu casei [...] já me veio com uma família formada, tinha separado, três filhos, eu não tinha filhos e nem pensava em ter filhos [...] estamos aí num período de vinte e oito anos casados. [...] tanto aquela experiência tanto que eu vivenciei, de dificuldades, assim, porque querendo ou não querendo, no interior a vida era mais difícil. [...] o que que eu pensava da maternidade, que eu queria mesmo talvez me dedicar a minha carreira, ter minha independência financeira, eu queria assim, ser mais eu. Eu falava assim ‘ah meu Deus, se eu separo eu não vou dar conta mesmo de trabalhar e de me dedicar aos filhos... quando eu conheci meu marido... veio me confirmar tudo isso, porque eu não ficava o tempo todo pensando se eu ia ou não ter filhos, nunca pensei... foi assim uma consequência da vida... foi um projeto natural, muito natural, hora nenhuma eu parei debaixo do travesseiro para pensar sobre eu não ter, se eu fiz a escolha certa, ou não fiz, não teve isso... eu não tive, hora nenhuma, isso aí eu te falo assim de coração. (Girassol, casada, 52 anos).*

Mesmo sem ter refletido para tomar a decisão de não ter filhos, Girassol apresenta aqui o seu não desejo pela maternidade, o que corrobora estudo<sup>16</sup> no qual respostas subjetivas mostram que muitas mulheres não se identificam com a maternidade, e encontram outras fontes de satisfação. A maternidade deixa de ser a única conquista, ela tem outras chances, passa a ser reconhecida pelo seu trabalho, faz suas escolhas, torna-se protagonista de sua vida.

Para algumas mulheres, a não maternidade não está atrelada a alguma experiência traumática ou ruim de como foi relatado por outras mulheres, mas fundada no próprio desejo ou visão de mundo:

Pois é, essa era uma discussão que eu tinha muito com essa professora minha, que as feministas no geral elas não acreditam em instinto materno. [...] eu particularmente eu não acho que seja um instinto materno ou uma coisa que, é... sabe assim... aflore dentro de mim, quando eu vejo um neném... às vezes as pessoas me perguntam: 'mas você vê, quando você passou na ginecologia, na obstetrícia, você não sentiu vontade de ter neném?' Eu não acho que, não é vendo um neném assim que eu tenho vontade de ter filho. [...] Eu não me vejo como uma pessoa que não... não quer ter filhos, mas eu não acho que seja obrigatório uma pessoa também ter filhos, eu não acho que uma mulher que não tem filhos seja uma mulher que não vá ser uma mulher de verdade, assim, toda... não acho. É... eu acho que alguns pontos assim interessantes nesse quesito é porque que as mulheres... por exemplo, assim, eu convivo com muitas mulheres, com alto nível de graduação, pós-graduação, e por que que a mulher não tem filho? (Flor-de-Lis, solteira, 26 anos).

Flor-de-Lis, embora tenha uma visão positiva da maternidade, acredita que nem toda mulher quer ser mãe, que isso não é uma obrigação ou condição de ser mulher. Para ela, essa escolha acontece pelo desejo ou por outros motivos, inclusive profissionais, uma vez que, atualmente, a mulher também está competindo no mercado de trabalho.

As razões circunstanciais apresentadas para justificar a não maternidade, aliadas ao não desejo de ser mãe, permitem uma comparação com a reflexão de que é possível pensar

a possibilidade de uma mulher optar por não ter filhos, uma vez que não existe um instinto inato que a faça desejar a maternidade ou amar incondicionalmente a criança que ela gera<sup>26(216)</sup>.

O que se confirma na narrativa de Gérbera:

*Não tive filhos, e aí é uma opção... a minha escolha tá pautada na minha cabeça hoje, porque eu brinco que amanhã eu não sei o que vai ser, mas até hoje sempre foi uma certeza não querer ter*

*filhos. [...]. Na verdade eu não sei nem dizer se é uma opção, se tem algum momento da minha vida em que eu disse assim: 'bom, vou tomar uma decisão e essa decisão é de não ter filhos'. [...]. Mas eu nunca tive na minha história o contrário, o desejo de tê-los. [...] a minha infância, por exemplo, é... ela não é recheada de histórias de bonecas, de ser mãe, de filhinho, de cuidado, as minhas opções eram sempre os jogos, o esporte, outros desafios, então eu sempre me via mais envolvida com outros tipos de curiosidades, de inquietações, de vontades do que a da maternidade, a da menina, a da boneca, posso contar no dedo eu acho a quantidade de bonecas que eu tive [...]. É uma decisão individual mesmo, pessoal, esse desejo não existe, não tá no campo do desejo. Eu acho que o desejo da liberdade, o desejo da individualidade, o desejo do tempo só meu, é... talvez seja egoísmo? [...]. Talvez... não sei o que justifica essa escolha, que não passa por medos, nem biológicos, nem sociais, vamos falar assim, mas que tem a ver com uma decisão particular mesmo? Eu, Fulana, mulher, com quarenta e um anos, não desejo... não desejei, e não desejo ter filhos. Mas gosto do cuidar, gosto das crianças, mas no meu tempo, no tempo da minha escolha, no momento em que eu não estou fazendo outras coisas que eu desejo fazer mais do que ter filhos. (Gérbera, casada, 41 anos).*

A emancipação feminina permite à mulher novas possibilidades, garantindo-lhe o direito de decidir sua vida, de ter suas próprias escolhas, de ser livre para pensar sobre o que quer fazer, o que gosta e o que não gosta. Com autonomia sobre o seu corpo e sua vida, muitas assumem a não maternidade com mais tranquilidade, usufruindo a liberdade de fazer suas próprias escolhas.

As possibilidades são muitas: a independência financeira pelo trabalho que possibilita sustentar a escolha, o desejo de liberdade, diminuição da cobrança social e da obrigatoriedade de ser mãe, assim como as justificativas: os medos, as influências sofridas, perdas não elaboradas, identificação maternal, preocupação com a imagem corporal, entre outras coisas, podem definir a escolha pela vida sem filhos<sup>16,26</sup>.

Não ter filhos por escolha, consciente ou inconsciente, torna-se cada vez mais comum, e no mundo inteiro aumenta a ausência voluntária de filhos. Muitas mulheres se questionam se querem ou não ter filhos, descobrem outras experiências além da maternidade<sup>13,26</sup>. Essas ideias são corroboradas por estudo<sup>18</sup> que assegura que as mulheres que escolhem não ser mães se realizam e encontram satisfação em suas experiências e trajetórias de vida. Ademais, se no Brasil a não maternidade é escolha de poucas mulheres, é porque nem todas as escolhas estão disponíveis a todas elas.

Embora a maternidade ainda hoje seja incentivada como marca da identidade feminina, as mulheres têm-se posicionado e feito a sua escolha. Elas conquistaram uma liberdade em seu trajeto histórico, e vão decidir sobre seus desejos e seus corpos.

### Outras maternagens

Entende-se por maternagem a relação que não é condicionada ao aspecto biológico da maternidade, e sim ao afeto e desejo de cuidar<sup>27</sup>.

A maternagem aparece como justificativa para o fato de não terem filhos: o cuidado, a dedicação e o amor aos sobrinhos, de certa forma, preenchem o possível vazio deixado pela não maternidade. O devotamento foi endereçado a outros, sublimando o desejo de cuidar de seu próprio filho.

Ao afirmar que “os sobrinhos preenchem a não maternidade”, Gardênia descreve a maternagem como forma de sublimação:

*E como eu tenho muitos sobrinhos, eles preenchem aquilo. Então isto nunca... Mas eu nunca me incomodei de não ter filhos não. E até muito tempo na minha vida eu não incomodava em não ter filhos não. Meus sobrinhos me preenchem. [...] só este lado que as pessoas querem mais de você, achando que porque você não tem filho você pode dar [risos] outras obrigações.... Alguém adoeceu, sou eu que vou, todo mundo me cobra isto. Pelo fato... isto aí não é só pelo fato de não ter filho, pelo fato também de não ter marido... então as pessoas*

*me cobram isto muito, que é a parte que eu não gosto, eu posso ir e tudo, mas não quero ser cobrada, e eu sou bastante cobrada neste sentido. É isto aí. (Gardênia, solteira, 68 anos).*

Um fator relevante a se considerar é a identificação de uma cobrança pela disponibilidade de quem não tem filhos como uma obrigação de cuidar de outras pessoas, de ter tempo para o outro, e uma responsabilização no papel de cuidadora. O relato também evidencia dois sentimentos: um tom de queixa por ter assumido responsabilidades e um certo grau de satisfação pelo dever cumprido, o que evidencia Magnólia:

*Cuido das minhas irmãs, faço tudo. As meninas falam que eu tinha que ser enfermeira. Eu cuido de todo mundo, de minhas irmãs, meus sobrinhos, de quem precisar de mim. [...]. Eu nasci para ser mãe diferente, para cuidar dos meus sobrinhos. Eu cuido dos meus sobrinhos... hoje mesmo eu cuido... de todos se precisar. [...]. Eu não tenho o dom da maternidade de mim, mas ao mesmo tempo eu tenho de cuidar dos meus sobrinhos, entendeu? Cuido, eles conversam comigo... tem problema, eles conversam com a mãe deles? Eles sentam aqui e conversam comigo, de namorada, de problema. (Magnólia, solteira, 52 anos).*

Esse cuidado pode ser exercido na dedicação a outras pessoas além dos sobrinhos, com pais, irmãos mais novos, até mesmo com animais. Cuidado este atribuído, culturalmente, ao papel feminino. Ou seja, as mulheres exercem a maternagem, mesmo sem filhos. “As mulheres maternam. Em nossas sociedades, as mulheres não apenas geram filhos”<sup>28(118)</sup>. Com essa afirmativa, pretende-se apresentar o fato que, mesmo não exercendo a maternidade, as mulheres muitas vezes exercem esta função.

Para algumas mulheres, não ter filhos pode não ser tão tranquilo, entretanto, maternar sobrinhos ou irmãos mais novos pode compensar o desconforto causado por essa situação. Um cuidado que tanto pode preencher o espaço de filhos quanto influenciar a escolha pela não maternidade:

*Hoje o meu principal papel é de cuidadora, porque minha mãe mora comigo depois que ficou viúva, há onze anos, quase doze, e meus sobrinhos também, que acabam vindo para cá para estudar e ficam lá em casa. Eu costumo até brincar que eu sou mãe sem ter tido nenhum filho. [...]. Desde criança, quando eu mudei para a cidade, eu por ser a irmã mais velha das mulheres, eu tinha irmãos mais velhos que eu, eu tive que assumir a casa como se eu fosse a dona da casa, então isso de certa forma inviabilizou de viver outras coisas... Depois muito cedo eu comecei a trabalhar, também, isto foi uma coisa importante para mim, e minha vida é isto, meu cotidiano é este. (Dália, solteira, 52 anos).*

No relato acerca da maternagem como uma possibilidade de exercer um ‘papel feminino’ transparece um certo incômodo da Dália pelo fato de não ter filho. Essa constatação nos permite inferir que o processo de cuidar de outro, de certa forma, pode redimi-las de uma culpa, e, ao mesmo tempo, justifica a não maternidade. Importa considerar que a maternagem não é um aspecto exclusivo das práticas femininas, também é uma construção social, e que não exclui os homens de seu exercício.

## Considerações finais

O imaginário social é permeado ainda pela maternidade enquanto condição do feminino. Essa condição que durante muito tempo definiu o papel feminino foi construída cotidianamente, pelos valores partilhados na sociedade pelos discursos do poder. Os saberes médicos foram validados pelo senso comum, criando o mito do instinto materno.

Desconstruir o ideal de mulher-mãe é algo complexo, pois demanda uma conscientização da sociedade e mudança nos valores partilhados. A maternidade possui diferentes significados, de acordo com o momento histórico e com a vivência de cada mulher. Foi também o desejo pela compreensão da experiência da não maternidade que impulsionou a pesquisa apresentada.

No relato das protagonistas desta investigação, ficou evidente que as mudanças sociais impulsionaram a conscientização das mulheres acerca de seu próprio corpo e que, ao apropriar-se dele, elas passaram a tomar decisões de acordo com seus desejos. Nesse contexto, a maternidade já não se apresentou como fator primordial em suas vidas. A mulher, como ser humano, está sujeita a uma multiplicidade de experiências mais ou menos submetidas aos valores sociais de uma determinada época.

As histórias de vida das colaboradoras demonstraram como elas estão distantes da ‘condição feminina’ estampada nos símbolos e nos mitos inspirados no ciclo biológico que evoca o eterno renascer, o poder de gerar e ‘dar à luz’ novas vidas. São símbolos que remetem aos estereótipos de um tempo sem medida, ou seja, adaptáveis a qualquer conjuntura histórica. Entretanto, o processo histórico das lutas femininas se contrapôs ao domínio dos mitos e abriu novas possibilidades conquistadas pelas mulheres contemporâneas.

Importa agora considerar as transformações no papel feminino, a autonomia das mulheres para fazer suas próprias escolhas e recusar a maternidade obrigatória, lançando novos ou outros olhares para se dar conta da complexidade que é ser mulher.

## Colaboradores

Machado JSA (0000-0003-0161-2300)\* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Penna CMM (0000-0001-5277-2860)\*, orientadora da pesquisa, contribuiu para a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Caleiro RCL (0000-0002-3734-4494)\* contribuiu para a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
2. Frassão MCGO. Saúde é só para a mulher mãe: as políticas públicas em questão. In: Anais do 9º Seminário Fazendo Gênero; 2010; Ago 23-26; Florianópolis. Florianópolis: UFSC; 2010. p. 1-9. [acesso em 2016 maio 20]. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278287079\\_ARQUIVO\\_SAUDEESOPARAAMULHERMAE.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278287079_ARQUIVO_SAUDEESOPARAAMULHERMAE.pdf).
3. Vazquez GGH. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. *Rev Trilhas Hist.* 2014; 3(6):167-181.
4. Vazquez GGH. Sobre os modos de produzir as mães: notas sobre a normatização da maternidade. *Rev Mo-saico.* 2014; 7(1):103-112.
5. Badinter E. O Conflito: a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record; 2011.
6. Dias MOLS. Quotidiano e poder em São Paulo no século XIX. São Paulo: Brasiliense; 1984.
7. Maia CJ, Jardim AFC. Michel Foucault e a crítica ao sujeito constituinte: diálogos com a teoria feminista. *Rev Caminhos Hist.* 2008; 13(2):81-90.
8. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
9. Carloto CM, Silvano MA. A família e o foco nas mulheres na política de assistência social. *Soc Debate.* 2008; 14(2):153-168.
10. Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface comun. saúde educ.* 2003; 8(14):9-20.
11. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2010a.
12. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2010b.
13. Barbosa PZ, Rocha-Coutinho ML. Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Psicol. soc. (Impr.).* 2012; 24(3):577-587.
14. Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina; 2010.
15. Fiorin PC, Oliveira CT, Dias ACG. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. *Rev. bras. orientac. prof.* 2014; 15(1):25-35.
16. Smeha LN, Calvano L. O que completa uma mulher? Um estudo sobre a relação entre não-maternidade e vida profissional. *Psicol. Argum.* 2009; 27(58):207-217.
17. Perrot M. Minha História das Mulheres. São Paulo: Contexto; 2016.
18. Gonçalves E. Solteira, sem filhos: menos que meia pessoa? *Mediações.* 2017; 22(2):479-509.
19. Meihy JCSB. Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias. São Paulo: Contexto; 2011.
20. Baldin N, Munhoz EMB. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). *Rev. Eletrônica Mestr. Educ. Ambient. [internet].* 2011 [acesso em 2016 maio 20]; 27:46-60. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/remea/article/view/3193>.
21. Lieblich A, Tuval-Mashiach R, Zilber T. Narrative research: reading, analysis and interpretation. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
22. Louro GL. Pedagogias da sexualidade. In: Louro GL, organizador. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2001. p. 7-34.
23. Lipovetsky G. A terceira mulher. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
24. Machado AL. A maternidade, o trabalho doméstico e

- a identidade feminina: um estudo particular. *Linhas*. 2007; 2(1):1-9.
25. Fidelis DQ, Mosmann CP. A não maternidade na contemporaneidade: um estudo com mulheres sem filhos acima dos 45 anos. *Aletheia*. 2013; (42):122-135.
26. Rios MG, Gomes IC. Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção de não ter filhos. *Est Psicol*. 2009; 26(2):215-225.
27. Gradwohl SMO, Osis MJD, Makuch MY. Maternidade e Formas de Maternagem desde a Idade Média à Atualidade. *Pensando Fam*. 2014; 18(1):55-62.
28. Mansur LHB. *Sem filhos: a mulher singular no plural*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
- 

Recebido em 18/03/2019

Aprovado em 25/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil

## *Maternal deaths due to abortion among adolescents in Piauí, Brazil*

Maria das Dores Sousa Nunes<sup>1</sup>, Alberto Madeiro<sup>2</sup>, Debora Diniz<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912312

**RESUMO** Este artigo analisa as mortes maternas de adolescentes no Piauí e descreve as histórias daquelas que morreram por aborto induzido entre 2008 e 2013. O estudo foi realizado em duas etapas. A primeira, quantitativa, obteve dados demográficos e causas básicas dos óbitos do Sistema de Informações de Mortalidade. Na segunda, qualitativa, foram entrevistadas as mães das adolescentes. As mortes de adolescentes representaram 17,2% (50 casos) do total de óbitos maternos. A maior parte das jovens residia em cidades do interior (78%) e era negra (70%). Destacaram-se como causas dos óbitos transtornos hipertensivos (28%), infecção puerperal (16%), hemorragia (12%), tromboembolismo (12%) e aborto (10%). O uso de medicamento ocorreu em todos os casos de aborto, sendo sangramento abundante e dor pélvica os principais motivos para a busca de atendimento hospitalar. Houve demora no diagnóstico e no tratamento adequado das complicações do aborto, o que pode ter contribuído para a morte das adolescentes. As mortes maternas de adolescentes foram causadas por condições consideradas evitáveis. As histórias das jovens que morreram por complicações do aborto evidenciaram a necessidade de assistência em saúde rápida e disponível, além de leis e políticas públicas que protejam as mulheres que decidem interromper a gravidez.

**PALAVRAS-CHAVE** Mortalidade materna. Aborto. Adolescente.

**ABSTRACT** This article analyzes maternal deaths of adolescents in Piauí and describes the stories of those who died due to induced abortion between 2008 and 2013. The study was conducted in two stages. The first, quantitative, obtained demographic data and basic causes of deaths from the Mortality Information System. In the second, qualitative, the mothers of the adolescents were interviewed. Adolescents' deaths accounted for 17.2% (50 cases) of total maternal deaths. The majority of the adolescents lived in inner cities (78%) and was black (70%). The causes of death were hypertensive disorders (28%), puerperal infection (16%), hemorrhage (12%), thromboembolism (12%) and abortion (10%). The use of medication occurred in all cases of abortion, with abundant bleeding and pelvic pain being the main reasons for seeking hospital care. There was delay in the diagnosis and appropriate treatment of abortion complications, which may have contributed to the death of the adolescents. Maternal deaths among adolescents were mostly caused by conditions considered preventable. The stories of young women who died of abortion complications have highlighted the need for better-qualified health care, as well as laws and public policies that protect women who decide to terminate their pregnancies.

**KEYWORDS** Maternal mortality. Abortion. Adolescent.

<sup>1</sup>Centro Universitário Uninovafapi - Teresina (PI), Brasil.  
m.dnunes@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Piauí (Uespi) - Teresina (PI), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.





## Introdução

A gravidez na adolescência é evento de importante magnitude e marcador de vulnerabilidade social. Embora tenha havido redução das taxas de gravidez nas últimas duas décadas, cerca de 16 milhões de adolescentes entre 15-19 anos e 2,5 milhões daquelas abaixo de 16 anos dão à luz em países em desenvolvimento<sup>1</sup>. No Brasil, houve decréscimo de 17% no número de adolescentes grávidas entre 2003 e 2015, porém, 1 a cada 5 partos ainda é de jovens com 19 anos ou menos<sup>2,3</sup>. As proporções mais elevadas são encontradas entre as adolescentes de baixa escolaridade, negras e residentes na zona rural das regiões Norte e Nordeste do País<sup>4-6</sup>.

Com gestações frequentemente não planejadas, o aborto é uma possibilidade para muitas adolescentes, realizado de forma insegura em grande parte dos casos<sup>7,8</sup>. Em todo o mundo, embora tenha sido observada diminuição das taxas de interrupção da gravidez entre 1990 e 2008, a cada ano, cerca de 4,5 milhões de adolescentes ainda realizam aborto, com taxas mais elevadas nos países em desenvolvimento<sup>9,10</sup>. Não existem números específicos sobre aborto entre adolescentes no Brasil, porém, a Pesquisa Nacional do Aborto, que, em 2016, entrevistou 2.002 mulheres urbanas e alfabetizadas, verificou que 9% daquelas com idade entre 18 e 19 anos relataram já ter feito um aborto. Além disso, foi observado que houve maior frequência do último aborto entre mulheres mais jovens, com 29% deles ocorrendo entre 12 a 19 anos<sup>11</sup>.

Uma revisão sistemática publicada em 2018 com dados de 28 países evidenciou que 23% dos casos hospitalizados de aborto em todas as idades evoluem para morbidade materna grave/*near miss*, e 1,5% deles para morte. Hemorragia foi a complicação relatada mais comum, porém, infecção se mostrou a mais frequente razão do óbito<sup>12</sup>. O atraso do sistema de saúde em garantir tratamento adequado para essas complicações, comumente determinado pelo estigma relacionado ao aborto, aumenta a chance de evolução para a morte<sup>13</sup>. Os dados brasileiros

demonstram que o aborto está entre as cinco principais causas de morte materna, sendo responsável por 5 a 20% dos óbitos, contudo, é possível que a ilegalidade da prática no País possibilite a subnotificação dos casos<sup>14,15</sup>.

As principais causas de mortalidade materna entre adolescentes são similares às de mulheres mais velhas, com ênfase para as desordens hipertensivas, hemorragias e aborto<sup>16</sup>. No entanto, quando comparadas às mulheres de 20-24 anos, adolescentes tendem a apresentar complicações mais graves durante a gravidez e o parto<sup>17</sup>, sendo essa a causa mais comum de óbito entre mulheres de 15 a 19 anos no mundo<sup>13</sup>. Estudos brasileiros sobre morte entre adolescentes são mais raros do que em outras faixas etárias. Um obstáculo é o fato de que familiares se recusam a admitir que o aborto foi a causa do óbito da adolescente, seja pelo receio dos problemas legais e pelo estigma ou, ainda, por fragilidades no sistema de notificação da morte materna<sup>13,17</sup>. Há poucos dados que caracterizem os métodos, as práticas ou os itinerários que as adolescentes percorreram diante de uma gravidez, aborto, suas complicações e óbito, principalmente em regiões de grande vulnerabilidade socioeconômica e com menor oferta de serviços de saúde, como o Nordeste do Brasil. Este estudo teve o objetivo de analisar as mortes maternas de adolescentes no estado do Piauí, ocorridas entre 2008 e 2013, e conhecer as histórias daquelas que faleceram por complicações do aborto inseguro.

## Metodologia

Trata-se de estudo transversal, realizado em duas etapas. Na primeira, de caráter quantitativo, houve levantamento das mortes maternas no Piauí, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013, com ênfase nas mortes entre adolescentes. A segunda etapa, de natureza qualitativa, constituiu-se da análise das mortes de adolescentes por aborto. Os dados foram oriundos do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação

sobre Nascidos Vivos (Sinasc), cujo acesso ocorreu pelo Serviço de Vigilância do Óbito Materno do Piauí e de Teresina. Além disso, foram realizadas entrevistas com familiares (n=7) e amiga (n=1) das adolescentes falecidas por aborto.

As variáveis da primeira etapa, derivadas da Declaração de Óbito (DO) e da ficha-síntese de investigação, foram as seguintes: faixa etária (em anos: 10 a 13, 14 a 17, 18 e 19); escolaridade (anos completos de estudo: nenhum, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 12, mais de 12 anos, ignorada); raça/cor da pele (branca, negra, outra, ignorada); estado civil (solteira, casada, viúva, separada, outra, ignorada); cidade de ocorrência (capital, interior); cidade de residência (capital, interior); número de gestações anteriores (nenhuma, 1, 2 ou mais, ignorado); realização de pré-natal (sim, não, ignorado); número de consultas pré-natais (nenhuma, 1 a 5, 6 ou mais, ignorado); tipo de resolução da gravidez (parto vaginal, parto cesáreo, não se aplica, ignorado); momento do óbito (durante a gravidez ou parto, após o parto, após o aborto); e causa básica do óbito (um dos códigos da Classificação Internacional de Doenças, versão 10 – CID10).

Para a segunda etapa, foram realizadas entrevistas com familiares ou amigas das adolescentes mortas por aborto. A mãe foi a participante que esteve presente em todas as entrevistas, mas irmãs, sogra e amigas também colaboraram. Todas as entrevistas foram gravadas, tendo o contato com os familiares das adolescentes sido intermediado por agentes de saúde locais. O local escolhido pelas participantes para a entrevista foi a própria residência. Um roteiro semiestruturado serviu para guiar as entrevistas, com questões centrais que recuperassem informações que a adolescente teria compartilhado com familiares ou amigas. As perguntas referentes ao aborto tentaram identificar o método utilizado (como medicamentos, chás ou ervas e/ou instrumentos introduzidos no útero) e a assistência em saúde recebida. As entrevistas buscaram as histórias não registradas nos documentos biomédicos oficiais, como, por exemplo, a descrição das decisões tomadas e os fatos ocorridos nas trajetórias das adolescentes até o adoecimento.

Os dados foram analisados descritivamente, com destaque para a inserção social e familiar da adolescente e as causas das mortes. Calculou-se a razão de mortalidade materna (número de mortes maternas dividido pelo número de nascidos vivos, multiplicado por 100.000) para o período. As entrevistas foram examinadas pela técnica de análise de conteúdo, com definição de categorias sobre a prática de aborto, a assistência médica e as razões que culminaram na morte. Dessa forma, uma história circunstanciada de cada adolescente foi estruturada por informações oriundas tanto das entrevistas como dos dados contidos nos prontuários e das fichas de investigação das mortes maternas.

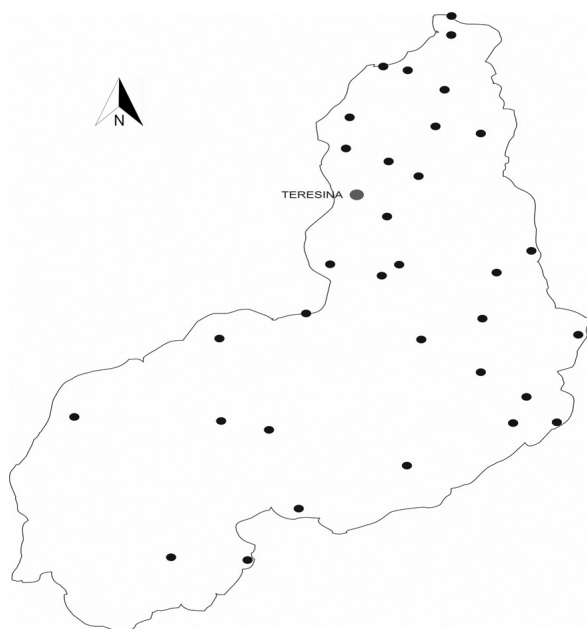
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Camillo Filho (CAAE 21164013.5.0000.5212). A confidencialidade das informações foi mantida, especialmente no que se refere ao sigilo dos nomes das mulheres presentes na DO, bem como os nomes dos profissionais envolvidos na assistência hospitalar e nos demais serviços de saúde contemplados pela investigação do óbito. Todas as entrevistadas assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

## Resultados

### Mortes maternas de adolescentes

Entre 2008 e 2013, foram registradas 290 mortes maternas no Piauí. Dessas, 50 (17,2%) delas ocorreram entre adolescentes de 14 a 19 anos. A razão de mortalidade materna no estado variou de 113,9 mortes/100.000 nascidos vivos (2008) para 94,8 mortes/100.000 nascidos vivos (2013). A maior parte das mortes (n=39; 78%) foi de adolescentes residentes em 34 cidades do interior do estado. O maior número de óbitos (64%) ocorreu em Teresina (PI): uma concentração em decorrência do deslocamento de 21 (42%) adolescentes de cidades cujas distâncias variaram de 52 a 746 km até a capital (*figura 1*).

Figura 1. Mapa da distribuição das cidades com mortes maternas de adolescentes. Piauí, 2008-2013



A *tabela 1* evidencia que quase a metade (n=24; 48%) das adolescentes com morte materna tinha entre 14 e 17 anos. A maior parte delas foi caracterizada, nas DOs, como sendo negras (n=35; 70%), solteiras (n=18; 36%) e com 4 a 12 anos de estudo (n=24; 48%). Houve maior prevalência de adolescentes na primeira

gravidez (n=27; 54%) e com realização de mais de 06 consultas de pré-natal (n= 28; 56%). 10% (n=5) das adolescentes não realizaram qualquer consulta pré-natal. A maioria das adolescentes morreu após o parto (n=31; 62%), sendo a cesárea (n=18; 45%) o principal tipo de parto realizado.

Tabela 1. Características das adolescentes com mortes maternas. Piauí, 2008-2013

Variáveis	n	%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
14 a 17	24	48,0
18 e 19	26	52,0
<b>Escolaridade (anos de estudo)<sup>1</sup></b>		
1 a 3	6	12,0
4 a 7	11	22,0
8 a 12	13	26,0
<b>Raça/ cor da pele<sup>2</sup></b>		
Negra	35	70,0
Branca	7	14,0

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	n	%
<b>Estado civil<sup>3</sup></b>		
Solteira	18	36,0
Casada	10	20,0
Outra	2	4,0
<b>Número de gestações anteriores<sup>4</sup></b>		
Nenhuma	27	54,0
1	11	22,0
2 ou mais	2	4,0
<b>Realização de pré-natal<sup>5</sup></b>		
Sim	28	56,0
Não	5	10,0
<b>Número de consultas de pré-natal</b>		
1 a 5	11	39,3
6 ou mais		
<b>Tipo de parto<sup>6</sup></b>		
Cesárea	18	45,0
Vaginal	13	32,5
Não se aplica	9	22,5
<b>Momento do óbito<sup>7</sup></b>		
Gravidez ou parto	10	20,0
Após o parto	31	62,0
Após o aborto	5	10,0

Fonte: Elaboração própria.

<sup>1</sup>Sem preenchimento na declaração de óbito: 20 casos (40,0%); <sup>2</sup>Sem preenchimento na declaração de óbito: 8 casos (16,0%); <sup>3</sup>Sem preenchimento na declaração de óbito: 20 casos (40,0%); <sup>4</sup>Sem preenchimento na declaração de óbito: 10 casos (20,0%); <sup>5</sup>Sem preenchimento na declaração de óbito: 17 casos (34,0%); <sup>6</sup>Sem preenchimento na declaração de óbito: 10 casos (20,0%); <sup>7</sup>Sem preenchimento na declaração de óbito: 4 casos (8,0%).

Os transtornos hipertensivos (pré-eclâmpsia, eclâmpsia e/ou hipertensão arterial) foram as principais causas (n=14; 28%) declaradas de óbito entre as adolescentes. Logo após, foram registrados infecção puerperal (n=8; 16%), hemorragias (n=6; 12%), tromboembolismo (n=6; 12%) e aborto (n=5; 10%). Causas não obstétricas, como complicações anestésicas (n=2; 4%), transtornos mentais (n=2; 4%), transtornos do fígado (n=1; 2%) e doenças infecto-parasitárias (n=2; 4%) também estiveram entre as causas básicas relatadas. Além

disso, existiram 3 (6%) mortes designadas na DO como não especificadas.

### Histórias de mortes de adolescentes por aborto

O aborto foi declarado como causa de morte de seis adolescentes no período estudado, porém, dois casos foram excluídos. No primeiro, houve impossibilidade de localização do endereço declarado na DO. O óbito, ocorrido em 2012, teve atraso superior a dois anos na

inserção dos dados no módulo digital do SIM. A ficha-síntese registrou a informação de que a adolescente teria usado remédio abortivo, sem outros detalhes. A DO, por sua vez, foi preenchida como ‘morte obstétrica de causa desconhecida’, todavia, a investigação não foi realizada como prevê o Ministério da Saúde para morte com causa mal-definida<sup>18</sup>. No segundo caso, o óbito foi excluído porque, na fase de entrevista, descobriu-se que a idade informada na DO (12 anos) estava incorreta (era, na verdade, 24 anos), e, apesar da investigação, o erro não tinha sido corrigido. Tratava-se de morte por aborto, mas não de adolescente.

Oito entrevistas foram realizadas entre setembro de 2014 e junho de 2015, sendo que em 02 casos houve necessidade de 03 entrevistas. As famílias residiam em Teresina e em cidades do interior, como Campo Maior, Luzilândia e União. Em todos os casos, o contato prévio com as famílias foi intermediado pela equipe da Saúde da Família local. As adolescentes residiam com os pais (03) e com a sogra (01). Todas as mães das adolescentes concordaram em participar do estudo, fornecendo, inclusive, registros de memórias das filhas, como fotografias e escritos.

### Primeira história

Aos 16 anos e estudante do 3º ano do ensino médio, a primeira adolescente residia com os pais e um casal de irmãos em área urbana de cidade próxima à capital. Sua mãe e irmã não souberam precisar em qual momento ela descobriu a gravidez, mas disseram que houve tentativas sem sucesso de aborto com medicamento pela adolescente, com uso persistente do remédio mesmo com o avanço da gravidez. Dose e forma de uso não eram conhecidas pela família. Para a família, a adolescente negou estar grávida até o desfecho do parto de feto morto.

Ainda grávida, passou por dois hospitais, com fortes dores abdominais e sempre acompanhada da mãe. A mãe a interrogava sobre a possibilidade de os sintomas serem decorrentes de possível gravidez, mas a adolescente

mantinha a negativa. No primeiro hospital, em sua cidade, não foi examinada, mas recebeu medicamento com a justificativa de se tratar de cólica renal. Não tendo apresentado melhora no mesmo dia, foi encaminhada para o hospital geral, localizado na capital, a 120 quilômetros de distância. No segundo hospital, a gravidez avançada foi a hipótese principal, sendo a adolescente então encaminhada para a maternidade local.

Na admissão no último hospital, concluíram tratar-se de condição que complicava a gravidez: “*morte fetal e infecção materna*”. A mãe da adolescente, lamentando o ocorrido, explicou que não tinha conhecimento do estado da filha, e informou que havia grande possibilidade de que a adolescente tivesse tomado medicamento para abortar, já que escondeu da família a gravidez. A mãe conta que perguntou ao médico sobre os riscos à saúde da filha, e a resposta teria sido a gravidade do estado, “*pois ali havia uma situação de aborto provocado*”.

O feto foi natimorto, e a adolescente morreu por hemorragia e infecção generalizada dois dias após o parto. A causa básica da morte foi declarada como “*aborto retido*”, e as informações existentes registram “*comprometimento dos órgãos vitais por sepse*”. Não há dados que expliquem os danos causados pelo método utilizado, porém, persistiu a alegação dos profissionais para a família, segundo os quais as mortes tanto da adolescente quanto do feto teriam sido causadas pelo aborto provocado. Também não existem explicações para o registro inadequado da causa básica da morte da adolescente – o “*aborto retido*”.

### Segunda história

A segunda história foi de uma adolescente de 18 anos, negra, estudante do 2º ano do ensino médio, solteira, com uma filha de 3 anos. Morava com a mãe, três irmãs, um irmão e a filha, a 250 km da capital. Uma renda de aposentaria sustentava a família. O pai biológico da criança tinha outra família e não assumiu nenhuma responsabilidade sobre a

filha. A mãe, com 60 anos, não conhecia o atual namorado e se preocupava com os “descuidos” da adolescente com relação à prevenção de gravidez, pois “já tinha falhado uma vez”.

Dores fortes no baixo ventre se iniciaram e foram acompanhadas de sangramento vaginal dez dias antes de sua morte. Ela tinha percebido atraso menstrual, além de sintomas de gravidez, e havia usado medicamentos. Era tudo que se sabia. Os sintomas se exacerbaram e foram acompanhados de febre no dia da ida ao primeiro hospital, na cidade de residência. As dores fortes fizeram a adolescente e a mãe procurarem atendimento. O atendimento médico teria prescrito analgésico e encaminhado para o hospital da capital, com suspeita de apendicite.

No dia seguinte, já no hospital de referência, uma ultrassonografia comprovou a gravidez e a presença de batimentos cardíacos fetais. De acordo com a mãe, o profissional teria informado que seria necessária uma internação em maternidade para controlar o sangramento que estava aumentando. O diagnóstico dado à mãe da adolescente foi de ameaça de aborto. No serviço para o qual foi encaminhada, a adolescente ficou internada para tratamento clínico. A mãe, que a acompanhava, precisou retornar para casa e deixou como acompanhante uma tia.

No quarto dia, a adolescente se comunicou por telefone com a mãe, relatando que estava muito insatisfeita e incomodada com a internação, explicando que a dor permanecia e não sentia melhoras no quadro. A adolescente dizia que se sentia fraca, ainda com sangramento vaginal, mas a informação que recebia quando se queixava para algum profissional era de que deveria esperar, que a melhora iria ocorrer. No dia seguinte à comunicação com a mãe, a menina fugiu da maternidade, retornando para casa. As dores e o sangramento transvaginal aumentaram, com eliminação de “uma bola de sangue grande”, na noite do mesmo dia, segundo a mãe.

A mãe a levou novamente ao hospital local. A adolescente apresentava febre e calafrios. Novamente, foi transferida para Teresina, onde passou mais três dias internada com infecção grave, em Unidade de Terapia Intensiva, onde

morreu por “*seps*”. Durante essa segunda internação, foi submetida à cirurgia pélvica, com histerectomia. Os dados do prontuário registram “*comprometimento de órgãos pélvicos por infecção do aparelho digestivo*”, sem especificação de qual órgão digestivo.

### Terceira história

A terceira adolescente morava em Teresina. Ela tinha 18 anos, era empregada doméstica, casada, negra, com uma filha de 2 anos e 6 meses. Completou o ensino médio e vivia em união estável há 2 anos. Um ano antes, fez um aborto, no segundo mês de gravidez, com medicamentos. Não houve complicações, contudo, foi necessário fazer curetagem uterina. Segundo a sogra, com a descoberta de nova gravidez, através do beta-HCG, decidiu usar medicamentos outra vez.

A mãe relata que os quatro comprimidos do medicamento custaram duzentos e cinquenta reais, metade do seu salário. O medicamento foi tomado com mais de três meses de atraso menstrual. A adolescente tomou a mesma dose que usara na vez anterior. Ficou aguardando o início do sangramento vaginal por três ou quatro dias. Começou a sentir cólicas mais fortes do que o sangramento, o que a fez procurar o serviço médico de urgência, acompanhada da sogra e do parceiro. Pensava que já estaria na hora de fazer a curetagem, como fez anteriormente. Ao ser atendida, no entanto, recebeu uma prescrição de analgésico e a sugestão para procurar o pré-natal, porque se tratava “*apenas de uma ameaça de aborto, com feto vivo e normalzinho, pela ultrassonografia*”, segundo a narrativa da sogra.

Uma semana se passou entre a consulta na urgência e o início de sangramento intenso e sintomas de febre, quando a adolescente retornou ao mesmo hospital. Os dados do prontuário informam que o diagnóstico da internação foi “*aborto infectado*”. Entretanto, houve prescrição de medicamento para inibir o aborto. Dessa vez, a ultrassonografia visualizava uma gravidez de 14 semanas. A internação

transcorria, a adolescente apresentava sangramento vaginal persistente, que lhe causou “*anemia acentuada*”. A gravidez foi mantida, apesar do agravamento do quadro clínico. Segundo a mãe, a adolescente “*não tinha forças para levantar*”. As explicações para as aflições da família eram de que a presença de viabilidade gestacional justificava a conduta expectante para o caso.

Duas semanas mais tarde, o quadro clínico da adolescente piorou, e foi recomendada a transferência para maternidade terciária. O diagnóstico na admissão do referido hospital foi de “*choque séptico*”. Nova ultrassonografia foi realizada, cujo laudo evidenciou “*morte fetal*”, e, nesse momento, houve indicação de curetagem uterina. Após o esvaziamento uterino, a adolescente foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva, onde permaneceu por um mês, sem melhora clínica. Dada a gravidade do caso, e a pedido da assistente social, a mãe se dirigiu àquele setor para autorizar a realização de traqueostomia. Além da informação sobre o estado grave da filha, recebeu informações sobre os gastos financeiros que o serviço dispensava durante toda a estadia no hospital. Após 45 dias de internação, a adolescente morreu por “*sepsis*”.

#### Quarta história

Aos 18 anos, solteira, negra, estudante do 1º ano do ensino médio. A adolescente residia com a mãe e era a única filha. Estaria em seu primeiro namoro havia alguns meses, quando deu à mãe a notícia da gravidez e afirmou que desejava seguir com a gestação, dando início ao pré-natal. De acordo com a mãe, o namorado aceitava a situação. Após o terceiro mês, a mãe percebeu mudanças emocionais na adolescente, descrevendo-as como normais ao período. Mas também percebeu que ela se queixava de cólicas com muita frequência.

Em uma consulta de pré-natal, mãe e filha receberam orientação para fazer uma avaliação em ambulatório especializado, em decorrência de exame alterado para toxoplasmose. A mãe a

acompanhou na consulta do serviço recomendado. Lá receberam receita para o tratamento, sem muitas explicações. O elevado custo dos remédios impossibilitou o tratamento. Semanas depois dessa consulta, a adolescente começou a apresentar sangramento vaginal abundante.

A mãe levou-a para a urgência da maternidade. Ao final do atendimento, o médico teria informado que havia óbito fetal. Perguntou sobre intercorrências no pré-natal. A mãe, então, relatou sobre a possível toxoplasmose e a não aderência ao tratamento, e, de acordo com sua narrativa, o médico concluiu que a provável causa da morte fetal seria a infecção. Diante disso, a adolescente deveria ficar internada para tratamento. A mãe não pôde acompanhar a filha, mas ficou esperando notícias em sua residência. Ao retornar à maternidade, uma pessoa comunicou que a adolescente não resistira e morrera por infecção. A explicação dada foi sobre o possível acometimento orgânico pela toxoplasmose.

Os registros não indicam em que medida a toxoplasmose acometeu a adolescente para causar dano que justificasse a falência de órgãos vitais. Não existe laudo de necropsia, apesar de o serviço existir na capital. Ao ser interrogada se a filha teria induzido o aborto, a mãe respondeu que não sabia, porque a adolescente não tinha lhe dito nada a esse respeito. Porém, uma amiga revelou que a adolescente fez uso de medicamentos por temer as graves complicações fetais após o diagnóstico da toxoplasmose. A mãe informou que, se a filha usou medicamento abortivo, foi porque tinha decidido não seguir com uma gravidez comprometida por uma doença que não tinha conseguido tratar. Não há registro em prontuário, nem relato da mãe sobre as consequências de ser portadora de toxoplasmose na gravidez.

## Discussão

A morte de mulheres no início da vida reprodutiva por aborto é considerada uma morte evitável e que, por isso, viola direitos fundamentais. O presente estudo mostra que, no Piauí, 17,2%

das mortes maternas foram de adolescentes, semelhante ao percentual da região Nordeste (16,1%) e do País (14%)<sup>18</sup>. Similar ao perfil encontrado em outras localidades<sup>16,17,19</sup>, elas eram adolescentes negras, de baixa escolaridade, em sua primeira gestação e residentes no interior do estado. Vale ressaltar, ainda, a frequência de não preenchimento dos campos que informam dados epidemiológicos, tanto na declaração de óbito quanto na ficha-síntese de investigação da morte, com destaque para o campo 'cor' (ausente em 16%) e 'escolaridade' (ausente em 40%). Esse fato evidencia a baixa qualidade de algumas das informações presentes no sistema de informação sobre mortalidade, com prejuízo para a auditoria adequada dos óbitos<sup>13</sup>.

As adolescentes residiam no interior, mas morreram na capital, Teresina, por ser o único serviço de assistência terciária à mulher no ciclo grávido-puerperal. Já foi demonstrado que quanto maior a distância entre serviços de saúde e mais longo o tempo no deslocamento, mais elevada a prevalência de mortes maternas pelo atraso no atendimento especializado<sup>20,21</sup>. Além disso, é possível que a situação social de vulnerabilidade (pobreza, baixa escolaridade, solidão, estigma) seja um fator adicional para o desfecho trágico.

No Brasil, a razão de mortalidade materna apresentou declínio de 56% nas últimas décadas, passando de 143,2/100 mil nascidos vivos em 1990 para 62/100 mil nascidos vivos em 2015<sup>22,23</sup>. Uma pesquisa que estimou a RMM entre 2008 e 2011 no Brasil identificou disparidades regionais, tendo a mais elevada taxa sido observada no estado do Maranhão (114,0/100 mil nascidos vivos), e a mais baixa em Santa Catarina (36,9/100 mil nascidos vivos). A metodologia de estimação levou em consideração causas comuns de mascaramento de mortes maternas, como o sub-registro de óbitos, a proporção de mortes de mulheres em idade fértil que foi investigada e a proporção de óbitos maternos não declarados na DO, e foram atribuídos a outras causas<sup>24</sup>. No presente estudo, a RMM do Piauí foi elevada e com valores

superiores aos que deveriam ter sido alcançados pela 5ª Meta de Desenvolvimento<sup>25</sup>, sugerindo a ausência de políticas para melhorar o indicador de saúde materna no período analisado.

As causas das mortes das adolescentes deste estudo foram semelhantes às de mulheres de outros grupos etários e outras regiões do Brasil e do mundo<sup>26,27</sup>. Apesar de amplas variações regionais, hemorragias, transtornos hipertensivos, infecções e complicações do aborto inseguro contribuem para mais da metade dos óbitos obstétricos diretos em países em desenvolvimento. Por sua vez, as causas indiretas, que ainda predominam na África subsaariana, são responsáveis por cerca de um quarto das mortes<sup>26</sup>. Considerados evitáveis em sua grande maioria, 78% (n=39) dos óbitos maternos de adolescentes neste estudo foram determinados por causas obstétricas diretas. É consenso que o emprego adequado de antibióticos, o uso sistemático de ocitocina pós-parto e a utilização oportuna do sulfato de magnésio são medidas eficazes e seguras para a redução da mortalidade materna<sup>22,26</sup>.

Acometendo mulheres de todas as idades no período reprodutivo, o aborto contribui de forma significativa para a elevação da RMM, uma vez que está entre a terceira e a quarta causa de morte materna nos países em desenvolvimento<sup>26,28</sup>. Mais prevalente em locais onde há legislação proibitiva ao aborto legal, o óbito por aborto geralmente está associado ao retardo no atendimento ou no diagnóstico de complicações<sup>10,12,14</sup>. No entanto, a criminalização de sua prática não impede que as mulheres interrompam a gravidez de maneira insegura, amplificando apenas o risco de desfecho negativo<sup>9,12</sup>. Um estudo caso-controle realizado em Teresina (2012-2013) para avaliar morbidade materna grave/*near miss* demonstrou que o aborto, resultando em infecção e hemorragia, foi a principal causa isolada de morte materna, sendo responsável por 3 entre 10 mortes identificadas no período<sup>29</sup>.

Esta pesquisa identificou cinco adolescentes mortas por aborto, com muitos pontos



de intersecção nas narrativas apresentadas. Primeiro, houve utilização de medicamentos, adquiridos no mercado clandestino. Segundo, todas procuraram o serviço de saúde em algum momento das suas trajetórias, porém, esse atendimento não impediu suas mortes. Por fim, foi comum a demora na busca do serviço de saúde para atendimento, seja pelo estigma, por medo de denúncia à polícia ou por receio de discriminação nos serviços de atendimento. Não menos importante, também, foi o retardo dos profissionais dos serviços em diagnosticar e tratar as complicações que levaram a adolescente à morte.

Esse retardo no diagnóstico e/ou tratamento das complicações do aborto, já observado em outros cenários<sup>31</sup>, ficou evidente em todos os relatos. Nesse sentido, merece destaque a terceira história, da adolescente que morreu no 45º dia de internação, cujo diagnóstico dado no momento da admissão foi de aborto infectado, com 14 semanas de gestação. O exame ultrassonográfico inicial havia demonstrado feto vivo, porém, com redução acentuada de líquido amniótico. A despeito da piora gradativa da adolescente, a interrupção da gravidez só foi realizada por curetagem uterina, 15 dias após a internação, quando novo exame ultrassonográfico mostrou feto morto, e já havia o quadro de sepse instalado. Se a recomendação da norma técnica do Ministério da Saúde tivesse sido considerada<sup>30</sup>, o esvaziamento uterino (independente das condições fetais) deveria ter ocorrido logo após a admissão da adolescente no hospital terciário, tendo em vista o elevado risco de agravamento de sua saúde e a grande possibilidade de morte.

Este estudo apresenta algumas limitações que merecem ser consideradas, principalmente relacionadas com a qualidade de registro das mortes. Primeiro, chama a atenção a ausência de dados importantes em diversas declarações de óbito, tais como causa de morte não codificada nos capítulos da CID10 referentes a mortes maternas, bem como o não preenchimento dos campos ‘cor’, ‘situação conjugal’ e ‘escolaridade’.

Segundo, também havia escassez de informações nas fichas-síntese, instrumentos importantes na investigação dos óbitos e que poderiam dirimir dúvidas ou corrigir erros existentes na DO. Terceiro, os dados obtidos das entrevistas podem ter sido mascarados tanto pelo viés de memória como pelo estigma do aborto entre os familiares. Apesar dessas limitações, este estudo lança novas luzes sobre a evitabilidade das mortes maternas de adolescentes. Se, por um lado, o perfil do óbito é semelhante ao das mulheres adultas, por outro, há evidência de amplificação da vulnerabilidade própria da adolescência, principalmente nas mortes decorrentes do aborto.

## Considerações finais

Há carência de estudos sobre mortalidade por aborto no Brasil, porém, a urgência de dados confiáveis se impõe no momento em que se discute a descriminalização do aborto até 12 semanas na Suprema Corte. O perfil dos óbitos maternos de adolescentes encontrado é comum em localidades ainda com vulnerabilidade econômica e social, como o estado do Piauí. O principal resultado deste estudo, destacado pelas histórias das adolescentes, é que as mortes poderiam ter sido evitadas se tivesse ocorrido maior agilidade na assistência. A demora em procurar os serviços de saúde, o silêncio em torno dos métodos de aborto utilizados, a dificuldade em investigar as queixas e o obstáculo em tratar as complicações culminaram com a oportunidade perdida no cuidado das adolescentes em suas necessidades de saúde. Imersas em ambientes de desigualdades, as adolescentes deste estudo provavelmente enfrentaram variadas barreiras para o livre exercício de seu planejamento reprodutivo. Tendo em vista que o acesso à interrupção segura da gestação é um direito reprodutivo<sup>32</sup>, múltiplas ações deveriam ser implementadas para reduzir desfechos negativos e possibilitar

às adolescentes oportunidade de assumir o controle sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Se o acesso pleno à saúde reprodutiva for considerado como passo necessário para a redução da mortalidade materna, tópicos como educação sobre sexualidade, oferta de métodos contraceptivos eficazes e redução dos abortos inseguros devem ser prioritários nessa agenda. Quando o tema do aborto for encarado como política de saúde no País, o

imperativo deverá ser a proteção das mulheres e não sua criminalização.

## Colaboradores

Nunes MDS (0000-0002-6209-3025)\*, Madeiro A (0000-0002-5258-5982)\* e Diniz D (0000-0001-6987-2569)\* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Neal S, Matthews Z, Frost M, et al. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91(9):1114-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
3. Vaz RF, Monteiro DLM, Rodrigues NCP. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. *Rev Assoc Med Bras*. 2016; 62(4):330-5.
4. Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev Bras. Ginecol. Obstet*. 2009; 31(8):404-10.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas do registro civil*, v. 41. 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
6. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(4):685-93.
7. Nunes MD, Madeiro A, Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(8):2311-8.
8. Menezes GMS, Aquino EML, Silva DO. Aborto provocado na juventude: desigualdades sociais no desfecho da primeira gravidez. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(7):1431-46.
9. Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*. 2012; 379(9816):625-32.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estadísticas do registro civil*, v. 41. 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Grimes DA, Benson J, Singh S, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*. 2006; 368(9550):1908-19.
11. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(2):653-60.
12. Calver C, Owolabi OO, Yeung F, et al. The magnitude and severity of abortion-related morbidity in setting with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression. *BMJ Glob Health*. 2018; 3:e000692.
13. World Health Organization. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: WHO, 2016.
14. Martins EF, Almeida PFB, Paixão CO, et al. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(1):e00133115.
15. Lima BGC. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. *Rev. Panam. Saúde Pública*. 2000; 7(3):168-72.
16. Neal S, Mahendra S, Bose K, et al. The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16(1):352.
17. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al. On behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization Multicountry Study. *BJOG*. 2014; 121(supl1):40-8.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
19. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(1):100-7.
20. Hernandez JC, Moser CM. Community level risk factors for maternal mortality in Madagascar. *African J Reprod Health*. 2013; 17(4):118-29.
21. Chen YN, Schimitz MM, Serbanescu F, et al. Geographic access modeling of emergency obstetric and neonatal care in Kigoma Region, Tanzania: transportation schemes and programmatic implications. *Glob Health Sci Pract*. 2017; 5(3):430-45.
22. Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality estimation inter-agency group. *The Lancet*. 2016; 387(10017):462-474.
23. Brasil. Ministério da Saúde [internet]. DATASUS. Estatísticas Vitais. Mortalidade – 1996 a 2016. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos [acesso em 2018 jul 30]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6939&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10>.
24. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(supl):71-83.
25. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2014 [internet]. New York: United Nations; 2014. [acesso em 2018 ago 7]. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>.
26. Say L, Chou D, Gemmili A, et al. Global causes of maternal death: a World Health Organization systematic analysis. *The Lancet*. 2014; 2(6):323-33.
27. Silva BG, Lima NP, Silva SG, et al. Mortalidade materna no Brasil de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2016

;19(3):484-93.

28. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2014; 384(9947):980-1004.
29. Madeiro AP, Rufino AC, Lacerda EZG, et al. Incidence and determinants of severe maternal morbidity: a transversal study in a referral hospital in Teresina, Piauí, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:210.
30. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
31. Araújo TVB, Aquino EML, Menezes GMS, et al. Delays in access to care for abortion-related complications: the experience of women in Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(6):e00168116.
32. Cook RJ, Dickens BM. From reproductive choice to reproductive justice. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009; 106(2):106-9.

---

Recebido em 06/03/2019

Aprovado em 13/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita

## *Epidemiological and spatial analysis of cases of gestational and congenital syphilis*

Hayla Nunes da Conceição<sup>1</sup>, Joseneide Teixeira Câmara<sup>2</sup>, Beatriz Mourão Pereira<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912313

**RESUMO** O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico e a distribuição espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada em Caxias (MA). Utilizaram-se os dados das fichas de investigação dos casos confirmados de sífilis gestacional e congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de 2013 a 2017. Com a tecnologia Global Positioning System (Sistema de Posicionamento Global), foram coletadas as coordenadas dos casos, e com o programa Quantum GIS, versão 1.7.0, os mapas foram construídos. Foram 149 casos de sífilis gestacional, apresentando crescimento de 73% no período. As maiores prevalências ocorreram em mulheres jovens, pardas, com baixa escolaridade e donas de casa. Evidenciou-se maior frequência do diagnóstico no terceiro trimestre gestacional, com maior prevalência de sífilis primária. Foram 18 casos de sífilis congênita, com redução de 33% na taxa de detecção e prevalência na idade entre 1 e 28 dias de vida. Na análise espacial, as zonas Oeste e Leste, periferia do município, concentraram o maior número de casos. Revelou-se frágil o manejo de investigação, tornando necessária a educação permanente para qualificar os profissionais, com o intuito de instituir a identificação precoce, o tratamento oportuno e o acompanhamento efetivo.

**PALAVRAS-CHAVE** Sífilis congênita. Transmissão vertical de doença infecciosa. Cuidado pré-natal.

**ABSTRACT** *The aim of the present study was to analyze the epidemiological profile and spatial distribution of gestational and congenital syphilis cases. This is a descriptive, exploratory and retrospective research, with a quantitative approach, conducted in Caxias (MA). Data from case reports confirmed by gestational and congenital syphilis of the Notification Recording Information System from 2013 to December 2017 were used. With the Global Positioning System technology, case coordinates were collected, and with the Quantum GIS program, version 1.7.0, the maps were built. There were 149 cases of gestational syphilis, presenting a growth of 73% in the period. The highest prevalence occurred in young, brown women with low schooling and housewives. Higher frequency of diagnosis in the third gestational trimester was evidenced, with higher prevalence of primary syphilis. There were 18 cases of congenital syphilis, with a 33% reduction in detection rate and age prevalence between 1 and 28 days of life. In the spatial analysis, the West and East zones, outskirts of the municipality, concentrated the largest number of cases. It reveals the fragility in the research management, making it detrimental to permanent education, to qualify the professionals, in order to institute early identification, timely treatment and effective follow-up.*

**KEYWORDS** *Syphilis, congenital. Infectious disease transmission, vertical. Prenatal care.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí (UFPI) - Teresina (PI), Brasil.  
haylanunes\_cx@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Maranhão (Uema) - São Luís (MA), Brasil.



## Introdução

A sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), que é transmitida por via sexual, transfusão sanguínea e através da transmissão vertical, quando a mãe com diagnóstico de sífilis não é tratada ou não realiza o esquema de tratamento adequadamente<sup>1</sup>. É uma doença que apresenta tratamento acessível, efetivo e eficaz, mas ainda exibe altas taxas de incidência, representando um desafio para a saúde pública<sup>2</sup>.

A taxa de transmissão vertical da sífilis, nas fases primárias e secundárias da doença, é de 70% a 100% nas gestantes que não recebem tratamento e/ou são tratadas inadequadamente, com redução nas fases latente e tardia. A infecção pela *T. pallidum* pode desencadear aborto espontâneo, malformações congênitas, natimorte ou morte perinatal em cerca de 40% das crianças infectadas<sup>2-4</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, no mundo, ocorram anualmente cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis, ressaltando que destes, 1,5 a 1,85 milhões dos registros encontrados são de gestantes, e que 50% delas têm filhos com resultados adversos devido às consequências da doença<sup>4</sup>.

O Brasil apresentou um aumento na taxa de incidência de sífilis gestacional e congênita, no período de 2010 a 2016, na qual a sífilis gestacional passou de 3,5 para 12,4 casos a cada mil nascidos vivos, e a sífilis congênita aumentou de 2,4 para 6,8 casos por mil nascidos vivos, um aumento de aproximadamente três vezes no número de casos<sup>5</sup>.

A região Nordeste ocupa o segundo lugar do *ranking* das regiões com maior número de casos de sífilis em gestantes no País, sendo o estado do Maranhão o que apresenta a maior taxa de incidência dessa região, com seis casos por mil nascidos vivos, concentrando as maiores taxas em São Luís, capital do estado, com 6,4% dos casos, seguido pelos municípios de Imperatriz (6,2%), Codó (5,6%) e Caxias (5,6%)<sup>5,6</sup>.

Assim, a intensificação da vigilância da infecção de sífilis em gestante é fundamental, e

tem o objetivo de conhecer o estado sorológico e iniciar a terapêutica materna precocemente, possibilitando o planejamento e a avaliação das medidas de prevenção e controle, particularmente da transmissão vertical da *T. pallidum*<sup>7</sup>.

No tocante aos dados epidemiológicos, considerando o crescente aumento de notificações de sífilis gestacional e consequentemente sífilis congênita no Nordeste e, principalmente, no Maranhão, é de fundamental importância conhecer o perfil das mulheres grávidas e crianças infectadas com sífilis, bem como detectar as áreas com maior foco para esses agravos e identificar as barreiras que comprometem o controle da sífilis em nível local, para que se possa adotar medidas de redução dessas infecções e propor medidas de intervenção efetivas<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo foi analisar o perfil epidemiológico e a distribuição espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, ecológica e retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada através da coleta dos dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Caxias (MA), com as informações provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

A população do estudo foi composta por todos os casos confirmados de sífilis gestacional (n=149) e congênita (n=18) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, residentes no município de Caxias (MA), e que estavam registrados no Sinan. Foram excluídas as fichas de notificações duplicadas, que não apresentaram ano de notificação, com dados ilegíveis e os casos que, apesar de terem sido notificados em Caxias (MA), não eram residentes no município.

As variáveis investigadas sobre o perfil das gestantes com a infecção foram: número de

casos de sífilis gestacional por ano de notificação, faixa etária, escolaridade, raça/cor, ocupação, período gestacional do diagnóstico, classificação clínica, realização de teste treponêmico no pré-natal, realização de teste não treponêmico no pré-natal, titulação, esquema de tratamento prescrito à gestante, realização do tratamento do parceiro, esquema de tratamento prescrito ao parceiro e motivo do não tratamento do parceiro das gestantes sororreagentes para sífilis.

Para a investigação da sífilis congênita foram analisadas as seguintes características referentes à mãe: idade, raça/cor, escolaridade, endereço residencial, realização do pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis materna, adequação do tratamento para a sífilis materna e o tratamento do parceiro da gestante. Além disso, foram investigadas as características sociais, assistenciais e diagnósticas relativas aos casos de crianças, compreendendo: idade, sexo, raça/cor, endereço residencial, presença de sinais e sintomas, realização do teste não treponêmico (sangue periférico e líquido), radiografia de ossos longos, esquema de tratamento prescrito à criança e evolução do caso.

Para o cálculo da taxa de incidência da sífilis gestacional, utilizou-se o número de casos de sífilis detectados em gestantes residentes no município e foi realizada a divisão pelo número total de nascidos vivos de mulheres residentes no município de estudo, obtido no Sinasc e multiplicado por mil. Já o cálculo da incidência de casos de sífilis congênita foi realizado com a utilização do número de casos de sífilis congênita e o número de nascidos vivos, a partir da equação de incidência dos casos (número de casos novos da doença dividido pelo número de nascidos vivos e multiplicado por mil)<sup>8</sup>. Para o cálculo da redução percentual das taxas de incidência da infecção em ambos os grupos, entre o primeiro e último ano de estudo, realizou-se a subtração entre o valor inicial e o valor final, e dividiu-se o

resultado pelo valor inicial e, posteriormente, multiplicou-se por cem.

Para a descrição do perfil epidemiológico dos casos confirmados das variáveis utilizadas para a pesquisa, através do programa Epi Info versão 3.5.1, realizaram-se os cálculos referentes à estatística descritiva, com a elaboração das frequências absolutas, que, em seguida, foram organizadas em tabelas e gráficos.

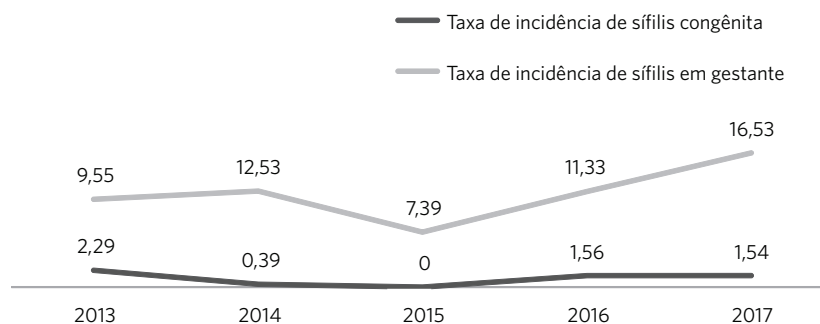
Na construção dos mapas, foram coletadas as coordenadas geográficas com auxílio do Global Positioning System (GPS) Essentials, no qual, conforme endereço residencial da ficha de notificação dos casos confirmados, eram feitas as marcações das coordenadas. Em seguida, na elaboração dos mapas, foi utilizado o programa o QGIS versão 2.18 Las Palmas – QGIS Brasil, que utilizou os dados das coordenadas coletadas e realizou a distribuição espacial através do mapa de Kernel, conforme a zonas que compõem o município: Oeste, Leste, Central, Norte e Sul.

Em consonância com o exigido pelas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução nº 466/2012<sup>9</sup>, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual do Maranhão, aprovado com o parecer nº 3.047.824.

## Resultados

No período de 2013 a 2017, foram notificados 149 casos de sífilis gestacional e 18 casos de sífilis congênita no município. Identificou-se um crescimento de 73% na incidência dos casos de sífilis gestacional, sobretudo em 2016 e 2017, enquanto a sífilis congênita apresentou um declínio significativo na incidência, com redução de 33% do número de casos, destacando o ano de 2015 com menor taxa de incidência (zero casos/mil nascidos vivos) (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Taxa de incidência de sífilis gestacional e congênita (por mil nascidos vivos) no município de Caxias (MA), 2013-2017



Fonte: Maranhão<sup>10,11</sup>.

Nos casos de sífilis gestacional, em relação às características sociodemográficas, verificaram-se as maiores prevalências em mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, que se autodeclararam pardas, donas de casa, residentes na zona urbana e que tinham menos de oito anos de estudos (*tabela 1*).

A frequência do diagnóstico da infecção no terceiro trimestre gestacional foi identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, sendo que 71,1% (n=106) apresentaram sífilis primária e 45,6% (n=68) realizaram tratamento com

penicilina G benzatina 2.400.000 UI, observando-se que, para o diagnóstico, 79,9% (n=119) e 45,6% (n=68) das gestantes foram reagentes para os testes não treponêmico e treponêmico, respectivamente, identificando que 49,7% (n=74) apresentaram titulação >1:8. Observou-se a não realização do tratamento em 59,1% (n=88) dos parceiros sexuais. O motivo do não tratamento não foi preenchido em 53% (n=79) das fichas de investigação, e em 26,8% (n=40), esse campo apresentou-se em branco, sem resposta (*tabela 1*).

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e dos parceiros das gestantes sororreagentes para sífilis em Caxias (MA), 2013 a 2017

Variáveis (N=149)	n	%
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
15 a 19	40	26,8
20 a 24	45	30,2
25 a 29	32	21,5
30 a 34	16	10,7
35 a 39	14	9,5
≥40	2	1,3
<b>Raça/cor</b>		
Branca	12	8,1
Indígena	2	1,3
Parda	99	66,4



Tabela 1. (cont.)

<b>Variáveis (N=149)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Raça/cor</b>		
Preta	23	15,4
Ignorado	13	8,8
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	4	2,7
≤8 anos	68	45,7
>8 anos	56	37,6
Ignorado	21	14
<b>Ocupação</b>		
Dona de casa	64	42,9
Lavadora	21	14,1
Estudante	10	6,7
Doméstica	4	2,7
Desempregada	2	1,3
Outras ocupações	5	3,5
Ignorada	43	28,8
<b>Localização</b>		
Urbana	115	77,2
Rural	27	18,1
Ignorado	7	4,7
<b>Idade gestacional a notificação (Trimestre)</b>		
Primeiro	22	14,8
Segundo	45	30,2
Terceiro	69	46,3
Idade gestacional ignorada	13	8,7
<b>Classificação clínica</b>		
Primária	106	71,1
Secundária	3	2
Terciária	3	2
Latente	4	2,8
Ignorado	33	22,1
<b>Realizou teste treponêmico no pré-natal</b>		
Reagente	68	45,6
Não reagente	6	4,1
Não realizado	54	36,2
Ignorado	21	14,1
<b>Realizou teste não treponêmico no pré-natal</b>		
Reagente	119	79,9
Não reagente	10	6,7

Tabela 1. (cont.)

<b>Variáveis (N=149)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Realizou teste não treponêmico no pré-natal</b>		
Não realizado	9	6
Ignorado	11	7,4
<b>Tratamento prescrito à gestante</b>		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	68	45,6
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	17	11,4
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	20	13,5
Outro esquema	24	16,1
Não realizado	8	5,3
Ignorado	12	8,1
<b>Tratamento do parceiro sexual</b>		
Sim	37	24,8
Não	88	59,1
Ignorado	24	16,1
<b>Esquema de tratamento prescrito ao parceiro</b>		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	22	14,8
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	12	8,1
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	9	6
Outro esquema	6	4
Não realizado	76	51
Ignorado	24	16,1
<b>Motivo para o não tratamento do parceiro</b>		
Parceiro não teve mais contato com a gestante	8	5,4
Parceiro não foi comunicado/convocado à US* para tratamento	4	2,7
Parceiro foi comunicado/convocado à US* para tratamento, mas não compareceu	8	5,4
Parceiro foi comunicado/convocado à US*, mas recusou o tratamento	1	0,7
Parceiro com sorologia não reagente	9	6
Outro motivo	79	53
Ignorado	40	26,8

Fonte: Maranhão<sup>10</sup>.

\*US: Unidade de Saúde.

Nos casos de sífilis congênita, a caracterização do perfil materno apontou a prevalência de 27,8% (n=5) das mães com idades entre 20 e 24 anos, 61,7% (n=11) eram pardas e 38,9% (n=7) tinham menos de oito anos de estudos, constatando-se que 83,3% (n=15) tiveram o acompanhamento pré-natal e que 33,3% (n=6) foram diagnosticadas durante o trabalho de

parto e/ou curetagem. O tratamento realizado nas mães das crianças notificadas com sífilis congênita foi preenchido como adequado em 72,2% (n=13) das fichas de notificação, mas o tratamento não foi instituído em 77,8% (n=14) dos parceiros sexuais dessas mulheres, e 16,6% (n=3) dos casos foram preenchidos como informação ignorada (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das características maternas dos casos notificados de sífilis congênita, entre 2013 e 2017, em Caxias (MA)

<b>Variáveis (N=18)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
15 a 19	4	22,2
20 a 24	5	27,8
25 a 29	4	22,2
30 a 34	1	5,6
35 a 39	2	11,1
Ignorado	2	11,1
<b>Raça/cor</b>		
Branca	3	16,7
Parda	11	61,1
Preta	2	11,1
Ignorado	2	11,1
<b>Escolaridade</b>		
≤8 anos	7	38,9
>8 anos	5	27,8
Ignorado	5	27,8
Não se aplica	1	5,5
<b>Realizou pré-natal</b>		
Sim	15	83,3
Não	2	11,1
Ignorado	1	5,6
<b>Momento do diagnóstico de sífilis materna</b>		
Durante o pré-natal	4	22,2
No momento do parto/curetagem	6	33,3
Após o parto	5	27,8
Não realizado	1	5,6
Ignorado	2	11,1
<b>Tratamento das gestantes</b>		
Adequado	13	72,2
Inadequado	1	5,6
Ignorado	4	22,2
<b>Tratamento dos parceiros das gestantes</b>		
Sim	1	5,6
Não	14	77,8
Ignorado	3	16,6

Fonte: Maranhão<sup>11</sup>.

A infecção congênita foi prevalente em 77,8% (n=14) dos recém-nascidos com idades entre 1 e 28 dias de vida, 61,1% (n=11) do sexo masculino e 55,6% (n=10) da raça parda, apresentando-se na forma clínica assintomática em 55,5% (n=10) das crianças, com 61% (n=11) reagentes para o teste não treponêmico

realizado no sangue periférico. A penicilina G cristalina de 100.000 a 150.000 UI/kg/dia foi o tratamento instituído em 33,3% (n=6), e, no que tange à evolução dos casos, 83,3% (n=15) sobreviveram. No entanto, 5,6% (n=1) evoluíram com natimortalidade (*tabela 3*).

Tabela 3. Distribuição das características sociais, assistenciais e diagnósticas relativas aos casos de crianças notificados entre 2013 e 2017

Variáveis (N=18)	n	%
<b>Idade</b>		
1 a <28 dias	14	77,8
29 dias a ≤1 ano	1	5,6
>1 ano	3	16,6
<b>Sexo</b>		
Masculino	11	61,1
Feminino	7	38,9
<b>Raça/cor</b>		
Branca	1	16,7
Parda	10	55,6
Ignorado	5	27,7
<b>Presença de sinais e sintomas</b>		
Assintomático	10	55,5
Sintomático	1	5,6
Ignorado	7	38,9
<b>Teste não treponêmico - Sangue periférico</b>		
Reagente	11	61
Não reagente	1	5,6
Não se aplica	3	16,7
Ignorado	3	16,7
<b>Teste não treponêmico - Líquor</b>		
Não realizado	9	50
Ignorado	9	50
<b>Radiografia de ossos longos</b>		
Com alteração	1	5,9
Não realizado	7	41,2
Ignorado	9	52,9

Tabela 3. (cont.)

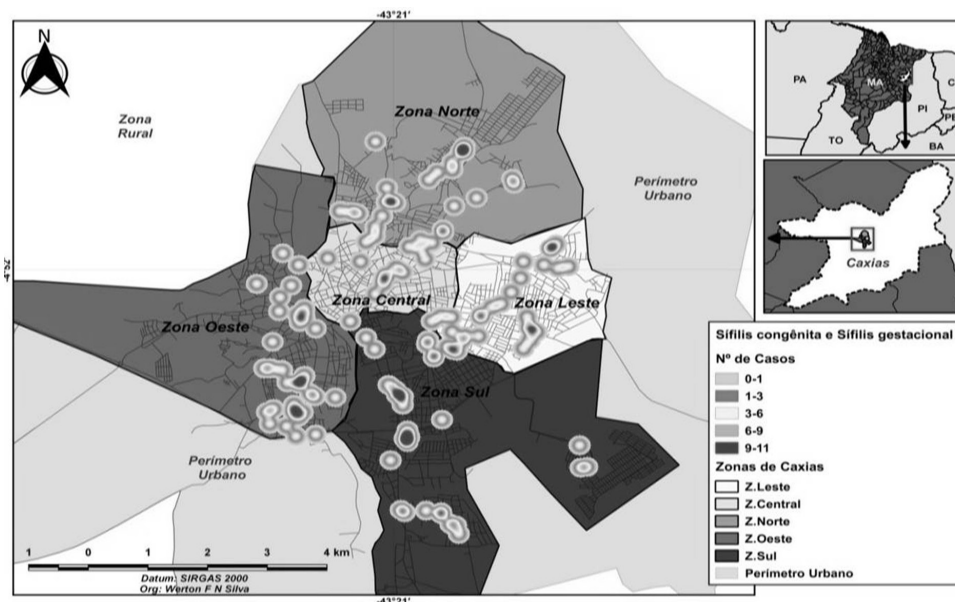
Variáveis (N=18)	n	%
<b>Esquema de tratamento</b>		
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia - 10 dias	6	33,3
Penicilina G procaína 50.000 UI/kg/dia - 10 dias	1	5,6
Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg/dia	-	-
Outro esquema	6	33,3
Ignorado	5	27,8
<b>Evolução do caso</b>		
Vivo	15	83,3
Natimorto	1	5,6
Ignorado	2	11,1

Fonte: Maranhão<sup>11</sup>.

A distribuição espacial dos focos de calor em relação à divisão municipal da região estudada mostrou predominância da ocorrência de sífilis gestacional e congênita, no período de 2013 a 2017, nas zonas Oeste e Leste, respectivamente, apresentando três pontos de concentração,

com uma média de 9 a 11 casos por ponto. Os focos de calor na Região Central apresentaram baixa intensidade, evidenciando que essa área apresentou menores incidências para os agravos estudados (*figura 1*).

Figura 1. Distribuição espacial dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita, na zona urbana de Caxias (MA), no período de 2013 a 2017

Fonte: Maranhão<sup>10,11</sup>.

## Discussão

O presente estudo apresenta os primeiros dados sobre sífilis gestacional e congênita no município de Caxias (MA), dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública e reforça a importância de investimentos na assistência pré-natal e capacitação dos profissionais para o manejo correto da infecção.

A pesquisa evidenciou aumento da taxa de incidência da infecção em gestante, no município. Padrão semelhante foi encontrado em estudos conduzidos no estado do Piauí<sup>12</sup>, em Maringá (PR)<sup>13</sup>, Palmas (TO)<sup>14</sup> e Santa Maria (RS)<sup>15</sup>. Uma análise dos dados do 'Boletim Epidemiológico de Sífilis' revela que, no Brasil, houve aumento da taxa de incidência de sífilis gestacional, passando de 5 casos por mil nascidos vivos, em 2011, para 12,4 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, em 2016<sup>5</sup>. Pelo menos uma explicação para este achado precisa ser considerada: é possível que o aumento do número de casos de sífilis gestacional possa estar relacionado à não realização ou a inefetivas ações de educação em saúde<sup>6</sup>.

Destaca-se a maior prevalência da infecção em gestantes jovens (20 a 24 anos), pardas, com baixa escolaridade e donas de casa. Este achado corrobora os dados existentes na literatura, onde foi observado que a sífilis gestacional é mais incidente em mulheres na faixa etária de 20 a 35 anos<sup>15,17-19</sup>. Em contrapartida, um estudo realizado em Belo Horizonte (MG) encontrou a prevalência da infecção em gestante com idade inferior a 20 anos<sup>20</sup>. A raça/cor parda, baixa escolaridade e o desenvolvimento de atividades sem remuneração são características prevalentes nas gestantes com sífilis, sendo encontrados resultados semelhantes em outros estudos<sup>20-23</sup>.

A baixa escolaridade está relacionada ao risco à saúde, uma vez que o menor acesso à informação interfere no entendimento sobre a importância dos cuidados com a saúde, principalmente no que se refere às medidas preventivas, dessa forma, prejudicando a interrupção na cadeia de transmissão<sup>23-24</sup>. Nesta pesquisa,

observou-se que a maioria das gestantes tinha baixa escolaridade, o que se assemelha a uma pesquisa realizada em Santa Cruz (RN)<sup>24</sup> e em outras regiões do País<sup>10,25</sup>.

Identificou-se uma elevada frequência de diagnósticos da sífilis no terceiro trimestre de gestação. O diagnóstico da infecção no terceiro trimestre gestacional é considerado tardio e pode estar relacionado ao início tardio do pré-natal nas gestantes, bem como às baixas sensibilidade e efetividade da assistência pré-natal oferecida. Resultados semelhantes a esse foram encontrados em outros estudos<sup>12,14</sup>. Em dissonância com esses dados, um estudo realizado no Japão evidenciou que 78% dos casos de sífilis em gestantes foram diagnosticados no primeiro trimestre de gestação<sup>26</sup>.

Os resultados apresentados evidenciaram um maior número de casos de gestantes com sífilis primária, ou seja, que estavam no primeiro estágio da doença. Estudo análogo, referente aos casos notificados de gestantes com sífilis no período de 2008 a 2011, no município de São Luís (MA), verificou que 47,6% dos casos de sífilis gestacional se encontravam na fase primária da infecção<sup>22</sup>. A sífilis primária também foi prevalente na análise epidemiológica da sífilis gestacional no Brasil, entretanto, a observância do predomínio dessa fase clínica em grande parte do preenchimento das fichas pode estar relacionada à ausência de conhecimento dos profissionais sobre a infecção, ou seja, o preenchimento pode ter sido feito de maneira equivocada. De acordo com a fisiopatologia da infecção, a prevalência é da fase latente, então, a sífilis dificilmente é diagnóstica na fase primária<sup>5</sup>.

O tratamento não foi realizado em uma porcentagem significativa dos parceiros das gestantes notificadas com sífilis. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Fortaleza (CE) e Natal (RN), no qual se obteve achado convergente a esse. Respectivamente, 62,9% e 48,1% dos parceiros das gestantes não realizaram o tratamento<sup>18,27</sup>. É importante salientar que, para ser considerado como adequado, o tratamento das gestantes

com sífilis deve ser realizado com penicilina, de acordo com a classificação clínica da infecção, instituído até 30 dias antes do parto. E o tratamento do parceiro deve ser realizado concomitantemente ao da gestante<sup>23</sup>.

No que tange à sífilis congênita, identificou-se nos resultados um decréscimo na taxa de detecção, no período do estudo. No entanto, apesar dessa redução significativa, mesmo estando abaixo da média nacional em todos os anos do estudo, as taxas de incidência de sífilis congênita se apresentaram alarmantes<sup>5</sup>. Resultado apostado a esse foi encontrado em um estudo realizado no estado do Paraná, no qual foi observada uma tendência crescente na taxa de detecção de sífilis congênita<sup>28</sup>, assim como em outros estados do País, como Sergipe, Mato Grosso e Piauí<sup>29,30-32</sup>. Em contrapartida, estudo realizado em outras localidades do estado do Maranhão encontrou resultados semelhantes aos de Caxias (MA), evidenciando que a redução no número de caso de sífilis congênita é uma tendência estadual<sup>6</sup>.

No presente estudo, houve o predomínio da sífilis congênita em crianças filhas de mães que realizaram o acompanhamento pré-natal. No entanto, o diagnóstico da infecção materna ocorreu, sobretudo, durante o parto ou a curetagem, o que se mostrou tardio e configurou uma falha na assistência pré-natal para o manejo correto da infecção no município.

A falha na assistência pré-natal interfere na realização de diagnóstico precoce e tratamento adequado e em tempo oportuno. Assim, o elevado número de casos de sífilis congênita pode ser explicado pela falta de implementação das orientações do Ministério da Saúde na atenção pré-natal<sup>33</sup>. A introdução de políticas públicas que promovam a capacitação dos profissionais de saúde é necessária, visando a habilitá-los para a assistência pré-natal adequada, assim preparando-os para a notificação e o manejo clínico da sífilis no período gravídico<sup>35</sup>.

Já o diagnóstico de sífilis congênita foi realizado predominantemente em casos recentes, assintomáticos e com evolução, em sua maioria, para a cura. Entretanto, ainda foi

observada natimortalidade entre as crianças com sífilis. Corroborando esse achado, a pesquisa realizada no Paraná entre 2007 e 2013 também observou o predomínio da infecção como sífilis congênita recente e com evolução dos casos para a cura<sup>28</sup>.

O elevado número de campos ignorados nas fichas de notificação de sífilis gestacional e congênita encontrado neste estudo é preocupante, uma vez que todas as variáveis encontradas nas fichas de notificação servem para avaliar a situação do agravo, bem como a assistência à saúde prestada. O preenchimento adequado das fichas permite o acesso às informações dos pacientes, facilitando a avaliação, o planejamento e a instituição de medidas para a redução e o controle desse agravo<sup>27</sup>.

A análise espacial evidenciou o predomínio da sífilis gestacional na Zona Oeste e os casos de sífilis congênita na Zona Leste. Fato que chama a atenção é a ausência de casos de sífilis congênita na Zona Oeste, uma vez que esse agravo está intimamente relacionado à sífilis gestacional. Vale destacar que as regiões com maior número de casos são caracterizadas por uma população com baixa escolaridade, pouco poder aquisitivo e dispõem de áreas descobertas de assistência básica de saúde. A sífilis apresenta uma relação com a vulnerabilidade social, e a caracterização das regiões de maior ocorrência é fundamental para auxiliar os profissionais de saúde e gestores no planejamento de ações<sup>28</sup>. O aumento da taxa de incidência de sífilis gestacional e congênita em algumas regiões pode estar associado a melhores condições de acesso e atendimento nas unidades de saúde, conseqüentemente, melhor acesso aos métodos diagnósticos e maiores taxas de notificações<sup>35</sup>.

O presente estudo teve por limitação a utilização de dados secundários, o que o torna passível a falhas de preenchimento e/ou incompletude de informações nas fichas de notificação, o que interfere diretamente na divulgação de informações que retratam de maneira real o perfil e o manejo dos casos de sífilis gestacional e congênita no município.

## Conclusões

Em suma, evidenciou-se um crescimento significativo de sífilis gestacional, caracterizando a infecção em gestantes jovens, de baixa escolaridade, donas de casa e que residem na zona urbana, revelando a fragilidade da assistência pré-natal prestada às gestantes, através do diagnóstico tardio, tratamento inadequado e da não realização do tratamento do parceiro, sendo estes, pontos fundamentais para evitar a transmissão vertical.

A taxa de detecção da sífilis congênita, ao contrário da sífilis gestacional, apresentou um declínio significativo, com a infecção predominante em crianças no período neonatal, do sexo masculino e pardas. E a distribuição espacial indicou prevalência dessas doenças nas regiões periféricas do município.

Observou-se fragilidade no preenchimento

das fichas de investigação, o que comprometeu o diagnóstico da real situação desses agravos. Isto torna necessária uma educação permanente para os profissionais, a fim de qualificar a vigilância da sífilis gestacional e congênita, com o intuito de instituir identificação precoce, tratamento oportuno e acompanhamento efetivo.

## Colaboradores

Conceição HN (0000-0001-6035-8280)\*, contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. Câmara JT (0000-0002-8312-1697)\* contribuiu substancialmente para o planejamento, a análise e a interpretação dos dados, e para a revisão crítica do conteúdo. Pereira BM (0000-0001-8541-4031)\* contribuiu substancialmente para a revisão crítica do conteúdo. ■

## Referências

1. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010; (26):1747-1755.
2. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2017; 17(4):781-789.
3. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(2):287-94.
4. World Health Organization. Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO; 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de sífilis. Brasília, DF; 2017. (v. 48. n. 36).
6. Guimarães TA, Alencar LCR, Fonseca LMB, et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq. Cienc. Saúde*. 2018; 25(2):24-30.
7. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, et al. Vigi-

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



- lância da sífilis na gravidez. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16 (2):103-111.
8. Gordis L. *Epidemiologia*. 4. ed. São Paulo: Revinter; 2010.
  9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 Dez 2012.
  10. Maranhão. Secretaria Municipal de Saúde de Caxias. Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Fichas de investigação de sífilis em gestante. Caxias: Prefeitura de Caxias; 2017.
  11. Maranhão. Secretaria Municipal de Saúde de Caxias. Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Fichas de notificação/investigação de sífilis congênita. Caxias: Prefeitura de Caxias; 2017.
  12. Barbosa DRM, Almeida MGD, Silva AO, et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev. Enfer. UFPE*. 2017; 11(5):1867-1874.
  13. Ramos MG, Boni SM. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá-PR. *Saúde Pesq*. 2018; 11(3):517-526.
  14. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017; 26(1):255-264.
  15. Santos TD, Lock NC, Lnza SS, et al. Perfil da sífilis gestacional e congênita no município de Santa Maria-RS: vivências multidisciplinares para troca de saberes. *Saúde (Santa Maria)*. 2016; 42(2):215-224.
  16. Pires ACS, Oliveira DD, Rocha GMNM, et al. "Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade-Revisão de Literatura". *Rev. UNINGÁ*. 2018; 19(1):58-64.
  17. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*. 2013; (29):1109-1120.
  18. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MDS, et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; (23):563-574.
  19. Araújo LRL, Silva VCC, Gouveia Filho OS, et al. Prevalência de sífilis gestacional e congênita no estado de Goiás, Brasil. *FAINOR*. 2016; 9(2):49-58.
  20. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; (24):681-694.
  21. Aquino GT, Gonçalves HC. Perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012. *Arq. Catarinenses de Med*. 2016; 44(4):72-81.
  22. Furtado MFS, Brasil GVDS, Aragão FBA, et al. Fatores epidemiológicos da sífilis em gestantes no município de São Luís-MA. *Rev. UNINGÁ*. 2018; 52(1):51-55.
  23. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; (26):1-10.
  24. Cabral BTV, Dantas JC, Silva JA, et al. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Rev. Ciênc. Plural*. 2017; 3(3):32-44.
  25. Bottura BR, Matuda L, Rodrigues PSS, et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016/Epidemiological profile of gestational and congenital syphilis in Brazil – from 2007 to 2016. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2019; 64(2):69-75.
  26. Suzuki S, Sekizawa A, Tanaka M, et al. Current status of syphilis in pregnant women in Japan. *J. of Maternal-Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(23):2881-2883.

27. Oliveira SIM. Notificações de sífilis gestacional e congênita: uma análise epidemiológica. [dissertação]. Mato Grosso do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016. 78 p.
28. Signor M, Spagnolo LML, Tomberg JO, et al. Spatial distribution and characterization of cases of congenital syphilis. *J. Nursing UFPE*. 2018; 12(2):398-406.
29. Cruz VC, Silva JR, Gois CFL, et al. Epidemiologia da sífilis em gestante e congênita em Sergipe. In: I Congresso Internacional de Enfermagem; 2017 maio 9-12; Tiradentes. Tiradentes: Universidade Tiradentes; 2017. p. 1-4.
30. Silva LCVG, Teodoro CCJ, Silva JK, et al. Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso/Profile of the cases of syphilis in a municipality the South of Mato Grosso/Perfil de los casos de sífilis en un municipio del Sur de Mato Grosso. *J. Health NPEPS [internet]*. 2017; 2(2):380-390.
31. Rodrigues IM, Ribeiro MA, Albuquerque IMAN, et al. Perfil e distribuição espacial da sífilis congênita em Sobral-CE no período de 2007 a 2013. *Ciênc. Saúde*. 2018; 11(2):70-76.
32. Almeida PD, Araujo Filho ACA, Araújo AKL, et al. Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. *Revista Interd*. 2015; 8(1):62-70.
33. Gonçalves HC, Sousa TO, Sakae TM. Incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no ano de 2012. *Arq. Catarinenses de Med*. 2017; 46(2):15-25.
34. Suto CSS, Silva DL, Almeida EDS, et al. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2016; 5(2):18-33.
35. Teixeira MA, Santos PP, Santos PN, et al. Perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por sífilis congênita no município de Jequié/Bahia. *Rev. Saúde.Com [internet]*. 2015 [acesso em 2018 nov 20]; 11(3):303-313. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n3a07.pdf>.

---

Recebido em 14/04/2019  
Aprovado em 01/10/2019  
Conflito de interesse: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Acidentes Automobilísticos no Brasil em 2017: estudo ecológico dos anos de vida perdidos por incapacidade

*Automobile Accidents in Brazil in 2017: ecological study of the disability-adjusted life years*

Tamires Feitosa de Lima<sup>1</sup>, Raimunda Hermelinda Maia Macena<sup>2</sup>, Rosa Maria Salani Mota<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912314

**RESUMO** Este estudo se propõe a descrever o impacto dos Acidentes Automobilísticos no Brasil, no ano de 2017, sobre os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Estudo ecológico, com dados secundários da Global Health Data Exchange (Global Burden of Disease 2017) disponibilizados pelo Institute for Health Metrics and Evaluation. Os dados foram obtidos utilizando filtros de causa (ferimentos na estrada por veículo automotor), localização (global, Brasil e sul da América Latina) e indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 15 e 49 anos. Foram considerados os anos de vida perdidos por incapacidade e a taxa de mortes por 100 mil habitantes. Os dados foram exportados para o Excel<sup>®</sup> for Windows 2010 e analisados conforme a literatura. Observa-se, no Brasil, um decréscimo nas taxas de óbitos (19,68%) e de anos de vida perdidos por incapacidade (22,10%) por acidente automobilístico entre indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 15 e 49 anos, porém mostram-se superiores as taxas globais e do sul da América Latina. Estudos como este são importantes para o aperfeiçoamento e o direcionamento de políticas públicas específicas, para formular e implementar estratégias de promoção e prevenção da saúde de segurança no trânsito.

**PALAVRAS-CHAVE** Carga Global da Doença. Anos de vida ajustados pela incapacidade. Acidentes de trânsito. Automóveis.

**ABSTRACT** *This study aims to describe the impact of Automobile Accidents in Brazil, in the year 2017, on the years of life lost adjusted for disability. Ecological study, with secondary data from the Global Health Data Exchange (Global Burden of Disease 2017) provided by the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). The data were obtained using cause filters (road injuries by motor vehicle), location (Global, Brazil and Southern Latin America) and individuals of both sexes, aged 15 to 49 years. Rates of death and Disability-Adjusted Life Years per 100 thousand inhabitants were considered. The data were exported to Excel<sup>®</sup> for Windows 2010 and analyzed according to the literature. It is observed, in Brazil, a decrease in death rates (19.68%) and Disability-Adjusted Life Years (22.10%) per automobile accident among individuals of both sexes, between 15 and 49 years, but they are higher than the Global and Southern rates of Latin America. Studies such as this are important for the improvement and targeting of specific public policies, to formulate and implement strategies for health promotion and prevention of traffic safety.*

**KEYWORDS** *Global Burden of Disease. Disability-adjusted life years. Accidents, traffic. Automobiles.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.  
tamiresfeitosa18@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.



## Introdução

Os Acidentes de Trânsito (AT) ocupam, atualmente, devido à sua elevada morbimortalidade, a nona posição entre as principais causas de morte no mundo, representando um grave problema de saúde pública. O Brasil se mantém em terceiro lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito, sendo os AT a segunda causa de morte não natural evitável, gerando em torno de 40 mil óbitos por ano<sup>1</sup>.

Ainda são escassos os estudos sobre Acidentes Automobilísticos (AA), pois persiste uma confusão semântica nos termos nas diversas legislações e na literatura disponível no Brasil<sup>2-4</sup>. O AT é um evento em que um ou mais indivíduos, na direção de veículo(s) motorizado(s), causa(m) a interferência no tráfego de outros veículos em vias terrestres, podendo gerar danos físicos e/ou materiais. Já o AA é uma das modalidades de AT, sendo conceituado como um acidente que envolve veículo automotor, de quatro rodas, e que pode transportar, no máximo, de oito a dez pessoas, incluindo o condutor<sup>2-4</sup>.

Os AA têm causas multifatoriais (humana, social, socioeconômica, viária, veicular e ambiental) e geram impactos na saúde, na economia e nos aspectos socioeconômicos de uma população<sup>5</sup>. Os impactos na saúde ultrapassam as questões de morbimortalidade, pois são capazes de gerar incapacidades e perdas na funcionalidade, temporárias ou permanentes. Nos últimos anos, as estratégias de prevenção e políticas públicas em saúde têm sido desenvolvidas e implementadas considerando indicadores de saúde, estatísticas vitais e inquéritos.

Entretanto, esta modalidade de vigilância dos agravos tem sido subestimada em relação ao impacto de um agravo sobre determinada população. O Global Burden of Disease (GBD) ou Estudo da Carga Global de Doenças (CGD) apresenta-se como uma proposta inovadora de indicador complementar comparável de estatísticas de saúde, com o intuito de quantificar a magnitude causada pela perda de saúde em decorrência de doenças e lesões<sup>6-8</sup>. O GBD é

capaz de mensurar os anos de vida perdidos por incapacidade (Disability-Adjusted Life Years – Daly), possibilitando a compreensão do número de anos de vida perdidos resultante da morte prematura e acrescido dos anos vividos com invalidez por um determinado agravo<sup>6,8-10</sup>.

Deste modo, a quantificação do Daly por um determinado agravo proporciona uma maior precisão do impacto deste agravo em uma determinada população, fornecendo, ainda, informações sobre os fatores intervenientes e os grupos vulneráveis<sup>6,8,10</sup>. Pela escassez de estudos sobre GBD em relação aos AA, este estudo se propõe a descrever o impacto dos AA no Brasil, no ano de 2017, sobre os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade.

## Métodos

Estudo ecológico, utilizando dados secundários da Global Health Data Exchange (GBD 2017) disponibilizados pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)<sup>11</sup>, através do site <http://www.healthdata.org/>, coletados entre novembro e dezembro de 2018, por três pesquisadores cegos. Os dados disponíveis para download são livres, anônimos e podem ser usados e compartilhados de acordo com a Licença de Atribuição do Open Data Commons, porém devem ser citados constando data de acesso, bem como o Universal Resource Locator (a URL) (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

Os dados foram obtidos utilizando como filtros: 1. Causa: ferimentos na estrada por veículo automotor; 2. Localização: global, Brasil e sul da América Latina (Argentina, Chile e Uruguai); 3. Indivíduos: ambos os sexos, com idades entre 15 e 49 anos, pois segundo o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes de 2014 (Viva 2014) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), os indivíduos de 20 a 39 anos e os de 15 a 29 anos, respectivamente, são os principais envolvidos em AT, sendo considerados os principais grupos de risco<sup>12</sup>. Foram consideradas as taxas de mortes e o Daly para 100 mil habitantes.

Para o cálculo do Daly foram considerados: anos de vida perdidos por mortalidade prematura (Years of Life Lost – YLL) acrescidos dos anos vividos com invalidez (Years Lost Due to Disability – YLD), utilizando o ano de 2017. Tanto o YLL quanto o YLD são calculados baseando-se na esperança de vida ideal, padronizada mundialmente como 80 anos para homens e 82,5 anos para mulheres, sendo considerado um peso, proposto pelo IHME, atribuído à morte, à doença e à seqüela<sup>6</sup>.

Foram incluídas no cálculo a função de ponderação de idade, na qual os anos perdidos para crianças e idosos têm pesos menores, e uma taxa de desconto de 3%, que é inserida aos anos de vida perdidos no futuro<sup>6,8,13</sup>. O resultado do Daly se dá mediante a uma escada de saúde com variação de 0 a 1, sendo 0 a condição de absoluta saúde e 1 a condição de óbito. Este resultado representa a quantidade de anos de vida saudáveis perdidos ajustados por incapacidades, ou seja, um Daly corresponde a um ano de vida perdido ajustado à invalidez para 100 mil habitantes<sup>6,8,13</sup>.

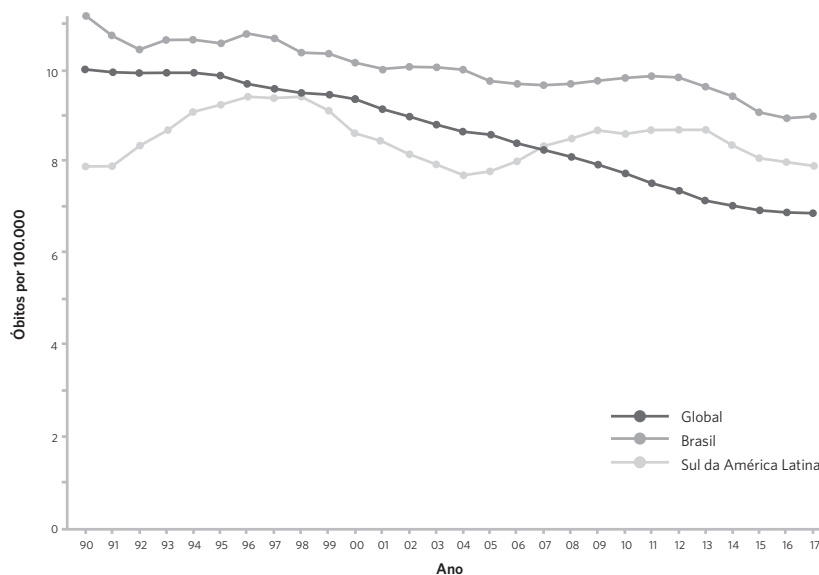
As análises descritivas puderam ser obtidas através das ferramentas GBD Compare|Viz Hub contidas no IHME, sendo estes dados exportados para o Excel<sup>®</sup> for Windows 2010.

Os dados utilizados no estudo são de banco de dados de domínio público, contudo, este estudo foi também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Unicatólica Quixadá (CE) (Parecer n° 3.077.751).

## Resultados

Observa-se, no Brasil, um decréscimo nas taxas de óbitos (19,68%) por AA de indivíduos, em ambos os sexos, entre 15 e 49 anos (11,18 óbitos por 100 mil habitantes para 8,98 óbitos por 100 mil habitantes). No entanto, a mortalidade brasileira por AA mostra-se superior à taxa global (10,01 óbitos por 100 mil habitantes para 6,86 óbitos por 100 mil habitantes) e à do sul da América Latina (7,93 óbitos por 100 mil habitantes para 7,91 óbitos por 100 mil habitantes) (gráfico 1).

Gráfico 1. Taxa de óbitos por 100 mil habitantes decorrentes de acidentes automobilísticos entre indivíduos de ambos os sexos, entre 15 e 49 anos. Global, Brasil e sul da América Latina, para os anos de 1990 a 2017

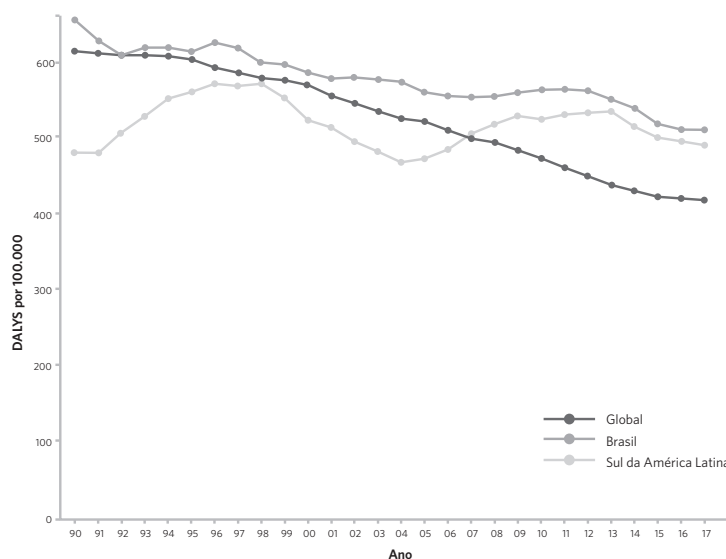


Fonte: <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>. Data de acesso: 28 de nov. de 2018<sup>11</sup>.

Há, no Brasil, um declínio do Daly (22,10%) por AA de indivíduos, em ambos os sexos, entre 15 e 49 anos (654,83 Daly por 100 mil habitantes para 510,13 Daly por 100 mil habitantes). Apesar disto, a taxa de Daly por AA é superior à

taxa global (614,97 Daly por 100 mil habitantes para 416,91 Daly por 100 mil habitantes) e à do sul da América Latina (479,49 Daly por 100 mil habitantes para 490,51 Daly por 100 mil habitantes) (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Série temporal da taxa de Daly - Disability-Adjusted Life Years (Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) por 100 habitantes decorrente de acidentes automobilísticos entre indivíduos de ambos os sexos, de 15 a 49 anos. Comparação entre a taxa brasileira, a global e a do sul da América Latina, de 1990 a 2017



Fonte: <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>. Data de acesso: 28 de nov. de 2018<sup>11</sup>.

Entre os anos de 2007 e 2017, foi observada uma redução na média da taxa de mortalidade por AA entre homens (9,20%) e um discreto incremento entre as mulheres (6,25%). Entre os homens, quando comparado a 2007, no período de 2007 a 2012, a taxa média manteve-se em torno de 15,8 por 100 mil habitantes, com

queda crescente nos anos de 2013 (1,23%), 2014 (3,68%), 2015 (7,36%) e 2016/2017 (9,20%). Entre as mulheres, quando comparado a 2007, ocorreu incremento das taxas entre 2008 e 2014 (5,36%), com taxas estáveis e maiores entre 2009 e 2013, o que se repetiu em 2017 (6,25%) (*quadro 1*).

Quadro 1. Taxa de mortalidade e Daly – Disability-Adjusted Life Years (Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) por 100 mil habitantes, decorrente de acidentes automobilísticos, segundo sexo dos indivíduos, de 15 a 49 anos, no Brasil, de 2007 a 2017

Ano	Sexo Masculino				Sexo Feminino			
	Mortalidade		DALY		Mortalidade		DALY	
	TX	IC	TX	IC 95%	TX	IC	TX	IC 95%
2007	16,30	15,80 - 16,90	928,80	898,60 - 960,70	3,20	3,10 - 3,30	188,00	181,10 - 195,50
2008	16,30	15,80 - 16,90	927,90	897,80 - 959,10	3,30	3,10 - 3,40	190,40	184,00 - 197,50
2009	16,40	15,90 - 16,90	932,40	902,40 - 962,70	3,40	3,20 - 3,50	196,30	189,80 - 203,00
2010	16,50	15,90 - 17,00	935,40	906,20 - 967,10	3,40	3,30 - 3,50	199,60	192,80 - 206,70
2011	16,50	16,00 - 17,00	935,90	908,00 - 965,90	3,40	3,30 - 3,60	201,00	193,80 - 208,40
2012	16,40	15,80 - 17,00	933,00	897,90 - 964,80	3,40	3,30 - 3,60	200,20	192,70 - 207,70
2013	16,10	15,50 - 16,60	913,20	877,10 - 946,40	3,40	3,20 - 3,50	196,50	188,90 - 204,30
2014	15,70	15,10 - 16,30	892,70	856,30 - 927,30	3,30	3,20 - 3,50	193,70	186,10 - 201,30
2015	15,10	14,50 - 15,60	856,20	818,60 - 889,80	3,20	3,10 - 3,40	188,40	180,90 - 196,00
2016	14,80	13,90 - 15,40	838,20	781,70 - 875,10	3,30	3,10 - 3,40	190,40	181,80 - 198,20
2017	14,80	13,30 - 15,50	833,00	752,00 - 874,60	3,40	3,20 - 3,50	195,50	185,00 - 205,20

Fonte: <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>. Data de acesso: 28 de nov. de 2018<sup>11</sup>.

A taxa média de Daly por AA entre homens diminuiu 10,31% no período de 2007 a 2017, indo de 928,80 para 833,00 anos de vida perdidos ajustados à invalidez por 100 mil habitantes, em 2017, com queda anual progressiva a partir de 2013. Entre as mulheres, a taxa média de Daly cresceu 3,99% no período de estudo, avançando de 188,00 (2007) para 195,50 anos de vida perdidos ajustados à invalidez por 100 mil habitantes (2017), especialmente entre os anos de 2009 a 2013 (crescimento médio de 5,7%) (quadro 1).

## Discussões

A OMS revela que 1,25 milhão de pessoas, por ano, morrem em decorrência de AT, e, aproximadamente, 50 milhões de pessoas sofrem lesões não fatais. Deste modo, o AT é considerado a primeira causa de morte entre adultos jovens, com idades entre 15 e 29 anos, e a terceira causa na faixa etária de 30 a 44 anos<sup>1,14</sup>. Entretanto, o presente estudo

demonstra que, no Brasil, nos últimos dez anos, há uma redução nas taxas de óbitos e de Daly por AA de indivíduos, em ambos os sexos, entre 15 e 49 anos, ainda que ambas as taxas sejam superiores à taxa global e à do sul da América Latina.

Os AT são responsáveis por elevados custos financeiros no setor saúde do Brasil, conseqüentes aos óbitos, traumas e às incapacidades geradas. Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em parceria com a Polícia Rodoviária Federal (PRF) em 2015 mostra que os acidentes envolvendo automóveis apresentaram o maior percentual (75,2%) entre os AT, em 2014<sup>15</sup>. O atlas da acidentalidade no transporte brasileiro traz que, do período entre 2007 e 2017, os acidentes envolvendo automóveis em rodovias federais policiadas foram os que obtiveram o maior número de óbitos, totalizando 34.946 (41,9%)<sup>16</sup>.

Tendo em vista os impactos dos AA nos âmbitos da saúde, social e financeiro, foi estabelecida, no plano de ações da Agenda 2030 para desenvolvimento sustentável, a meta

mundial de reduzir o número de mortes e lesões consequentes de AT até 2020. Caso as medidas de enfrentamento e redução não sejam tomadas, os AT poderão configurar, em 2030, a sétima causa de morte no mundo<sup>14</sup>. Além disso, em 2014, os acidentes com óbito obtiveram um custo total de R\$ 4,5 bilhões e são responsáveis por, aproximadamente, 35% dos custos totais com acidentes no País<sup>15</sup>. Em 2015, os óbitos por AT custaram cerca de R\$ 11,6 bilhões e o tratamento das vítimas feridas custou, aproximadamente, R\$ 7,7 bilhões para a economia brasileira<sup>17</sup>. Neste cenário, os AA necessitam ter sobre si um olhar mais aprimorado, pois apesar de não serem a primeira causa entre os AT, vêm apresentando índices crescentes. Entre os tipos existentes, os motorizados são os mais adquiridos no mercado de vendas de veículos e têm a maior frota entre as diversas modalidades de veículos<sup>16,18</sup>.

No Brasil, os dados do Viva de 2013 e 2014 mostram que indivíduos do sexo masculino são os que mais se envolvem em AT. Entre os atendidos em serviços sentinelas de urgência e emergência em decorrência de AT, 71,1% são homens; destes, 8,5% usaram automóveis como meio de transporte e 38,3% afirmaram que o outro veículo envolvido no acidente era um automóvel<sup>11</sup>. O presente estudo demonstra que os homens brasileiros possuem taxas de Daly e óbitos por AA mais elevadas do que as mulheres, porém com tendência a redução ao longo dos anos, em oposição ao que ocorre entre as taxas das mulheres, que apresentam tendência ao crescimento. Há que se destacar que a redução da mortalidade e a melhoria do Daly podem estar associadas à principal medida de enfrentamento da violência no trânsito implantada no Brasil, que foi a instituição do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), em 1998<sup>2,19,20</sup>. O CTB estabeleceu atribuições de órgãos de trânsito, normas, condutas, infrações e penalidades aos condutores<sup>2,21</sup>. Outro elemento importante foi a Lei Seca, implementada em 2008 pelo governo brasileiro, que estabeleceu penalidades para condutores que estivessem sob efeito de álcool, com o intuito

de minimizar/eliminar um dos principais fatores causadores dos AT<sup>21</sup>.

Há que se destacar que nem sempre um AA gera óbito. Devido à maior proteção que o automóvel oferece ao indivíduo, a gravidade dos AA é menor quando comparada aos acidentes motociclísticos, contudo, os envolvidos nos eventos apresentam sequelas e incapacidades físicas e/ou mentais<sup>22</sup>. Um estudo de carga global de doença realizado no Brasil mostra, em um comparativo entre os anos de 1990 e 2015, que os AT são, entre os eventos de causa externa, os que apresentam maior taxa de Daly por 100 mil habitantes no País, sendo que, em 1990, os acidentes de veículo motorizados ocupavam o terceiro lugar e, em 2015, passaram a assumir a quarta colocação<sup>23</sup>.

O Brasil tem como medida de enfrentamento e controle de AT a legislação vigente e políticas públicas voltadas para o agravo. Além disto, investe em estratégias educacionais através das mídias sociais para a prevenção de sua ocorrência e melhorias na infraestrutura rodoviária do País. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e a Política Nacional de Promoção à Saúde fazem parte da Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e representam as principais políticas de saúde direcionadas à prevenção e promoção da saúde e cultura de paz no Brasil<sup>21,24</sup>.

Apesar disso, os dados do presente estudo sinalizam que os homens estão vivendo menos anos com incapacidades do que as mulheres, o que pode ser explicado pelos estereótipos e valores no trânsito presentes no imaginário popular, de que homens são imprudentes e ameaçadores para o trânsito, porém mais seguros ao volante. O fato de as mulheres serem vistas como prudentes, obedientes e cautelosas pode explicar porque elas vivem mais anos com incapacidade por seus acidentes, que tendem a ter menor gravidade<sup>19,25</sup>.

As limitações deste estudo são as próprias do modelo ecológico. Inicialmente, os aspectos verificados na coletividade dos AA podem não refletir a real condição individual dos cidadãos



brasileiros (falácia ecológica), tendo em vista que as taxas encontradas para esse evento estiveram relacionadas a um grupo populacional específico (15 a 49 anos). A unidade de análise constituiu-se dos Daly por AA, de maneira a ser impossível inferir se os indivíduos que tiveram acidentes menos graves tiveram melhor desempenho no Daly. Outras limitações deste estudo referem-se às características do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), que é o principal fornecedor de dados ao IHME, além de não ser possível determinar as duplas e triplas entradas de usuários no sistema (readmissões). Acrescentam-se, ainda, fatores como o registro ou o sub-registro. Entretanto, o SIM é um sistema oficial, e diversos estudos apontam a validade e a utilidade dos seus dados, garantindo, assim, a consistência dos que foram apresentados<sup>8,9,23</sup>. Estudos como este, que abordam os impactos do AA, são importantes para o aperfeiçoamento e o direcionamento de políticas públicas específicas, para formular e implementar estratégias de promoção e prevenção da saúde de segurança no trânsito.

## Conclusões

Há redução na mortalidade e nos anos de vida perdidos ajustados à incapacidade por

AA no Brasil, contudo, a mortalidade e o Daly ainda apresentam taxas superiores, se comparados a outros países do mundo e ao sul da América Latina.

Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos não ecológicos para analisar a tendência e o público mais vulnerável ao AA no Brasil, o que permitirá o norteamento de políticas públicas efetivas. A baixa visibilidade feminina, pelas políticas e estratégias de controle e redução dos AA, carece ser ponderada e novas medidas devem ser implementadas, com o intuito de reduzir os anos de vida vividos com incapacidades.

## Colaboradores

Lima TF (0000-0002-3300-2366)\* contribuiu para a concepção do trabalho, elaboração crítica do conteúdo intelectual, análise e interpretação de dados e aprovação da versão final do manuscrito. Macena RHM (0000-0002-3320-8380)\* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados, a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final do manuscrito. Mota RMS (0000-0002-3347-8372)\* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. World Health Organization. Global Status Report on Road Safety. Geneva: WHO; 2015.
2. Brasil. Lei nº 9.503, de 23 de Setembro de 1997. 1997 [acesso em 2018 out 2]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/L9503Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9503Compilado.htm).
3. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 10.697: Pesquisa de acidentes de trânsito – terminologia. Rio de Janeiro: ABNT; 1989.
4. Organização Mundial da Saúde. CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Geneva: OMS; 2008. [acesso em 2018 out 2]. Disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01\\_v99.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_v99.htm).
5. World Health Organization. World report on road traffic injury prevention. Geneva: WHO; 2004.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation. Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde. Seattle, WA: IHME; 2013 [acesso em 2018 nov 28]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/gbd>.
7. Rocha E. A carga global de doença: fonte de informação para a definição de políticas e avaliação de intervenções em saúde. *Rev. Port. Cardiol.* 2017; 36(4):283-285.
8. Revista Brasileira de Epidemiologia. Estudo de carga global de doença 2015: resumo dos métodos utilizados. *Rev. bras. Epidemiol.* 2017; 20(1):4-20.
9. Souza MFM, França EB, Cavalcante A. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2017; 20(1):1-3.
10. Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, et al. The global burden of injury: Incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj. Prev.* 2015; 22(1): 3-18.
11. Institute for Health Metrics and Evaluation: measuring what matters. [internet]. Seattle: IHME; 2019. [acesso em 2018 nov 29]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/>.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
13. Murray C, Lopez A. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Salvar VIDAS – Pacote de medidas técnicas para a segurança no trânsito. In: Organização Mundial da Saúde, editor. Brasília, DF: OPAS; 2018.
15. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Polícia Rodoviária Federal. Acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras: caracterização, tendências e custos para a sociedade. Brasília, DF: IPEA; 2015.
16. Atlas da Acidentalidade no transporte brasileiro. Programa Volvo de Segurança no Trânsito. Curitiba: PVST; 2018. [acesso em 2018 nov 20]. Disponível em: <https://www.atlasacidentesnotransporte.com.br/home>.
17. Ambev. Retrato da segurança viária no Brasil 2017. 2017. [acesso em 2018 nov 20]. Disponível em: [https://www.ambev.com.br/conteudo/uploads/2017/09/Retrato-da-Seguran%C3%A7a-Vi%C3%A1ria\\_Ambev\\_2017.pdf](https://www.ambev.com.br/conteudo/uploads/2017/09/Retrato-da-Seguran%C3%A7a-Vi%C3%A1ria_Ambev_2017.pdf).
18. Confederação Nacional do Transporte. Acidentes rodoviários e infraestrutura. Brasília, DF: CNT; 2018.
19. Davantel PP, Pelloso SM, Carvalho MDDB, et al. A mulher e o acidente de trânsito: caracterização do

- evento em Maringá, Paraná. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2009; 12:355-367.
20. Abreu DROM, Souza EM, Mathias TAF. Impacto do Código de Trânsito Brasileiro e da Lei Seca na mortalidade por acidentes de trânsito. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2018; 34(8):1-13.
21. Bacchieri G, Barros AJ. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(5): 949-963.
22. Andrade SSCA, Jorge MHPM. Estimativa de sequelas físicas em vítimas de acidentes de transporte terrestre internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2016; 19(1):100-111.
23. Ladeira RM, Malta DC, Morais Neto OL, et al. Acidentes de transporte terrestre: estudo Carga Global de Doenças, Brasil e unidades federadas, 1990 e 2015. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2017; 20(1):157-170.
24. Silva Júnior JB, Malta DC. Avaliação de políticas e ações voltadas a prevenção de acidentes de trânsito e violências no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013; 22(3):371-372.
25. Almeida NDV, Lima AKB, Albuquerque CM, et al. As relações de gênero e as percepções dos/das motoristas no âmbito do sistema de trânsito. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2005; 25:172-185.
- 
- Recebido em 03/04/2019  
Aprovado em 16/10/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap)

# Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil

## *Effectiveness of participation of a municipal health council in the Brazilian South region*

Francieli Regina Bortoli<sup>1</sup>, Douglas Francisco Kovaleski<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912315

**RESUMO** Este estudo tem como propósito avaliar a efetividade da participação social em um conselho municipal de saúde, com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento da democracia deliberativa. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, sobre o Conselho Municipal de Saúde de Criciúma (SC), com utilização de entrevistas semiestruturadas e análise documental. Os dados organizados e sistematizados resultaram em duas categorias temáticas, quais sejam: empowerment e decisão. Usualmente, os membros que estão na primeira gestão e, por conseguinte, ainda não foram capacitados, detêm menos conhecimento a respeito do seu papel como conselheiros, quando comparados com os conselheiros mais antigos na instituição, salientando que, quando as práticas educativas são empregadas adequadamente, podem minimizar as assimetrias que permeiam a atuação dos conselheiros de saúde para atingir níveis desejáveis de influência desses atores no controle público. Ademais, os conselheiros apresentaram uma positiva atuação, incentivando a participação da comunidade e impactando sobre o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, alavancando resultados práticos e progressos de acordo com as necessidades locais elencadas pela população. Neste cenário, evidencia-se a importância de informar e conscientizar os conselheiros, a fim de ampliar seus conhecimentos políticos, éticos e teóricos.

**PALAVRAS-CHAVE** Conselhos de saúde. Controle social formal. Participação comunitária. Efetividade. Sistema de saúde.

**ABSTRACT** *This study aims to evaluate the effectiveness of social participation in a municipal health council, with the purpose of producing informations that contribute to the improvement of deliberative democracy. This is a case study, with a qualitative approach, on the Municipal Health Council of Criciúma (SC), using semi-structured interviews and documentary analysis. The data organized and systematized resulted in two thematic categories, namely: empowerment and decision. Usually, the members who are in the first management and, therefore, have not yet been trained, have less knowledge about their role as counselors, when compared with the older counselors in the institution, noting that, when educational practices are employed appropriately, can minimize the asymmetries that permeate the performance of health counselors and achieve desirable levels of influence of these actors in public control. In addition, the members presented a positive performance, encouraging community participation and impact on access and quality of health services, leveraging practical results and progress according to the local needs highlighted by the population. In this scenario, it is evident the importance of informing and raising the awareness of the counselors, in order to broaden their political, ethical and theoretical knowledge.*

**KEYWORDS** *Health councils. Social control, formal. Community participation. Effectiveness. Health systems.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. [fran\\_bortoli@yahoo.com.br](mailto:fran_bortoli@yahoo.com.br)



## Introdução

O processo de ampliação da democracia, fortemente impulsionado por movimentos sociais que lutaram por novos direitos e pela democratização das relações entre o Estado e sociedade, ocorreu no período da distensão política brasileira, pós-ditadura militar, e manifesta-se na criação de espaços públicos e na crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as questões de políticas públicas<sup>1</sup>.

A participação popular representa

uma força social capaz de elencar prioridades e influenciar nos serviços públicos de saúde, impulsionando a formulação e o fortalecimento de políticas para a promoção da saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa<sup>2(1098)</sup>.

Por meio de práticas deliberativas, a participação adotou diversas formas nas várias esferas da vida social, moldadas por duas vertentes da teoria democrática: ‘democracia deliberativa’ e ‘democracia participativa’<sup>3</sup>. Ambas as abordagens surgiram para defender o argumento de que novas práticas que envolvem o engajamento dos cidadãos devem complementar a democracia representativa<sup>4</sup>.

A democracia participativa defende a adoção de procedimentos e a construção de uma cultura política que permitam a manifestação da soberania popular com maior intensidade<sup>5</sup>. A gestão participativa se ancora na democracia participativa, e os espaços de diálogo e de construção conjunta pressupõem a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação social, de usuários, de trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, são criados os comitês de promoção de políticas de equidade, os grupos de trabalho e os conselhos gestores, e também é ampliado o papel da ouvidoria do SUS, nas três esferas de governo<sup>6</sup>.

Por sua vez, na democracia deliberativa, a legitimidade democrática advém do debate

público e, portanto, decisões legítimas são aquelas oriundas da participação dos sujeitos afetados pela sua produção, de maneira que os afetados pelas políticas possam apontar problemas e participar do processo de construção de soluções para aqueles<sup>7</sup>. Para Monteiro e Fleury<sup>8</sup>, a maior expressão da democracia deliberativa no Brasil tem sido os conselhos gestores em nível local. Na saúde, destacam-se os conselhos, que representam a iniciativa mais ampla de descentralização político-administrativa implementada no País<sup>9</sup>.

Os conselhos de saúde são importantes para a participação da sociedade na tomada de decisão, mecanismo estratégico para a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS<sup>10</sup>.

Segundo a Lei nº 8.142/90, o conselho de saúde é órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, presente nas três esferas de poder. Por constituir um sistema democrático, este espaço deve assegurar o direito de participação dos segmentos envolvidos: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde. Esta composição é paritária: 50% são representantes de usuários e os demais 50% se dividem entre outros segmentos<sup>11</sup>.

Todavia, apesar do aparato legal, é recorrente na literatura a dificuldade na consolidação da capacidade efetiva de influência e controle social no processo decisório e de intervenção nas políticas de saúde<sup>2,8,12</sup>. A literatura sobre efetividade participativa referente à democracia deliberativa tem origem norte-americana<sup>13</sup>. A efetividade da participação abrange tanto a dimensão deliberativa quanto a implementação e os resultados das políticas públicas. Diante das duas dimensões em conjunto – isto é, por um lado, o debate sobre a efetividade deliberativa e, por outro, o debate sobre a efetividade das instituições –, pode-se vislumbrar um arcabouço teórico-analítico significativo para a compreensão tanto do funcionamento quanto dos resultados efetivos apresentados pelas instituições participativas<sup>14</sup>.

Por lidar com elementos centrais para a

análise da qualidade do processo de participação política em conselhos, a temática da efetividade tem sobressaído, nos últimos anos, como elemento principal de discussão entre os pesquisadores da área. O ‘aprofundamento’ da democracia está ligado não apenas à existência da possibilidade de ampliação dos espaços de participação, mas também a problemas e desafios específicos concernentes à sua própria implementação e consolidação enquanto espaço de interlocução entre Estado e sociedade civil no campo das políticas públicas<sup>15</sup>.

Em suma, atualmente existe “forte descompasso entre a riqueza das experiências participativas no País e a precariedade do nosso conhecimento sobre seus efeitos”<sup>16(36)</sup>. O que se coloca, então, é a necessidade crucial e imprescindível de avaliar a qualidade e efetividade participativa dos cidadãos<sup>17</sup>.

Acredita-se que a ampliação e a qualificação das avaliações de efetividade das instituições participativas têm o potencial de fomentar, de forma mais veloz, seu próprio aperfeiçoamento, assim contribuindo para o fortalecimento da democracia e para a melhoria das políticas públicas<sup>18</sup>. Nessa perspectiva, o presente estudo procurou avaliar a efetividade da participação social a partir dos resultados identificados e pela capacidade de os membros atuarem e influírem, de forma direta ou indireta, junto ao processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma (SC), com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento do trabalho desenvolvido através da participação popular.

## Métodos

Trata-se de um estudo de caso sobre o Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município de Criciúma, no sul do estado de Santa Catarina. Para Yin<sup>19</sup>, o estudo de caso é adequado quando se pretende investigar o ‘como’ e o ‘porquê’ de um conjunto de eventos contemporâneos, e constitui uma estratégia de pesquisa que requer múltiplos métodos e

fontes para explorar, descrever e explicar um fenômeno em seu contexto. A escolha por esse município obedeceu a critério de oportunidade e também se deu porque o município de Criciúma é reconhecido nacionalmente como um dos principais centros de mobilização operária e sindical de Santa Catarina<sup>20</sup>.

O estudo utilizou uma abordagem metodológica qualitativa, que busca apreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas práticas e analisá-las à luz dos referenciais teóricos do estudo. A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, crenças e representações em um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, tão pouco à generalização, mas deve privilegiar o aprofundamento da análise<sup>21</sup>.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, com conselheiros e membros da secretaria executiva do conselho; e da análise documental de atas, relatórios de reuniões e resoluções do CMS.

As entrevistas foram realizadas com 12 integrantes do CMS, sendo que as narrativas foram gravadas em aparelho de áudio digital e posteriormente transcritas; tiveram duração média de 30-60 minutos, e foram realizadas em local reservado, a fim de garantir a privacidade dos participantes. O anonimato das informações e dos depoimentos dos indivíduos foi preservado, e os entrevistados foram identificados da seguinte forma: E01 a E12.

Para a análise documental proposta, foram utilizados o registro da frequência e a categorização por assunto das ações e atividades, bem como os tipos de demandas discutidos em reunião, servindo-se das atas e resoluções correspondentes, do biênio 2015-2017 e do biênio seguinte, até o mês de fevereiro de 2018.

Os dados coletados foram analisados por meio de categorias temáticas divididas em temas e subtemas, referentes à análise do conteúdo<sup>22</sup>. Os temas foram *empowerment* e decisão. Os subtemas do *empowerment* foram: capacidade dos conselheiros para debaterem e influenciarem nas deliberações, conhecimento

para a compreensão de determinados debates e conhecimento das atribuições do conselheiro, e o subtema atividades de capacitação. Os subtemas relativos à decisão foram: o teor das resoluções do CMS e a percepção dos entrevistados a respeito dos debates e decisões do conselho.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 2.471.789, de 22 de janeiro de 2018.

## Resultados e discussão

Os processos deliberativos consistem em uma dimensão fundamental para avaliar a qualidade da participação. A deliberação é um componente importante dos processos participativos porque abrange, entre outras coisas, um conjunto de possibilidades relacionadas ao grau de envolvimento dos atores no processo e, principalmente, ao grau de comprometimento destes agentes com as temáticas em discussão e com a possibilidade efetiva de concretização, acompanhamento e monitoramento dessas ações. Saber não apenas quem delibera, mas, principalmente, como se delibera pode ser fundamental para garantir maior qualidade no processo participativo<sup>18</sup>.

Para analisar a efetividade participativa do conselho, no sentido de identificar os impactos de sua intervenção sobre a definição e execução da política de saúde do município, foram criadas duas categorias, a saber: *empowerment* e decisão. Este estudo é parte de uma dissertação que investigou também as relações de poder no conselho, que não serão abordadas neste artigo devido à sua extensão, mas que, contudo, não prejudicam a análise da efetividade participativa nos termos propostos.

### **Empowerment**

O termo '*empowerment*' tem sido empregado na área da gestão pública participativa para promover cidadania e consolidar processos democráticos entre Estado e sociedade.

Considerando as diversas origens da noção de '*empowerment*', a tradução do termo da língua inglesa, de onde deriva, vem resultando em distintos significados e definições a respeito da terminologia. Em virtude dessa vasta polissemia conceitual, optou-se pelo uso do termo no idioma de origem para manter a fidedignidade da tradução e sua essência, que remete à democracia, ao fortalecimento, à autonomia e suas relações dentro da sociedade e instituições sociopolíticas<sup>23</sup>.

Nesse sentido, Carvalho<sup>24</sup> propõe a noção alternativa de '*empowerment* comunitário', tomando como referência a produção de autores como Julian Rappaport, Paulo Freire e Saul Alinsky. O autor considera que o aspecto central do '*empowerment* comunitário' é

a possibilidade de que indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política<sup>24(1092)</sup>.

Com base na pesquisa empírica, foi possível averiguar os seguintes elementos relativos ao *empowerment*: capacidade dos conselheiros para debaterem e influenciarem nas deliberações; conhecimento para a compreensão de determinados objetos de debate e conhecimento das atribuições como conselheiros; e atividades de capacitação.

Sendo assim, observou-se que a ausência ou fragilidade com relação à capacidade argumentativa dos conselheiros, a falta de conhecimento especializado dos assuntos abordados, bem como a incapacidade de produzir debates e decisões podem impactar negativamente nas atividades e nas deliberações:

*[...] todos têm o direito de expressão, o problema é que alguns têm algumas dificuldades e, muitas vezes, as discussões não acontecem da forma que deveriam acontecer... Alguns se intimidam, muitos por ter este problema de se expressar, outros por desconhecimento do assunto discutido, e isso não fica legal. (E10).*

Assim, as experiências na área da participação social podem ser consideradas favoráveis para a otimização das atividades do conselho, pois com o passar do tempo os conselheiros acumulam conhecimento e experiência. O aprendizado técnico e organizacional, proveniente de experiências anteriores, aumentaria a capacidade dos conselhos de responder às exigências técnico-burocráticas da gestão de políticas públicas e sua capacidade de intervir nas políticas formuladas segundo essa lógica<sup>25</sup>.

Constatou-se que os conselheiros, sobretudo os que participam há mais tempo, possuem conhecimento acerca da legislação dos conselhos, da VIII Conferência Nacional de Saúde e do papel do conselho com relação às finanças do município, por exemplo.

A experiência adquirida nesses espaços de participação auxilia os conselheiros a influenciarem no processo decisório e possibilita sua propagação para integrantes das entidades das quais fazem parte:

*[...] com essas possibilidades continuadas, gestão após gestão, é claro que os conselheiros vão criando competência para fazer as coisas e vão se propagando ao longo do tempo... (E02).*

Contudo, nem sempre os conselheiros mais antigos na instituição são detentores de mais conhecimento sobre o seu papel:

*[...] tem alguns que estão ali há muitos anos, sabem como funciona, mas tem outros que estão ali há anos e não entenderam qual é o papel do conselheiro e do conselho. E tem aqueles que estão começando - um terço sabe qual é o seu papel e o papel do conselho, os demais estão aprendendo... (E11).*

Diante disso, vários estudos abordam o despreparo e a falta de conhecimento dos conselheiros sobre o seu papel<sup>26,27</sup>, evidenciando a necessidade de investir na orientação, conscientização e no preparo de cidadãos com capacidade crítica para influenciar, reivindicar e questionar as ações dos serviços de saúde<sup>27</sup>.

Correia<sup>26</sup> afirma que a capacitação não é suficiente para superar a alienação, o descompromisso e a manipulação, já que outros determinantes maiores intervêm nessa realidade. Para a autora<sup>26(16)</sup>, a capacitação

*[...] poderá proporcionar ao conselheiro, dependendo da maneira como for conduzida, um maior acesso às informações diversas e o desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido, legitimando uma agenda política que reafirme a efetivação do SUS e de seus princípios.*

Outra fragilidade é a falta de conhecimento técnico-científico dos conselheiros. Autores observam o deslocamento da centralidade do poder legítimo do representante dos trabalhadores, que estão inseridos no processo de políticas públicas locais e conhecem as necessidades daquela população, por estarem mais próximos do território, o que poderia conceder poder de transformação para os conselheiros que detêm mais conhecimento técnico-científico<sup>28</sup>.

Outro aspecto é trazido por uma conselheira:

*[...] uma das coisas que esse conselho quis fazer era ter um profissional que ajudasse a fazer esse acompanhamento financeiro, um contabilista, um assessor jurídico [...] que, por exemplo, analisar um orçamento, um plano de saúde já é algo complicado porque normalmente são documentos extensíssimos, com 20, 30 áreas técnicas que ninguém tem o domínio completo. (E02).*

No que se refere à realização de capacitações, mesmo após 30 anos desde a criação do SUS, estas persistem como alguns dos entraves para a efetividade participativa.

No município de Criciúma (SC), a Lei Ordinária nº 6.541/2014, em seu art. 26, define que a mesa diretora do conselho, com o apoio da Secretaria Municipal Saúde (SMS), deve promover curso de capacitação para os conselheiros, titulares e suplentes, com carga horária de, no mínimo, 20 horas, no qual deve



ser fornecido material didático e certificado. A execução da capacitação normalmente acontece com palestrantes vinculados à Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), localizada no município em questão<sup>29</sup>.

O Regimento Interno do CMS diz que, a partir do momento em que um terço do total de conselheiros titulares não tiver o curso de capacitação, um novo curso deverá ser promovido.

Este estudo identificou, com base nas entrevistas, que, com exceção dos conselheiros que se encontram no primeiro mandato no referido CMS, os demais membros participaram das capacitações em outros mandatos. Em geral, observou-se, de acordo com Zambon e Ogata<sup>30</sup>, pouca capacitação promovida entre os conselheiros no Brasil, o que dificulta e desqualifica a atuação.

Além da capacitação, a efetiva atuação do conselho demanda recursos financeiros, afinal, por mais capacitados e engajados que estejam os conselheiros, a ausência de verbas e as dificuldades de infraestrutura, material de escritório e de comunicação, ou funcionário responsável pela execução da secretaria podem inviabilizar as atividades dos conselheiros<sup>31</sup>.

Buscou-se evidenciar alguns aspectos que possibilitam e promovem o *empowerment*, embora não o garantam. Além de por recursos e capacitação, o *empowerment* está condicionado também pelo padrão de sociabilidade da comunidade, que pode ser de caráter mais individual ou coletivo, dos valores sociais em questão e da relação que a comunidade estabelece com o serviço público de saúde. Ou seja, o *empowerment* como uma das condições fundamentais para a efetividade da participação possui grande complexidade, o que dificulta sua compreensão, ainda que parcialmente.

## Decisão

O caráter deliberativo do conselho de saúde é uma característica específica que distingue o sistema de participação brasileiro da maioria das experiências internacionais<sup>32</sup>. Os conselhos asseguram aos seus membros a

participação de forma direta no processo de tomada de decisão, com capacidade de produzir decisões relacionadas a políticas públicas e programas, enquanto conselhos consultivos caracterizam-se apenas como espaços de discussão, sem o poder de constituir decisões finais sobre as temáticas no campo da saúde.

Com a pesquisa, foi possível constatar o teor das resoluções do CMS e a percepção dos entrevistados a respeito dos debates e decisões do conselho, que, segundo eles, foram capazes de influenciar efetivamente na produção das políticas públicas.

Inicialmente, alguns conselheiros pontuaram como conquista do CMS a aprovação de 12 novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do SUS no Hospital São José de Criciúma (Ata 481/2017). O hospital contava com 18 leitos disponíveis pelo SUS e, com os outros 12, haverá um aumento de aproximadamente 65% de disponibilidade na instituição:

*[...] uma conquista assim que eu vou olhar pra frente e eu vou dizer para os meus filhos, para os meus netos que a gente conseguiu... Deliberamos 12 leitos da UTI do hospital São José [...] Então, foi uma das maiores conquistas... (E06).*

Contudo, o que alguns consideram como vitória oriunda do conselho foi apenas a aprovação da demanda que veio da gestão, e outros integrantes reconhecem: *“[...] eu acho que a mais bacana que a gente aprovou, mas que não foi nenhuma luta, nem nada, foi aprovar os leitos de UTI...” (E05).*

Esses resultados, embora representem a concepção de uma minoria entre os integrantes do Conselho Municipal de Criciúma (CMC), se encontram em consonância com outros estudos nacionais realizados com conselheiros, que apontaram o predomínio do caráter apenas consultivo dessas instâncias, em detrimento de seu papel decisório, enfatizando que, em algumas situações, os canais de participação operam somente na legitimação de decisões previamente definidas pelo Executivo<sup>8</sup>.

O grande fator que vem limitando o avanço

da democracia deliberativa é a assimetria de poder entre Estado e sociedade. Isto impede que os conselhos possam ser, de fato, cogestores das políticas públicas, participando não apenas de forma consultiva e no controle social. Talvez o gestor de saúde não compreenda ou não reconheça verdadeiramente que o papel do conselho vai além do controle social<sup>8</sup>.

Lyra<sup>33</sup> indicou que os conselhos municipais, além de não influenciarem efetivamente na elaboração de políticas sociais, foram cooptados pela gestão, o que a autora chama de ‘prefeiturização’. Trata-se de um controle que legitima ações e medidas questionáveis dos pontos de vista técnico, administrativo e de natureza ética e política, pois transforma espaços pretensamente democráticos em instrumentos de legitimação das classes dominantes<sup>33</sup>.

Na resistência da sociedade civil, vários conselheiros recordaram lutas e conquistas alcançadas graças ao CMS, entre elas: o caso do Instituto de Saúde e Educação Vida (Isev), da insulino terapia, do convênio previsto na Lei nº 6.541/2014 e de outros que serão abordados adiante.

No caso do Isev, responsável por administrar o Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC), o CMS constatou irregularidades e descumprimento contratual, ocasionando a rescisão contratual da prefeitura com o Instituto:

*Vai ficar marcado por muito tempo a questão do Isev, da administração do Hospital Santa Catarina, através de uma ação movida pelo conselho de saúde, que eles conseguiram retirar o Isev de Santa Catarina... (E11).*

Dessa forma, é preciso que os conselheiros estejam persuadidos das suas responsabilidades de cidadania e preparados para enfrentar os desafios, bem como realizar o controle e a fiscalização, em prol do fortalecimento do SUS.

A respeito da insulino terapia, foi constatada a participação ativa do CMS, inclusive com uma caminhada em protesto contra o descaso do governo, repercutindo na regularização do fornecimento de medicamentos e fitas de controle glicêmico.

*[...] está sendo feita representação pela assessora do conselho para responsabilização civil e criminal, em virtude de negarem o repasse das insulinas aos diabéticos. Será feita uma caminhada no dia 25 de junho, com saída do Parque das Nações, como forma de protesto. (Ata 449/2016).*

Segundo um dos conselheiros:

*[...] na época, quando a gente começou essa discussão dos diabéticos, não eram fornecidas as fitas de controle glicêmico... Nós conseguimos que o município fornecesse, hoje é obrigatório... (E04).*

Outro tema importante foi a mortalidade infantil, no qual o CMS mostrou-se atuante, buscando apoio do Ministério Público Estadual para ajudar em seu controle (Atas 437, 445):

*[...] temos atuação do conselho junto ao Ministério Público... algumas questões e trabalhar junto com a gestão, estratégias para diminuir a mortalidade infantil... (E08).*

Ademais, participantes da pesquisa elencaram outros pontos, não menos importantes, abordados na instituição:

*[...] as questões de medicamentos, de resolutividade das unidades de saúde, a demora nas consultas, enfim, tudo que a gente vê e conseguiu melhorar... (E04).*

Dessa maneira, observa-se o esforço do conselho, ainda que amparado pelo Ministério Público Estadual, para melhorar o acesso e a qualidade da assistência prestada, resultando em melhorias dos indicadores de saúde no município. A Resolução nº 333 apresenta mecanismos para que o conselho se coloque enquanto uma instância deliberativa na relação com o Executivo, sugerindo inclusive ações junto ao Ministério Público Estadual quando os prefeitos não homologam as resoluções<sup>34</sup>.

Além disso, o CMS de Criciúma (SC) atuou vigorosamente na elaboração e manutenção

do convênio que regulamenta a relação entre CMS e poder público municipal, instituindo normas para a participação nos conselhos locais e implantando a ouvidoria do CMS.

De acordo com os relatos dos conselheiros, na gestão anterior (2015-2017), foi também conquistada, através do convênio com a prefeitura previsto na Lei nº 6.541/2014, uma estrutura física para o funcionamento do conselho: *“O conselho conquistou um espaço onde conseguiu grande visibilidade, e materiais para fazer seu trabalho...”* (E01).

O apoio administrativo e a infraestrutura física dos conselhos não dizem respeito apenas às condições de funcionamento, mas indicam o apoio político dos gestores. A falta de dotação orçamentária restringe a autonomia do conselho, principalmente na participação em eventos regionais, estaduais e nacionais<sup>35</sup>. Além disso, ficou evidente que a falta de recursos próprios do conselho compromete as decisões, pois, ao invés dos conselheiros se aliarem ao governo na busca de melhorias, eles se sentem subordinados e intimidados pela prefeitura, recordando práticas utilizadas durante o período autoritário.

*Só o fato d'o conselho ter saído da prefeitura e ter sua sede, já é uma vitória, porque aí nós temos a nossa assessoria jurídica, a nossa própria assessoria contábil, ou seja, uma independência da prefeitura...* (E07).

*[...] antes, o conselho funcionava dentro da prefeitura e tinha um presidente sem ligação com a prefeitura. Sempre tem aquele medo ou receio de 'Ah, se eu não aprovar isso, o conselho depende do prefeito para muitas coisas', e, com esse convênio, acredito que quebrou esse laço, conseguiu andar sozinho...* (E11).

Não obstante, essa realidade, que favorecia o pleno funcionamento do conselho e a operacionalização dos trabalhos das comissões integrantes, ficou comprometida, pois os repasses financeiros não ocorreram como disposto na lei. Mesmo diante desse quadro de dificuldades,

os conselheiros não se deixaram esmorecer e continuaram com o espírito de luta:

*[...] houve uma conversa, onde a prefeitura se prontificou a prover os recursos ao conselho diante da Justiça Federal, mas, até o momento, foi-se o prazo e ela não realizou. Isso eu coloco como uma conquista, essa situação. Até mesmo na situação da luta por isso, pois temos muitas lutas pela frente.* (E10).

Na sequência, foi aprovado o Regimento Interno que orienta a criação, implantação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) (Resolução nº 010/2016).

*[...] criamos um regimento para todos os conselhos de saúde locais, para que melhorasse a participação dos bairros nas decisões das políticas públicas de saúde...* (E04).

O funcionamento e o desenvolvimento dos CLS estão diretamente associados ao estabelecimento de elos entre as instâncias municipal e local. Na ausência destas conexões, os CLS se tornam limitados quando exercem seu papel de mediadores entre comunidade e gestão municipal<sup>36</sup>, aspecto que tem o apoio da maioria dos conselheiros: *“[...] trabalhar com os conselhos locais é uma forma concreta e eu acho que daria uma boa efetividade pro conselho...”* (E02).

Esse apoio do CMS é um ponto positivo do colegiado, mas não é a realidade de outros municípios. No estudo de Lisboa et al.<sup>36</sup>, membros de CLS no estado do Espírito Santo manifestaram expectativas sobre o auxílio do conselho municipal em relação à construção de regimento interno, esclarecimento de dúvidas e discussão de suas demandas nas reuniões do CMS. O não atendimento de seus anseios desencadeou sentimento de frustração, prejudicando o funcionamento dos CLS.

Outro estudo recente realizado com os CLS de Ribeirão Preto (SP) noticia que o comportamento dos conselheiros indica uma fraca relação entre os CLS e o CMS. Por exemplo, um dos CLS

estudados sequer possui representante no CMS, o que demonstra uma baixa utilização dos espaços de participação social e a manutenção de sua invisibilidade em espaços maiores de atuação<sup>12</sup>.

A fim de estreitar os laços entre CMS e CLS e ouvir os anseios da população em maior escala, o CMC começou a fazer suas reuniões nas sedes dos conselhos locais. O que se pôde observar durante o acompanhamento de uma reunião do CMS que ocorreu no bairro São Sebastião, foi a participação em massa da comunidade, expondo os problemas enfrentados e as sugestões de melhorias.

Outra possibilidade que emergiu na pesquisa, foi a de estreitar laços entre universidade e sociedade civil, por meio de assessorias, consultorias ou capacitações capazes de contribuir com as discussões acerca do processo democrático e da responsabilidade dos diversos atores da sociedade civil.

*[...] os conselhos teriam nas universidades um belo apoio. Se elas se interessassem, em todos os sentidos, poderiam estar mais disponíveis com apoio... (E02).*

Apesar da tentativa do governo municipal de atrapalhar a atuação plena do conselho, a maioria dos conselheiros reconhece a importância do seu exercício de cidadania. A resistência dos membros do conselho resultou em conquistas para os serviços de saúde, conquistas que devem servir de incentivo para que os conselheiros continuem atuando pela emancipação cidadã e por melhorias nas políticas públicas.

Esses achados confirmam os resultados de outro estudo realizado no Conselho Municipal de Saúde de Canindé (CE), que considerou positiva a avaliação, por parte dos conselheiros, do impacto da atuação do colegiado para com a comunidade representada. Entre os entrevistados, 76% entenderam que houve resultados práticos a partir das deliberações do conselho, mesmo com baixa participação dos usuários. Nesse estudo, a participação dos usuários não foi decisiva para a efetividade do conselho municipal<sup>37</sup>.

Esse resultado, entretanto, é contrário aos obtidos em outros estudos, como o realizado em Goiás e no Mato Grosso do Sul, que sugere que os conselhos municipais têm pouco impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde<sup>35</sup>. Segundo Bispo Júnior e Sampaio<sup>38</sup>, os conselhos municipais de saúde de Lafayette Coutinho (BA) e Groaíras (CE) pouco influenciaram na melhoria da assistência prestada à população, embora os CMS constantemente deliberassem e cobrassem as SMS<sup>38</sup>.

Essa pouca influência nas decisões, segundo Serapioni e Romani<sup>32</sup>, possivelmente se deve ao problema da representatividade das instâncias colegiadas e à dificuldade dos porta-vozes dos cidadãos, de exercerem sua influência nos processos de tomada de decisões dos gestores. Outros fatores também influem neste processo, tais como a disponibilidade de recursos para a operação dos conselhos, a cultura política de cada município, o nível de instrução da população, as relações do Executivo com o Legislativo, a ação de lideranças, a origem social dos membros dos próprios conselhos, entre outros<sup>39</sup>.

Logo, o desempenho da participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde tem sido afetado em virtude de a participação social – que era esperada como uma decorrência quase natural do processo de descentralização e redemocratização política – passar a ter seu desempenho associado a fatores socioculturais, que são fortemente arraigados na nossa história<sup>40</sup>.

Nesse prisma, é necessário ampliar a inserção e participação da sociedade civil em processos de elaboração, avaliação e gestão das políticas públicas, como estratégia de fortalecimento destas, e de sua concepção na perspectiva do direito de cidadania.

No âmbito dos sistemas de saúde, é preciso também desenvolver uma série de reformas para dar novo impulso e vigor ao projeto de cidadania, entendido como participação ativa no processo de decisão e na definição de objetivos coletivos<sup>17</sup>.

Assim, é nesse cenário que surge o papel fundamental da educação na formação do

cidadão, bem como de práticas que valorizem o empoderamento, através da informação e conscientização da comunidade, quanto à sua participação em assuntos comunitários, políticos e na gestão em saúde, o que pode contribuir para a criação de cidadãos capazes de vivenciar a democracia na sua plenitude, atingindo, assim, melhorias para o coletivo. Cabe considerar, ainda, a importância da promoção da melhoria das condições de vida dos grupos sociais em situação de exclusão social, além da inclusão de uma função educativa, primordialmente, em educação política, ética e teórica, a fim de qualificar a tomada de decisões por meio de um diálogo público inclusivo e consciente.

## Considerações finais

A análise sobre o CMS de Criciúma (SC) mostra que ele tem organizado continuamente diversas estratégias, visando melhorar o *empowerment* dos conselheiros, tais como cursos de capacitação para conselheiros e participação em conferências, além da implantação da ouvidoria e de comissões temáticas para aprofundar os debates. Mesmo assim, foram detectadas assimetrias informacionais e cognitivas entre os atores, que interferem na qualidade deliberativa e permitem desiguais condições de argumentação entre os conselheiros.

Além disso, os conselheiros, em sua primeira gestão (não capacitados), detêm menos conhecimento sobre o seu papel, quando comparados com conselheiros experientes. Embora as práticas educativas empregadas

no conselho não solucionem tais inconformidades na sua completude, pois dependem dos gestores e sofrem a realidade desigual do Brasil, elas podem minimizar as assimetrias que permeiam a atuação dos conselheiros de saúde e atingir níveis desejáveis de influência desses atores no controle público.

Nesse conselho, percebe-se um verdadeiro cabo de guerra, com a sociedade civil de um lado e o governo do outro, indo de encontro à proposta democrática que orienta o SUS. Ademais, o governo municipal e a sociedade civil não devem andar em sentidos contrários, mas atuar juntos para solucionar os problemas de saúde do município, tornando mais efetiva a utilização dos recursos, de acordo com as necessidades da população.

Pode-se concluir que, apesar da difícil realidade do conselho estudado, sua atuação foi positiva, estreitando o vínculo com a comunidade, incentivando a participação e impactando no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, com resultados efetivos, de acordo com as necessidades locais da população.

## Colaboradores

Bortoli FR (0000-0002-4547-0239)\* contribuiu para a concepção e desenho do artigo, para a análise e a interpretação dos dados, escrita e revisão crítica do conteúdo e versão final do manuscrito. Kovaleski DF (0000-0001-8415-9614)\* contribuiu para a concepção e desenho do artigo, para a escrita e revisão crítica do conteúdo e versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Teixeira AC, Dagnino E, Silva CCA. La constitución de la sociedad civil en Brasil. In: Dagnino E, organizador. *Sociedad civil, esfera pública y democratización en América Latina: Brasil*. México: Fondo de Cultura Económica; 2002. p. 21-76.
2. Cruz PJSC, Vieira SCR, Massa NM, et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde Soc.* 2012; 21(4):1087-1100.
3. Serapioni M, Matos AR. Citizen participation and discontent in three Southern European health systems. *Soc. Sci. Med.* 2014; 123:226-233.
4. Carpiní MXD, Cook FL, Jacobs LR. Public deliberation, discursive participation, and citizen engagement: A review of the empirical literature. *Annu. Rev. Polit. Sci.* 2004; 7:315-344.
5. Gasparido M, Ferreira M. Inovação institucional e democracia participativa: mapeamento legislativo da Emenda do Programa de Metas. *Rev. Adm. Pública.* 2017; 51(1):129-146.
6. Souto KMB, Sena AGN, Pereira VOM, et al. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *Saúde debate.* 2016; 40(esp):49-62.
7. Lopes BJ, Silva EA, Martins S. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. *Interações (Campo Grande).* 2016; 17(2):163-172.
8. Monteiro MG, Fleury S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. *Saúde debate.* 2006; 30(73-74):219-233.
9. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):795-806.
10. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis.* 2011; 21(3):1121-1138.
11. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* 1990 Dez 28. [acesso em 2019 dez 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm).
12. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde Soc.* 2017; 26(2):411-423.
13. Cohen J. Procedure and substance in deliberative democracy. In: Dans MJB, Rehg W (Dir. publ.). *Deliberative democracy*. Cambridge: MIT Press; 1997. p. 407.
14. Avritzer L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: Pires RRC, organizador. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília, DF: IPEA; 2011. p. 13-24.
15. Avritzer L. *Democracy and the public space in Latin America*. Princeton: Princeton University Press; 2002.
16. Lavalle AG. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: Pires RRC, organizador. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília, DF: IPEA; 2011. p. 33-42.
17. Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(12):4829-4839.
18. Pires RRC, Vaz ACN, Almeida A, et al. Em busca de uma síntese: ambições comuns e abordagens diver-

- sificadas na avaliação da efetividade das instituições participativas. In: Pires RRC, organizador. Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília, DF: IPEA; 2011. p. 347-364.
19. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015.
  20. Teixeira JP. Os donos da cidade. Florianópolis: Insular; 1996. (Coleção Teses, v. 3).
  21. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria método e criatividade. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
  22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
  23. Almeida AC. O empoderamento de lideranças indígenas Kaingang no sul do Brasil. Interações (Campo Grande). 2015; 16(2):407-419.
  24. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública. 2004, 20 (4):1088-1095.
  25. Lima PPF, Alencar JLO, Ribeiro UC, et al. Conselhos Nacionais: elementos constitutivos para sua institucionalização. Brasília, DF: Ipea; 2014. (Texto para Discussão, nº 1951).
  26. Correia MVC. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
  27. Franchi EPLP, Galvani MS, Pereira RCR, et al. Participação social nos Conselhos de Unidades de Saúde. Cogitare Enfermagem. 2012; 17(4):690-696.
  28. Kezh NHP, Bógus CM, Martins CL. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. Saúde Soc. 2016; 25(4):950-963.
  29. Criciúma. Lei nº 6.541, de 16 de dezembro de 2014. Disciplina as atribuições do conselho municipal de saúde do município de Criciúma, e dá outras providências. Criciúma (SC), 2014 dez 16. [acesso em 2019 dez 20]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/c/criciuma/lei-ordinaria/2014/654/6541/lei-ordinaria-n-6541-2014-disciplina-as-atribuicoes-do-conselho-municipal-de-saude-do-municipio-de-criciuma-e-da-outras-providencias>.
  30. Zambon VD, Ogata MN. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(6):921-927.
  31. Gaedtker KM, Grisotti M. Os Conselhos Municipais de Saúde: uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades. Política&Sociedade. 2011; 10(19):115-137.
  32. Serapioni M, Romani O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(11):2411-2421.
  33. Lyra RP. Democracia representativa x democracia participativa: a representação do estado e da sociedade civil nos conselhos de políticas públicas. Anais do Seminário nacional sobre movimentos sociais, participação e democracia, 2; 2007 abril 25-27; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007. [acesso em 2020 jan 12]. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/rubenspinto/rubens\\_democracia\\_representativa\\_participativa.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/rubenspinto/rubens_democracia_representativa_participativa.pdf).
  34. Brasil. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 4 Nov 2003 [acesso em 2019 dez 20]. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf).
  35. Van Stralen CJ, Lima AMD, Fonseca SD, et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciên. Saúde Colet. 2006; 11(3):621-632.

36. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, et al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016; 14(3):679-698.
37. Duarte EB, Machado MFAS. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saúde Soc*. 2012; 21(supl1):126-137.
38. Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2008; 23(6):403-409.
39. Fleury S, Ouverney ASM, Kronemberger TS, et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* 2010; 28(6):446-455.
40. Coelho VSP. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Estud. CEBRAP*. 2007; (78):77-92.

---

Recebido em 08/03/2019  
Aprovado em 04/09/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



# Um olhar sobre o Complexo Econômico Industrial da Saúde e a Pesquisa Translacional

## *A look at the Industrial Economic Health Complex and Translational Research*

Maria Sueli Soares Felipe<sup>1</sup>, Kellen Santos Rezende<sup>2</sup>, Mário Fabrício Fleury Rosa<sup>2</sup>, Carlos Augusto Grabois Gadelha<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912316

**RESUMO** O conceito do Complexo Econômico Industrial da Saúde se inter-relaciona com o conceito de Pesquisa Translacional na medida em que aproxima o desenvolvimento científico e tecnológico do sistema acadêmico produtivo à utilização do conhecimento pela sociedade. Amplia-se o conceito tradicional da ‘hélice tríplice’ para incluir o uso social da inovação, proporcionando resultados concretos para o setor saúde. Nesta concepção ampliada, a dimensão translacional foi privilegiada: a necessidade de formação da agenda estratégica de plataformas tecnológicas, a indução de especialização em instituições de ciência e tecnologia, a transformação de transferência de tecnologia em capacidade de inovação com resultados para acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Pesquisa Translacional inclui em uma mesma estratégia o conhecimento e a produção de bens e serviços necessários à saúde e ao bem-estar, assim como o acesso da sociedade a eles, articulando o contexto do desenvolvimento científico, acadêmico e industrial no País. Este trabalho procura explicitar o referencial conceitual, ou seja: reduzir a vulnerabilidade em saúde, permitindo que o conhecimento chegue ao cidadão e que marque a própria agenda de pesquisa e de inovação.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de saúde. Pesquisa médica translacional. Difusão de inovações. Saúde pública.

**ABSTRACT** *The concept of the Industrial Economic Complex of Health (Ceis) interrelates with the concept of translational research as it brings the scientific and technological development of the academic-productive system closer to the use of knowledge by the society. The traditional ‘triple helix’ concept is extended to include the social use of innovation providing concrete results for the health sector. In this broad conception, the translational dimension was privileged: the need for formation of the strategic agenda, technological platforms, induction of specialization in science and technology institutions, transformation of technology transfer into innovation capacity with results for universal access within the Unified Health System (SUS). Translational research includes, in one single strategy, the knowledge and the production of goods and services required for health and welfare, yet making them accessible for the society, articulating the context of scientific, academic and industrial development in the country. This paper is aimed at explaining the reference concept: reducing health vulnerability, allowing knowledge to reach the citizens and setting the agenda for research and innovation.*

**KEYWORDS** *Health policy. Translational medical research. Diffusion of innovation. Public health.*

<sup>1</sup>Universidade Católica de Brasília (UCB) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.  
kellen.s.rezende@gmail.com

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

No contexto do Complexo Econômico Industrial da Saúde (Ceis), e considerando também a visão de saúde pública, a Pesquisa Translacional (PT) apenas ocorre quando se transforma em acesso universal, equânime e integral do cidadão aos resultados de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico.

A historiografia sobre o setor da saúde pública no Brasil confunde-se com o desenrolar do próprio desenvolvimento científico e tecnológico nacional, ao vislumbrar que a medicina sanitária e bacteriológica do início do século XX passou a orientar as pesquisas de caráter experimental<sup>1</sup>. Durante a primeira metade do século XX, as áreas da saúde e da física atômica alternaram-se no processo de institucionalização das políticas científicas e tecnológicas brasileiras, materializada na consolidação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no ano de 1951<sup>2</sup>.

Com a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, pela Lei nº 1.920/1953<sup>3</sup>, as ações governamentais de promoção, prevenção e manutenção da saúde passaram a ser concentradas no MS, a exemplo das campanhas nacionais de vacinação. Sistemas de saúde pautados nos modelos privatistas e previdenciários, fragmentados na trama do contexto social, intensificaram sua remodelação na década de 1970, influenciados pelas críticas das organizações civis e pela atuação da própria área da saúde coletiva – um movimento que teve como desfecho a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo ao MS o gerenciamento desse sistema, apoiado nos artigos 196 a 200 da Constituição Cidadã de 1988<sup>4</sup>. A partir da Lei nº 8.080/1990<sup>5</sup>, estados, municípios e o Distrito Federal passaram a conjugar ações no âmbito do MS, tendo como princípio a conciliação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos junto à União para a prestação de serviços de assistência à saúde da população no contexto do SUS.

O SUS e o MS, como gestor federal do sistema, passaram a conceber, coordenar e

operacionalizar processos de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) em saúde, visando o desenvolvimento do setor, na expectativa de aumentar o escopo de tecnologias de baixa, média e alta complexidade de cunho nacional com base nos setores industrial e produtivo brasileiros.

A consolidação do conceito do Ceis<sup>6</sup> passa a operar a aproximação entre o desenvolvimento científico e tecnológico com o sistema produtivo e a utilização do conhecimento pela sociedade, ampliando a vertente tradicional da ‘hélice tríplice’ para incluir o uso social da inovação e sua difusão em meio à sociedade. São definidas também políticas públicas em saúde, com vistas a resultados concretos, como o aumento da produção dos subsistemas de base química e biotecnológica, de base mecânica e eletrônica e de serviços, incluindo inovações incrementais e potenciais para inovações radicais para o setor saúde. Na concepção desenvolvida, a centralidade e a dimensão translacional foram privilegiadas: formação de uma agenda estratégica, especialização em instituições de ciência e tecnologia, transformação de transferência de tecnologia em capacidade de inovação, resultando na incorporação dos resultados e um maior acesso à saúde no âmbito do SUS. O enlace entre as dimensões médico-sanitárias e científico-tecnológicas para a redução de iniquidades em saúde é um fenômeno complexo que objetiva a materialização da pesquisa científica assimilada no acesso universal ao SUS.

O processo de PT constitui, assim, uma perspectiva intrínseca na abordagem do Ceis, e este trabalho procura explicitar este referencial conceitual, ou seja: as vulnerabilidades, no setor da saúde, de mecanismos que permitam que o conhecimento chegue ao cidadão e que marquem a própria agenda de pesquisa e de inovação.

## Impulsos para o setor saúde nacional

A partir do texto constitucional brasileiro<sup>7</sup>, foi preciso sustentar ações estruturantes de equidade social e regional, sem, no entanto,

deixar de lado o desenvolvimento sustentável e o papel crescente do país na geopolítica internacional, para alavancar o crescimento e sustentar o consumo significativo do mercado interno da saúde. A partir das funções do Estado como ente promotor e incentivador do desenvolvimento científico, da pesquisa, de capacitações científica e tecnológica, e de inovação, é fundamental considerar as políticas públicas de desenvolvimento econômico e social – um movimento iniciado no País na década de 2000.

No Brasil, o Ceis é caracterizado pela rede que sustenta o setor da saúde, por meio das atividades e ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Os desafios para a manutenção deste complexo no País são expressivos, e conformam o cenário brasileiro como único em relação ao mercado internacional – devido a sua dimensão e por contar com o SUS, um sistema de saúde universal. Apesar do alto valor agregado dos produtos utilizados no Ceis no País, muito se adquire por meio da importação a partir de países que possuem uma base endógena e robusta de desenvolvimento de produtos inovadores. Por carecer de produção voltada a inovações, e de uma base endógena produtora de bens de consumo de alto valor agregado – indispensáveis para o atendimento da saúde da população nas esferas preventiva, curativa e paliativa –, o País passa a fazer uso de tecnologias que, na sua grande maioria, são produzidas em países que já lograram atingir um desenvolvimento científico e tecnológico de alta capacidade e especialização. Essa situação é ainda agravada pelo envelhecimento da população e pelo aumento de doenças crônicas e de doenças raras que desafiam os sistemas de saúde público e privado.

O setor saúde, que inclui a demanda por medicamentos, produtos para a saúde e serviços, representa 9% do Produto Interno Bruto (PIB), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>8</sup>. Inclui também 10% dos trabalhadores qualificados do País e 20 milhões de empregos indiretos. Em relação aos esforços de Pesquisa e Desenvolvimento

(P&D), verifica-se potencial de crescimento, justificado por novas inovações, e no entanto esse setor é responsável por 35% do total de gastos com P&D no País<sup>9</sup>. Já o faturamento referente à comercialização de medicamentos biológicos, específicos, genéricos, novos e similares foi da ordem de 70 bilhões de reais<sup>10</sup> em 2017.

A Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS) identifica o Ceis<sup>11</sup> como o sistema produtivo e de inovação em saúde, priorizando os segmentos industriais dos setores químico, farmacêutico, de biotecnologia, mecânica, eletrônica e de materiais para a saúde. Em sua definição situam-se também os prestadores de serviços na área da saúde, independentemente da natureza jurídica, além de órgãos públicos e entidades públicas ou privadas que atuam em pesquisa, inovação, desenvolvimento, produção e prestação de serviços na área da saúde, incluindo as Instituições de Ciência e Tecnologia (ICT) e os Laboratórios Públicos Oficiais (LPO).

Porém, apesar de nominados os atores participantes deste sistema produtivo e de inovação, há necessidade de maior integração das ações no sentido da promoção e da efetivação da translação do conhecimento. Sem uma base produtiva bem estabelecida, vislumbrada com a consolidação do Ceis brasileiro, não há efetiva translação de conhecimento, assim como de atendimento das necessidades dos cidadãos a partir dos conhecimentos gerados na academia ou nos institutos. O Ceis conformado permite a conexão entre pesquisas e benefícios sociais, não se limitando apenas à geração de conhecimentos para geração de riquezas e retorno de investimentos para fora do País. Portanto, o que se almeja por meio do Ceis é o atendimento das necessidades sociais e do SUS.

Devido ao potencial de movimentação de atividades econômicas e de trabalho para a produção, distribuição e comercialização de insumos e produtos, o Ceis apresenta-se como um sistema produtivo interdependente (afinal, é a interdependência que configura um sistema), conformando um dos principais complexos produtivos da economia brasileira,

envolvendo indústrias e serviços, conhecimentos de alta intensidade e trabalho qualificado.

Atualmente, o termo não apenas continua aplicável, mas também é ampliado para incorporar as novas tecnologias da quarta revolução industrial<sup>12,13</sup>, podendo ser a base de

[...] um projeto nacional de desenvolvimento assentado, simultaneamente, na constituição de sistemas universais e em bases produtivas e de inovação fortes, soberanas, dinâmicas, abertas ao conhecimento global e socialmente orientadas<sup>4</sup>.

O Ceis é parte do Sistema Nacional de Inovação (SNI) em saúde, que se configura como um sistema articulado de instituições dos setores público e privado. No Brasil, há certa confluência de ações traduzidas em programas e políticas para o desenvolvimento nacional, visualizado em políticas de desenvolvimento industrial, que acompanham as políticas de desenvolvimento nacional de produtos considerados estratégicos para o atendimento de programas e políticas do SUS. Porém, há atualmente necessidade de alinhamento geral entre as políticas de saúde do MS com as demais ações de outras instituições que condicionam o desenvolvimento do Ceis. É também necessário alterar o modelo de gestão de institutos públicos de pesquisa e produção, e evoluir na capacidade de formulação e avaliação de políticas do MS e da regulação para a inovação.

Importante necessidade de alinhamento recai sobre as pesquisas acadêmicas e de Instituições de Ciência e Tecnologia (ICT) e as necessidades da população influenciadas pela geração de novos produtos. A efetiva translação do conhecimento do ambiente acadêmico para o ambiente produtivo ou de serviços não é uma realidade no contexto brasileiro. Há necessidade de conexão entre as evoluções tecnológicas em andamento, com projetos da 'Indústria 4.0', medicina personalizada e terapias celular e gênica, como exemplos, que pressionam os orçamentos dos sistemas de saúde público e privado no Brasil e no mundo.

É importante analisar a PT no contexto do Ceis considerando aspectos da macroestrutura nacional. Em relação aos sistemas regulatórios, de infraestrutura e de capacitação, é preciso avaliar a inclusão de aspectos estruturantes de condições produtivas no ambiente regulatório existente que viabilizem as operações fabris e seu escoamento. Além disso, é preciso dispor dos recursos humanos necessários para a condução dos projetos de tradução do conhecimento (transformar conhecimento em ação)<sup>15</sup> ao longo da cadeia de desenvolvimento de produtos de média e alta complexidade, desde o desenvolvimento em bancada até a utilização dos produtos/serviços em políticas públicas de assistência à saúde.

A translação do conhecimento, sistemática e baseada em evidências, deve ser o elemento orientador e de ligação das fases da PT, utilizando-se os conceitos de fases, de T0 a T4<sup>16</sup>, para ações sustentadas de implementação de pesquisas científicas em situações práticas do mundo real. Devido aos elementos influenciadores internos e às diversas arenas interinstitucionais, é importante que um país conheça os elementos que envolvem a translação do conhecimento, bem como as múltiplas barreiras a superar para desenvolver elementos de enfrentamento das dificuldades para efetivar a PT<sup>17</sup>.

No atual momento de maturidade do Ceis brasileiro, é imperativo que sejam definidos os elementos e as dificuldades para a efetivação da PT, de modo a superar a histórica dificuldade brasileira de transformar esforços de pesquisa em produtos e soluções para a saúde da população. Porém, a nova fronteira almejada é o desenvolvimento de plataformas com maior especialização dos produtores públicos, que tomariam progressivamente o papel de instituições tecnológicas e de aprendizado para a disseminação da ciência translacional no País.

Assim sendo, é relevante associar os elementos da PT que podem impulsionar o Ceis e a geração de valor para a sociedade, a partir da geração de conhecimentos e de sua efetivação em inovações. Pode-se ainda relacionar a

importância da PT com o crescimento de valor agregado ao Ceis, a partir dos resultados dos esforços desse complexo, traduzidos em maior número de produtos registrados e incorporados aos sistemas de saúde público e privado, e efetivamente utilizados nos leitos dos hospitais e nos serviços de saúde das municipalidades. Não podem ser deixados de lado os requisitos de qualidade necessários aos produtos e serviços, assim como sua superioridade em relação a tratamentos já existentes, o que justifica os esforços e os dispêndios na busca incessante por novos produtos e serviços. É esse vínculo da inovação com o acesso que confirma o Ceis como um espaço privilegiado para a translação do conhecimento para a sociedade, naquilo que lhe é mais crítico e inerente ao conceito de saúde: a qualidade de vida presente e para as futuras gerações.

O processo de transformação de achados laboratoriais, clínicos e humanísticos em intervenções que trazem melhorias para a saúde pública e de indivíduos, a partir da transformação de intervenções ou produtos para diagnóstico e terapêutica em procedimentos e mudanças comportamentais, é o conceito dado pelo Centro Nacional Avançado de Ciência Translacional para esse procedimento. No contexto de aplicação do Ceis, a PT nasce do incentivo e do aprimoramento dos projetos de P&D, com previsão de integração com as instituições de pesquisa e o setor empresarial público e privado. Esse incentivo pode ser proveniente de linhas de financiamento e editais com previsão de resultados para este tipo de pesquisa (a básica), relacionados à efetiva conexão com a etapa seguinte de pesquisa ou desenvolvimento – ou seja, o ambiente de produção de pesquisas toxicológicas e de avaliação de segurança de produtos para a saúde (medicamentos ou equipamentos) sob o conceito de T0. Na sequência do desenvolvimento da PT sob o olhar de fortalecimento do Ceis brasileiro, é possível relacionar as ações para a concretização de estudos clínicos em T1-T2, em que pesquisadores integram seus próprios conhecimentos a resultados dos ensaios

clínicos necessários para atestar a efetividade das intervenções médicas (medicamentos e produtos para a saúde) em populações específicas. Nesta etapa, a integração com sistemas regulatórios, infraestrutura e capacitação são importantes para a continuidade das ações voltadas ao desenvolvimento do produto.

No momento da consolidação de resultados das etapas de transição de T2 (ensaios clínicos) para T3 (pesquisas de efetividade, registro sanitário e comercialização do produto), espera-se o início da efetivação do projeto iniciado alguns anos antes, com o aguardado registro do produto pela agência regulatória nacional de saúde. Nesta etapa, a determinação do menor tempo de comercialização do produto resulta da melhor tradução de conhecimentos entre pesquisadores dos estudos multicêntricos e as empresas farmacêuticas formuladoras de produtos acabados e lotes-piloto, que efetivam o pedido de registro à agência reguladora nacional. Depreende-se que o sucesso decorre do cumprimento das regras sob as quais os estudos clínicos tenham sido realizados, com a aprovação consistente de protocolos do desenho pela agência regulatória, e com o menor número de exigências de correções técnicas para atendimento da aprovação na etapa de registro.

A conformação do Ceis no Brasil envolve a sustentação das ações de saúde, uma vez que suporta o provimento de recursos e produtos para programas e políticas de atenção farmacêutica dos setores público e privado. Portanto, ao se alcançar T4 no caminho da PT, alcançam-se as ações dos gestores dos serviços de saúde, no momento em que tomam conhecimento da entrada de um novo produto no mercado. Estes, por sua vez, podem acionar suas câmaras técnicas de incorporação de novas tecnologias – a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), no âmbito público, e o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde), de caráter consultivo, relativo a demandas no mercado privado brasileiro. Esta etapa permite a aproximação com o cidadão por meio dos programas

e das políticas de assistência farmacêutica, e do acesso a novas tecnologias de saúde de forma organizada e baseada em evidências, fechando o caminho da PT em um modelo almejado.

Observe-se, no entanto, que os modelos de PT precisam ser aprofundados, sendo essa talvez a maior contribuição pretendida por esse artigo. A existência de um Ceis dinâmico e inovador, capaz de absorver conhecimento e entregar valor social às pessoas, é o elo crítico que, de certo modo, é negligenciado na abordagem da PT. O Ceis e sua dinâmica configuram o momento crucial que determina a potencialidade efetiva da translação do conhecimento e da inovação tecnológica, tendo necessariamente uma dimensão territorial e local, incontornável no processo de inovação para a sociedade.

## Tecnologias de alta complexidade – modelos em evidência

Os processos de desenvolvimento e produção de Equipamentos Médicos-Assistenciais (EMA)<sup>18</sup> e/ou tecnologias de alta complexidade em saúde, como descritos por Merhy<sup>19</sup>, contribuem para os avanços sociais na maioria dos países do mundo. Uma vez que movimentam o setor da iniciativa privada e/ou industrial, integrando dimensões econômicas – com as redes de proteção de saúde, possibilitam a redução de iniquidades em saúde, colocando à disposição mais tecnologias e inovações tecnológicas na área da saúde.

Para qualquer país contemporâneo, a maturidade desse setor estratégico se traduz pelo índice de manufatura nacional de tecnologias de ponta, pela autonomia do setor e, em última análise, pelo atendimento a demandas sociais por infraestrutura tecnológica em saúde, que são preocupações permanentes para os governos e para a manutenção de políticas de Estado. A organização dos sistemas de saúde modernos foram se transformando em estruturas

complexas, prestando serviços em saúde que utilizam produtos, processos, procedimentos e normas técnicas em grande escala. Por meio de ações políticas e sociais, esse processo foi acompanhado da busca crescente pelo bem-estar universal da população, que deve emergir como uma dimensão central, através da manutenção e da recuperação da saúde humana, tendo as intervenções médico-sanitárias como fator basilar nessa composição<sup>20</sup>.

No Brasil, a partir de 2009, apoiadas no delineamento do conceito de Ceis, políticas públicas desenvolvidas no âmbito do MS, vinculadas ao SUS, elevaram o número de parcerias entre governo federal, universidades e iniciativa privada – estimulando a hélice tríplice<sup>21</sup> na versão ampliada mencionada anteriormente, que incorpora o benefício social e a organização de sistemas complexos, abertos e dependentes da trajetória (*path dependence*) – característica definidora do próprio conceito do Ceis. Tais ações tiveram o intuito de apoiar a modernização do parque produtivo industrial de saúde, através do desenvolvimento e da produção de medicamentos, insumos e/ou equipamentos e dispositivos médicos com objetivos claros voltados ao atendimento em saúde, de recortes epidemiológicos variados. Alguns exemplos são os coletivos acometidos por doenças como aids, câncer, doenças que podem ser prevenidas por meio da vacinação, Diabetes Mellitus, Carcinomas Hepato-Celulares, tratamentos neonatais, entre outras.

O MS brasileiro, junto às suas secretarias, deve incorporar a visão da sociedade civil às ações de saúde – por exemplo, nas câmaras técnicas de incorporação de novas tecnologias e na definição de políticas de saúde nos conselhos de saúde. Operacionalizam-se ações sistêmicas visando o aumento do escopo de tecnologias e novas tecnologias em saúde disponíveis aos sistemas de saúde através do sistema produtivo e da relação entre o Estado, a regulação e o mercado. Diversas políticas empenham-se em atingir esses objetivos, buscando incentivar as transformações de ideias e/ou pesquisas de cunho acadêmico em

produtos e processos comercializáveis, para serem ou não liberadas ao mercado ou assimiladas pelo sistema de saúde – ou seja, atendendo às regulações técnicas de boas práticas de órgãos reguladores e instituições, a exemplo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), Comitê de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep), Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats).

O setor brasileiro de base industrial em saúde tem vocação para P&D em tecnologias e insumos, conforme captado no setor farmacêutico e no setor produtivo de equipamentos médicos. Entretanto, no bojo desses investimentos existem ações que priorizam as parcerias entre o MS e universidades, promovendo a interação entre a academia e setores público-privados. Essa parceria contribui para que pesquisas de base e experimentais oriundas das universidades sejam transformadas em produtos e/ou processos assimiláveis pelo mercado e pela sociedade, mediante o Sistema Único de Saúde e pelo segmento privado (saúde suplementar e *out of pocket*).

Nas últimas décadas, o Brasil inseriu o desenvolvimento tecnológico e a inovação em sua política nacional, aumentando os recursos investidos e criando o marco legal em 2004 e novo marco em 2016, para a ciência, tecnologia e inovação (CT&I). Esse histórico recente do marco legal do CT&I que busca, dentre outros fatores, aproximar a academia com o mercado, na perspectiva da parceria público-privada, é uma grande oportunidade para fortalecer o sistema de inovação e a competitividade industrial nacional<sup>22(48)</sup>.

O próprio campo da política de pesquisa em saúde tem demonstrado a importância crescente da PT para o Ceis. O Prêmio de Incentivo em Ciência, Tecnologia e Inovação para o SUS

– um evento que ocorre desde 2002, e tem o MS como incentivador da comunidade científica – visa valorizar pesquisadores de todo o Brasil e suas pesquisas, consideradas indispensáveis para o desenvolvimento e manutenção das políticas públicas em saúde no País. Em 2017, o prêmio foi concedido aos seguintes eixos: quatro teses de doutorado; quatro dissertações de mestrado; dois trabalhos publicados; três experiências exitosas do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS); e quatro projetos de produtos e inovação em saúde.

Na categoria Produtos e Inovação em Saúde – do Prêmio SUS 2017 – os projetos vencedores foram: 1) Sofia: projeto de pesquisa e desenvolvimento de um protótipo final da solução de ablação para tratamento de câncer de fígado nacional que gere inovação na área para que este seja comercializável internacionalmente; 2) Dispositivo de Hipotermia Focal Cerebral (DHFC): desenvolvimento e aplicação médica de protótipo para uso pós-asfixia perinatal ou Pós-Traumatismo Cranioencefálico (TCE); 3) Dispositivo médico portátil para tratamento de feridas e cicatrização tecidual em diabéticos que seja assimilado pelo SUS como cobertura no tratamento de diabetes; 4) Projeto de pesquisa, desenvolvimento e implementação de um robô voltado para a realização de procedimentos cirúrgicos de laparoscopia, sobretudo para manipulação de endoscópio.

Na prática, este resultado reflete as parcerias entre o MS e as universidades, visando o desenvolvimento e a produção de tecnologias capazes de atender às necessidades em saúde da população, uma vez que incentiva a transformação de ideias em produtos, processos e protocolos com condições de incorporação pelo sistema de saúde público e pelos sistemas próprios da dinâmica privada da saúde. Divulgações dessas

[...] experiências também permitem aos gestores observar as boas práticas e oportunidades de melhoria nessa atividade árdua e cheia de riscos, que é o fomento à atividade de pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde<sup>24</sup>.

A engenharia biomédica, por exemplo, no tocante a equipamentos médicos, é responsável pela parte técnica da produção e torna-se líder nesse processo. Todavia, para essa natureza de desenvolvimento, além da parte técnica/tecnológica, outras atividades são fundamentais, tais como: desenhos de pesquisas pré e clínicas; reuniões técnicas com a Anvisa (parlatórios); revisões sistemáticas com meta-análise; *workflow*; impactos econômicos, sociais e políticos; grupos sociais envolvidos; sistemas de informação em saúde e vigilância epidemiológica.

Nesse contexto, questiona-se: os índices no Brasil de transformações de descobertas de bases tecnológicas em práticas clínicas e de saúde à população são satisfatórios? Os esforços para levar os resultados das pesquisas em saúde aos leitos vêm-se consolidando? As respostas não são simples, mas, para o aperfeiçoamento dessas transformações, faz-se necessário consolidar processos de PT e epidemiológicas na gênese dos Projetos de Pesquisa de Bases Tecnológicas.

Para além dos contextos de técnicas, processos e tecnologias, aspectos políticos, sociais e humanos precisam estar contidos nas atividades de PT em saúde visando à transposição do Vale da Morte<sup>23</sup>. A PT extrapola o processo de interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação e, conforme Guimarães<sup>24</sup>,

[...] deveria levar em conta aspectos relativos à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à pesquisa clínica, ao processo produtivo industrial, ao mundo da regulação, à comercialização de produtos e, não menos importante, aos próprios sistemas de saúde.

Segundo Reis<sup>25</sup>, sobre a Epidemiologia,

[...] trata-se de uma disciplina fundamental no campo da saúde pública voltada para a compreensão do processo saúde-doença no âmbito de populações (sociedades, coletividades, comunidades, classes sociais, grupos específicos etc.).

A interação entre esses fazeres e práticas em saúde junto à engenharia biomédica incrementariam as atividades de pesquisa tecnológica com viés mercadológico, aumentando as chances de assimilação dos produtos, processos e protocolos pelos sistemas de saúde.

Outrossim, atualmente o cenário científico brasileiro demonstra que as universidades possuem papel importante nos processos de desenvolvimento e produção de tecnologias, muitas vezes superando os processos realizados pelo setor privado. Entretanto, fica claro que a academia brasileira, mesmo com boa reputação em desenvolvimento científico e tecnológico, demonstra baixa participação em processos de transferência e/ou licenciamento de novas tecnologias.

De fato, a própria classificação das tecnologias em baixa, média e alta complexidade mostra-se estática na perspectiva do Ceis, uma vez que o processo de inovação, por definição, é um processo técnico, institucional e social<sup>20</sup>. No campo da introdução de uma nova vacina, por exemplo, o desenvolvimento do produto é apenas uma parte do processo. A organização do sistema, o treinamento das pessoas, a adesão da sociedade para a prevenção com novas vacinas (no presente o movimento antivacinas é uma das principais barreiras para além da tecnologia) são dimensões interligadas e inescapáveis. O Ceis enfatiza essa visão sistêmica sob pena de a sociedade ter produtos que simplesmente não terão qualquer uso relevante. A perspectiva translacional do Ceis requer, portanto, a articulação de todas as dimensões da inovação, superando as barreiras cognitivas do processo de inovação.

A partir dessa perspectiva, vislumbra-se a inserção de ações vinculadas à PT promovendo a aproximação de atores sociais (políticas públicas, gestores de saúde, operadores de saúde, órgãos reguladores, sistemas de saúde) ao contexto da inovação em saúde, na expectativa de redução de iniquidades em saúde.

Outrossim, a dinâmica do sistema produtivo da saúde, aquela que visa a transformação da ideia em um produto capaz de ser assimilado



pelo SUS, necessariamente passa pela inovação e pelo fortalecimento do Ceis<sup>20</sup>. Todavia, emerge a necessidade de serem analisados os ‘espaços de experiência’ em perspectiva dos ‘horizontes de expectativa’. Koselleck<sup>26</sup> cunhou essas duas expressões, reconhecidas como categorias históricas, para entender o tempo histórico que entrelaça as linhas do passado e do futuro.

O conceito de Ceis<sup>6</sup> pode fortalecer a interação entre o governo, a universidade e a iniciativa privada, ao garantir, através de investimentos, condições salutaras para o cenário de inovação tecnológica, e também sob olhar de tecnologias sociais. Quando contrata uma pesquisa tecnológica para o desenvolvimento e a produção de equipamentos médicos assistenciais, o MS caracteriza um espaço de experiência, ou seja, um ambiente com possibilidades em realizar inovação para além dos laboratórios de pesquisa. Progressivamente, estabelece o horizonte de expectativas, que precisa atravessar o Vale da Morte para acessar o mercado; e depois, outro desafio, passar pelo crivo dos órgãos reguladores em saúde, para, desta vez, conferir se o equipamento final atende às necessidades do sistema de saúde.

## Experiências para a PT a partir das PDP

No contexto das políticas de fomento ao Ceis brasileiro, as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) podem conformar-se como um instrumento para o fortalecimento da PT, valendo-se do poder de compra do SUS para estimular a produção nacional de produtos considerados estratégicos para as políticas de assistência e de produção pública nacional.

Pode-se inferir que as PDP não poderiam ser objeto de PT, devido à sua perspectiva de uso de tecnologias obtidas por transferência de tecnologia, e não por pesquisa básica. Porém, almeja-se que estes projetos estimulem novos desenvolvimentos e inovações incrementais a partir de melhorias identificadas nos processos

de internalização do conhecimento no País. Todavia, como mostra toda literatura da inovação, o horizonte de mercado e de retorno constituem o instrumento de maior poder de alavancagem para a produção que envolve inovação incremental e radical, sendo um instrumento tipicamente translacional raramente visto dessa forma, pois vincula produção, inovação e aquisições públicas, utilizando o poder estatal de compra para o acesso pela sociedade.

No que se refere à governança no âmbito do MS, é premente o alinhamento entre as áreas de suporte envolvidas com as PDP, tanto em relação ao alinhamento das ações de compras quanto em relação aos esforços de desenvolvimento do parque produtivo local e à sua manutenção em ambientes de mudanças conjunturais – em especial, as políticas. Não é congruente o governo brasileiro, de um lado, investir recursos financeiros públicos no desenvolvimento da base produtiva local, apoiado em políticas de Estado de fortalecimento de bases endógenas e, de outro lado, estimular a importação de produtos concorrentes no curto prazo.

O melhor uso de instrumentos, políticas e programas existentes para apoio ao Ceis pode ser realizado com programas e estratégias transversais e interinstitucionais de linhas de fomento para ampliar os resultados. Assim, sugere-se a participação em processos de elaboração de editais e chamadas públicas, a exemplo do Fundo Tecnológico do Banco Nacional de Desenvolvimento (Funtec/BNDES), da Financiadora de Inovação e Pesquisa (Finep), da Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial (EMBRAPII), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com fomento a PT.

Os principais desafios regulatórios, políticos e estruturais para o Ceis envolvem a regulamentação e a implementação dos recentes decretos (CT&I e PNITS) e a melhor articulação das agendas dos órgãos de governo para formulação de políticas públicas e de

ações de fomento e financiamento em P&D e Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I), considerando as agências reguladoras – por exemplo, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais (Visas locais), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (Concea) e Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN). A melhor interação entre os agentes interinstitucionais possibilita a melhor atuação do desenvolvimento de novos produtos no caminho para seu uso pela sociedade.

Há necessidade de investimento em capacitação básica, técnica e especializada de recursos humanos para atuar na diversificada cadeia do Ceis, para atendimento das necessidades reais das indústrias farmacêutica e de saúde (serviços, produtos para a saúde e outros), com desenvolvimento de expertises relacionadas à regulação de produtos e processos.

Há também necessidade de revisão do atual marco regulatório das PDP para melhoria contínua, redução de casos omissos, como a definição do fluxo processual e administrativo para avaliação pelas comissões de avaliação técnica e deliberativa; e também para a internalização de tecnologias, com a finalização dos processos de transferência de tecnologia. As estruturas de governança no âmbito do MS devem avaliar tecnicamente o mérito regulatório, para que a política tenha êxito seguindo seus preceitos regulatórios, assim como a proposição de maior alinhamento entre pesquisa e uso de soluções pela sociedade, na perspectiva translacional do conhecimento.

## Considerações finais

As principais ou melhores formas de atuação para o desenvolvimento do Ceis brasileiro envolvem a clara definição de uma estratégia nacional e de políticas coerentes e estáveis em um contexto de fortes assimetrias globais,

mudanças conjunturais e políticas no País e, de formação de práticas típicas do oligopólio, que restringem o acesso a produtos essenciais à saúde. É essa perspectiva sistêmica e estrutural que constitui de fato, para além das concepções genéricas e vazias de conteúdo analítico, o estabelecimento de ambiente favorável, com segurança jurídica e previsibilidade para ações de fortalecimento do Ceis como uma oportunidade para o desenvolvimento da inovação no Brasil e atendimento das necessidades sociais e do SUS.

Essa definição de um horizonte estratégico pode auxiliar também na atração de investimentos e na internacionalização do Ceis na perspectiva da saúde global para estimular as demandas internas e internacionais por novos produtos e processos que incorporem benefícios sociais. A atual estrutura de desenvolvimento de produtos e serviços dentro do Ceis necessita de articulação regrada por políticas e propostas, além de capacidade de atuação dos atores envolvidos e das instituições interessadas. Em suma, pode-se afirmar que o fortalecimento do Ceis está no núcleo estratégico da perspectiva da PT ao situar, em uma mesma estratégia, o conhecimento, a produção e o acesso da sociedade aos produtos e serviços necessários à saúde e ao bem-estar, articulando o contexto do desenvolvimento científico, acadêmico, industrial e dos serviços de saúde no País.

Aproximar a pauta de necessidades presentes e, sobretudo futuras, de um sistema universal, integral equânime requer um lócus integrativo – o Ceis – para assegurar que não teremos um ‘SUS pobre e para pobres’. Ao inserir a inovação e a produção (Ciência e Tecnologia – C&T) como eixos centrais das políticas pública para o SUS, extingue-se o paradigma que separa o atendimento das necessidades sociais com a geração de conhecimento acadêmico e institucional.

Caso não se tenha pensamento estratégico no futuro do Ceis e instrumentos para utilização da pesquisa que faz a aproximação entre a criação de produtos inovadores e as soluções práticas para o cidadão, o País não superará a

dependência e a vulnerabilidade do SUS, quebrando a base produtiva na qual a translação ocorreria para viabilizar o acesso universal.

## Colaboradores

Os autores Felipe MSS (0000-0003-4347-6853)\*, Rezende KS (0000-0002-5183-2291)\*,

Rosa MFF (0000-0002-4821-9007)\* e Gadelha CAG (0000-0002-9148-8819)\* contribuíram igualmente para a concepção teórico-metodológica e elaboração do trabalho; aquisição, análise e interpretação dos dados; responsabilização pelo conjunto da obra e aprovação da versão final. ■

---

## Referências

1. Fleury RMF, Dominguez AGD, Guimarães S. Contexto Histórico do Setor de Saúde no Brasil: uma leitura a partir do modelo privatista/previdenciário às atuais tendências da saúde coletiva. In: Leite CRM, organizador. *Novas Tecnologias aplicadas à saúde: integração de áreas transformando a sociedade*. Mossoró: Eduern; 2017.
2. Fleury RMF. *Pesquisa e inovação em saúde: contribuições da saúde coletiva para o desenvolvimento e produção de tecnologia no contexto do pé diabético*. [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2018. 175 p.
3. Brasil. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. [internet]. Diário Oficial da União. 26 Jul 1953. [acesso em 2019 abr 5]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm).
4. Brasil. Constituição, 1988. Artigos 196 a 200. [internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2019 abr 4]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf).
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [internet]. Diário Oficial da União. 20 Set 1990. [acesso em 2019 abr 15]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm).
6. Gadelha CAG, Costa LS, Maldonado J. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(supl):21-28.
7. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. [internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2019 abr 7]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm).

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015/IBGE, Coordenação de Contas Nacionais. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. 79 p.
  9. Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos e Hospitalares e de Laboratórios. Dados de Comércio Exterior. [internet]. São Paulo: ABIMO; 2017. [acesso em 2019 abr 4]. Disponível em: <https://abimo.org.br/dados-do-setor/dados-de-comercio-exterior/>.
  10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico. [internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2018. [acesso em 2019 abr 15]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/3413536/Anu%C3%A1rio+Estat%C3%ADstico+do+Mercado+Farmac%C3%AAutico+-+2017/3179a522-1af4-4b4c-8014-cc25a90fb5a7>.
  11. Brasil. Decreto nº 9.245, de 20 de dezembro de 2017. Institui a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde. [internet]. Diário Oficial da União. 21 Dez 2017. [acesso em 2019 abr 15]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/decreto/D9245.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9245.htm).
  12. Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 4]; 23(6):1891-1902. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232018000601891&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601891&lng=pt&nrm=iso).
  13. Gadelha CAG. Complexo Econômico-Industrial da Saúde. In: Lima JCF. *Dicionário de Empresas, Grupos Econômicos e Financeirização na Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 77- 84.
  14. Gadelha CAG, Gadelha P, Noronha JC, et al. *Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
  15. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof.* [internet]. 2006. [acesso em 2019 abr 13]; 26(1):13-24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16557505>.
  16. National Center for Advancing Translational Sciences. National Institutes of Health. *Translational Science Spectrum.* [internet]. Maryland: NCATS; 2015. [acesso em 2019 out 4]. Disponível em: <https://ncats.nih.gov/translation/spectrum>.
  17. Sussman S, Valente TW, Rohrbach LA, et al. Translation in the health professions: converting science into action. [internet]. *Eval Health Prof.* 2006 [acesso em 2019 abr 13]; 29(1):7-32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16510878>.
  18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos-assistenciais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
  19. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Huciec; 2014.
  20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília, DF: CONASS; 2011.
  21. Etzkowitz H. *Hélice Triplíce: universidade-indústria-governo: inovação em ação*. Porto Alegre: Edipucrs; 2009.
  22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. *Avanços e desafios no complexo industrial em produtos para a saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
  23. Mollo R. Vale da Morte, transformando as ideias em produtos. [internet]. *Revista exame.* [data desconhecida]. [acesso em 2019 fev 10]. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/pme/como-nao-deixar-que-sua-empresa-caia-no-vale-da-morte/>.

24. Guimarães R. Pesquisa Translacional: uma interpretação. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013 [acesso em 2020 jan 26]; 18(6):1731-1744. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/24.pdf>.
25. Reis RS. *Epidemiologia: conceitos e aplicabilidade no Sistema Único de Saúde.* São Luís: Edufma; 2017. [acesso em 2020 jan 26]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9070>.
26. Koselleck R. *Futuro Passado. Contribuição à semântica dos tempos históricos.* Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.

---

Recebido em 16/04/2019

Aprovado em 25/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: esta pesquisa contou com suporte do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio de bolsa de produtividade de pesquisa para Carlos Augusto Grabois Gadelha - Processo 310695/2016-3 - Nível PQ-2, e do projeto Fiocruz/Fiotec VPGDI-008-FIO-19-2F Desafios para o SUS no Contexto Nacional e Global de Transformações Sociais, Econômicas e Tecnológicas

# Habitação saudável e biossegurança: estratégias de análise dos fatores de risco em ambientes construídos

*Healthy housing and biosafety: strategies of analysis of the risk factors present in built environments*

Simone Cynamon Cohen<sup>1</sup>, Telma Abdalla de Oliveira Cardoso<sup>1</sup>, Marli Brito Moreira de Albuquerque Navarro<sup>1</sup>, Débora Cynamon Kligerman<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912317

**RESUMO** Este artigo objetivou discutir as estratégias proporcionadas pelos campos reflexivos e das ações propostas pelos estudos sobre habitação saudável e biossegurança, observando-as enquanto ferramentas que podem ser aplicáveis em diagnósticos de ambientes construídos para análise dos fatores de risco, sobre aspectos correlatos à qualidade ambiental. Como metodologia, optou-se, inicialmente, pela pesquisa exploratória para discutir a habitação saudável e a biossegurança como suportes analíticos para apontar fatores de risco existentes em ambientes construídos, tendo como base as pesquisas de campo realizadas em assentamentos humanos irregulares. Em seguida, utilizou-se a pesquisa bibliográfica para o alcance do aprofundamento teórico-conceitual implícito nas formulações de estratégias pertinentes aos dois campos. Como resultados, observaram-se as interfaces entre ambos e verificou-se que se complementam e podem contribuir para a realização de um *checklist* em ambientes construídos, identificando fatores internos e externos, no sentido de promover, sobretudo, a segurança e a qualidade. Para tornar mais clara a compreensão dos dados analisados, identificaram-se quais eram as condições fundamentais para ambientes construídos saudáveis e seguros. Conclusivamente, destacou-se a relevância das ações transformadoras capazes de orientar um *checklist* em ambientes construídos.

**PALAVRAS-CHAVE** Habitação. Saúde ambiental. Contenção de riscos biológicos. Risco. Gestão de qualidade.

**ABSTRACT** *This article aims to discuss the strategies offered by reflective fields and actions proposed by the studies on healthy housing and biosafety, noting them as tools that can be applied in diagnostics of environments built for the analysis of risk factors, on aspects related to environmental quality. As a methodology, we opted for the first exploratory research to discuss the healthy housing and biosecurity as analytical brackets to point out existing risk factors in built environments, based on the field research carried out in irregular human settlements. Then, bibliographical research was used to achieve the theoretical-conceptual deepening implied in the formulations of strategies pertinent to the two fields. As results were observed between both interfaces and found to complement each other and can contribute to the realization of a checklist in built environments, identifying internal and external factors, in order to promote safety and quality. To clarify the understanding of the data analyzed, we identified which were the fundamental conditions for healthy and safe built environments. Conclusively, the relevance of transformative actions that are capable of guiding a checklist in built environments was highlighted.*

**KEYWORDS** *Housing. Environmental health. Containment of biohazards. Risk. Quality management.*

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



## Introdução

Neste artigo, são apresentadas as estratégias formuladas pelos campos da habitação saudável e da biossegurança como ferramentas e suportes analíticos aplicáveis aos projetos de ambientes construídos.

A biossegurança trata-se de um conjunto de ações de prevenção, controle, redução e eliminação de riscos, que possa impactar na saúde humana, animal e do meio ambiente.

A estratégia de habitação saudável avalia os riscos existentes no ambiente interno e externo e que podem comprometer a saúde humana e ambiental. Portanto, ambas as estratégias visam à garantia de ambientes seguros, saudáveis e com qualidade.

A escolha dos campos da habitação saudável e da biossegurança se deve ao fato de terem em comum a necessidade de fazer um *checklist* para o monitoramento dos fatores de risco internos e externos ao ambiente construído que impactam na saúde humana e ambiental, para a tomada de medidas de intervenção necessárias de curto, médio e longo prazo, segundo seu nível de gravidade.

Identificam-se, a princípio, os fatores de risco existentes nos recintos para que se possa prosseguir no processo de qualificação ambiental dos espaços para sua preservação e proteção no intuito de se tornarem mais saudáveis e seguros.

Dessa forma, levantam-se dados pertinentes ao ambiente físico, passo a passo, de forma participativa, essencial para o processo de planejamento do ambiente a ser construído, uma vez que preenche de significados do espaço físico, aproximando-o das necessidades reais, tornando, assim, o projeto mais sustentável.

Este artigo, portanto, objetiva discutir as estratégias proporcionadas pelos campos reflexivos e das ações propostas pelos estudos sobre habitação saudável e biossegurança, como suportes analíticos de identificação dos fatores de risco existentes em ambientes construídos; no intuito de subsidiar os profissionais que venham a participar no processo de

elaboração do projeto arquitetônico, demonstrando a importância de sua aplicabilidade aos diagnósticos de ambientes construídos para análise dos fatores de risco, manifestos ou latentes, aspectos correlatos à qualidade ambiental e segurança.

Como metodologia, optou-se pela pesquisa exploratória e bibliográfica, por meio da qual se buscou o aprofundamento teórico-conceitual implícito nas formulações de estratégias pertinentes à habitação saudável e à biossegurança, tais como: ambiente e entorno saudável; biossegurança; risco; qualidade e saúde. Desse modo, para a configuração do artigo, inicialmente, embrenhou-se pelo tema dos ambientes construídos e da habitação saudável. Depois, adentrou-se pelo campo da biossegurança e, em seguida, desenhou-se a interface entre a habitação saudável e a biossegurança como estratégia de análise dos ambientes construídos.

## Ambientes construídos e habitação saudável

No processo de formulação, implementação e avaliação de políticas, programas e projetos habitacionais de interesse social, como estratégias de promoção da saúde em assentamentos humanos informais, deve-se partir da reflexão e do debate teórico-conceitual sobre o que é a metodologia de habitação saudável e como, por intermédio dessa iniciativa, pode-se atingir padrões de habitabilidade aceitáveis com qualidade e segurança. Assim, por meio de cenários reais e do compromisso dos profissionais na articulação e integração com prioridades comunitárias e de movimentos sociais organizados, ter-se-ia efetividade da promoção da saúde em iniciativas habitacionais<sup>1,2</sup>. Portanto, é fundamental pensar na relação entre habitação, saúde e ambiente, no sentido de promover políticas públicas saudáveis e ambientes favoráveis à saúde, para ter um incremento gradativo da situação de vida da população; como também, para o entendimento da relação entre a habitação e a saúde, é fundamental a

compreensão da moradia como um determinante social da saúde. Dessa forma, é essencial o aprofundamento de habitação e saúde como política pública saudável.

Na ‘Declaração de Adelaide’<sup>2</sup>, as políticas públicas saudáveis aparecem como instrumentos de equidade; e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população e por seu intermédio, poder-se-ia buscar, equacionar a capacidade do Estado em responder aos anseios populacionais e auxiliar no enfrentamento do quadro de exclusão social.

Na ‘Declaração de Sundsvall’<sup>3</sup>, fez-se o entendimento de ambientes favoráveis à saúde incorporando as dimensões física (água, esgoto, resíduos sólidos domésticos e industriais, drenagem urbana, controle de vetores, proteções da atmosfera, solo, rios, lagoas e oceanos), social, política, econômica e cultural. Por conseguinte, para o espaço construído ser considerado um ambiente favorável à saúde, precisaria da identificação da interdependência com outros setores no processo de conservação e proteção ambiental. Nesse sentido, necessitaria, assim, da evolução do conhecimento sobre a saúde, e sua contribuição, com a abordagem da habitação saudável, transformando a habitação em espaço de manutenção da saúde de seus moradores.

Dessa forma, a habitação é considerada por um dos espaços em que os indivíduos convivem ao longo de suas existências, assim como as escolas, o lugar de trabalho, o hospital, a comunidade, o bairro, a cidade, o país, entre outros. Não é somente o espaço físico, mas também o sociocultural, técnico-sanitário e psíquico que deve ter qualidade para ser habitável. Os requisitos fundamentais para ter uma habitação saudável, com promoção e proteção da saúde humana, seriam: relação de vizinhança equilibrada, funcionalidade de cada espaço interno, flexibilidade do espaço, infraestrutura de serviços e equipamentos básicos, racionalidade das soluções do espaço, qualidade e durabilidade das construções, segurança (entendida como fator físico, social e sanitário), habitabilidade urbana e da unidade

habitacional, em que a configuração final de uma habitação seria traduzida pela forma espacial de cada cômodo e pela acessibilidade do espaço<sup>4-6</sup>.

## Biossegurança

Entendida como área do saber, a biossegurança possui um alicerce marcado pela construção de sentidos e significados complexos, associados aos processos tecnológicos e científicos, que oferece suporte analítico para a gestão dos fatores multicausais atrelados aos riscos existentes em ambientes construídos. Os seus princípios começam a ser incorporados modificando concepções espaciais, de materiais de acabamento, mobiliários, tratamento, renovação do ar e diferenciais de pressão, para minimizar os eventuais riscos ambientais que possam estar presentes, exigindo um esforço conjunto por parte dos profissionais envolvidos, de modo a estabelecer, no projeto arquitetônico, padrões e normas que assegurem a qualidade ambiental, com o cumprimento das condições de segurança necessárias<sup>7</sup>. Porém, a dimensão inovadora da biossegurança está ainda restrita às soluções projetuais da estrutura física voltadas para áreas laborais. No entanto, as muitas variáveis que podem revelar a relação causa e efeito entre as condições ambientais e os tipos de agressão à saúde de seus ocupantes e ao meio ambiente passam a ser questionadas em outras áreas como a da habitação.

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>8</sup> a respeito da relação entre saúde e moradia aponta para seis princípios que expressam e reforçam a importância das relações entre a habitação saudável e a biossegurança como estratégia para a análise dos riscos ambientais; unindo os conhecimentos de saneamento dirigidos à prevenção e ao controle dos riscos biológicos, químicos, sanitários, físicos e socioambientais presentes no microespaço da habitação e no peridomicílio<sup>2,5,9</sup>. Apesar disso, a biossegurança no Brasil tem tido uma trajetória também relacionada com as



preocupações sociais e ambientais destinadas a conhecer e a controlar os riscos que o trabalho científico pode oferecer ao ambiente e à vida<sup>10</sup>.

O primeiro princípio da OMS está relacionado com a proteção contra a exposição aos agentes etiológicos e vetores de doenças infectocontagiosas. Ele se refere ao espaço adequado para o número de habitantes, ao suprimento adequado de água potável, ao sistema de esgotamento sanitário e ao sistema de descarte de resíduos sólidos, para redução da transmissão de doenças, principalmente as gastrointestinais e de doenças como a Dengue, a Chikungunya e a Zika, além de reduzir a proliferação de insetos e roedores<sup>9</sup>. Ressalta-se que o *design*, as características estruturais e de preservação e de manutenção das estruturas habitacionais podem afetar a proteção contra as doenças. Pisos de terra favorecem a criação e a nidificação de vetores de doenças. A falta de ventilação adequada, dada pela colocação de portas e janelas, é motivo de preocupação, porque também pode afetar a proteção contra doenças transmissíveis. A superlotação, particularmente em associação à pobreza, e instalações inadequadas estão relacionadas com a transmissão de tuberculose, pneumonias, bronquites e infecções gastrointestinais.

O segundo princípio determina que as habitações forneçam proteção contra danos evitáveis, envenenamentos, temperaturas extremas, riscos de desastres naturais, ruídos e outras exposições que possam contribuir para doenças crônicas<sup>9</sup>.

Especial atenção deve ser dada aos aspectos estruturais, como, por exemplo, a localização; de modo a prevenir riscos, tais como: ruídos, temperaturas extremas, poluição, inundações e deslizamentos de terra. Os mobiliários, os materiais utilizados na construção, assim como os acabamentos são itens importantes para a manutenção de ambientes seguros, confortáveis, ventilados, livres de substâncias químicas perigosas e de insetos e roedores.

O terceiro princípio está relacionado com a saúde mental, ressaltando a importância da habitação adequada ao desenvolvimento social

e psicológico dos indivíduos. A habitação deve minimizar ao máximo o estresse. É o entendimento de que a habitação é um refúgio seguro, sem fatores estressantes como ruído e calor, equipado e mobiliado, a fim de fornecer um ambiente que permita o estabelecimento de interações pessoais e sociais, além de conforto, privacidade, aconchego e segurança aos seus habitantes. Quando a habitação fornece essas funções, a saúde mental é reforçada<sup>9</sup>.

De acordo com o quarto princípio, os ambientes habitacionais adequados devem fornecer acesso aos locais de trabalho e aos serviços sociais necessários para a promoção da saúde e da segurança<sup>9</sup>.

O quinto princípio destaca o uso adequado da habitação para a promoção da saúde. É necessário que a estrutura habitacional seja mantida para que possa atuar na defesa contra os riscos. Da mesma forma, nenhum planejamento do uso da terra pode garantir as qualidades salubres de um bairro se seus habitantes contribuírem de forma negligente para a preservação ambiental, deixando de tomar medidas contra agressões ambientais que possam estar presentes<sup>9</sup>.

O último princípio está relacionado com a proteção das populações especiais. As habitações devem minimizar os riscos para a saúde desses grupos, incluindo mulheres e crianças, refugiados, imigrantes, idosos, portadores de necessidades especiais e doentes crônicos<sup>9</sup>.

## Habitação saudável e biossegurança como estratégias de análise dos espaços construídos

Dentro do espaço residencial, observa-se a existência de diversos fatores de risco. Os riscos físicos na habitação (radiação, ventilação, ruído, vibração, iluminação, insolação) se constituem de fenômenos qualificados pelos tipos de energia em que eles se manifestam, ou seja, mecânica, termodinâmica, sonora,

elétrica e nuclear. Os riscos químicos têm por objetivo categorizar os tipos de efeitos e danos dos produtos químicos mais significativos e os seus processos de contaminação ambiental. Os riscos ergonômicos dizem respeito aos elementos posturais inadequados, monotonia, repetitividade, esforços físicos intensos, levantamento e transporte de pesos. Riscos psicossociais estão intrinsicamente relacionados com o contexto social no qual a moradia está inserida e com os fatores externos que predominam, como violência, que provocam estresse físico ou psíquico. Os riscos biológicos estão relacionados com os agentes biológicos presentes no ambiente, como: fungo, bactérias, vírus, vetores, entre outros. Há ainda os fatores de risco de acidentes, como o uso de ferramentas defeituosas, sobrecarga elétrica, probabilidade de incêndio e arranjos físicos inadequados. Riscos sanitários são relativos ao abastecimento de água da rede pública chegando ao interior da residência; a rede de esgotamento sanitário saindo da moradia e indo para um coletor público; coleta de resíduo sólido; existência de rede de drenagem pluvial e bueiros aos longos das vias de circulação próximas às residências. Riscos socioeconômicos estão intimamente ligados ao poder aquisitivo familiar e às questões de renda, emprego, nível de escolaridade, entre outros<sup>2,7</sup>. Assim, o espaço físico deve compatibilizar os elementos relativos à construção com os métodos que buscam a manutenção da qualidade ambiental, objetivando a redução ou a eliminação de haver a ocorrência de efeitos adversos dos agentes causais de desequilíbrios ambientais ou de risco que possam causar impactos à saúde ou ao ambiente. Dessa forma, uma análise dirigida para o controle dos riscos ambientais deve ser primordial na construção das habitações, direcionada ao planejamento que promova espaços mais seguros e ambientalmente sustentáveis, equilibrando exigências projetuais e aspectos de biossegurança<sup>11</sup>.

Nas fases de planejamento e programação arquitetônica, os aspectos construtivos de localização, tipologia, estrutura, redes prediais e

outros sistemas devem estar relacionados com as necessidades espaciais de flexibilidade, segurança, contenção, manutenção, cuidados, vigilância, qualidade ambiental e monitoramento.

É importante salientar que as estratégias da habitação saudável e da biossegurança estão relacionadas com o momento do planejamento, e do projeto, levantamento das condições de segurança relativas à escolha da localização da edificação, dimensionamento físico do ambiente construído e aos critérios de sua organização espacial e funcional. Para a elaboração de projetos de construção, há a necessidade da observância dos requisitos estabelecidos pelas legislações federais e de outras disposições que, com relação à matéria, estejam incluídas em regulamentos sanitários e ambientais dos estados e em códigos de obras municipais ou onde se situem as respectivas edificações. Envolve os seguintes critérios<sup>5,7,11-13</sup>:

## 1. Localização da edificação

Na escolha da localização, deve-se observar a geomorfologia do terreno, avaliando os riscos de deslizamentos, inundações, erosões; as fontes de ruído e vibrações; incidência solar; fontes de poluições; infraestrutura disponível, como redes de água, elétrica, de esgoto etc.

Ela está também muito relacionada com as interações com construções existentes e com a integração social, incorporando fatores de equilíbrio com a vizinhança estabelecendo limites de cada morador; de acessibilidade, independentemente da faixa etária e do estado físico do morador; de mobilidade urbana onde os habitantes tenham acesso aos meios de transportes existentes, redes de convivência e sobrevivência, como supermercados, restaurantes, bares, lojas de roupas, escolas e creches, igrejas, áreas de esporte e lazer, redes de assistência à saúde e outros serviços.

## 2. Dimensionamento

O dimensionamento está diretamente ligado às necessidades espaciais para atender aos

requisitos mínimos para a habitação do indivíduo, ou seja, a forma espacial de cada cômodo e seu uso. Deve considerar a funcionalidade de cada espaço com as necessidades humanas (cozinhar, estudar, repousar etc.), considerando mobiliário, pessoal e espaço de circulação; além dos requisitos ambientais de flexibilidade, devido à possibilidade de ampliação e de transformação para atendimento a outras demandas futuras. É, portanto, uma tarefa difícil.

### 3. Organização funcional

A habitação é evidentemente um ambiente diferenciado dos espaços laborais, que exige elementos de construção e equipamentos adequados aos seus moradores, independentemente da faixa etária e do estado físico, e características de flexibilidade e comunicação, de modo a promover interações sociais, por meio de ambientes agradáveis ao convívio. Cada ambiente construído (habitação, escola, hospitais, indústrias, comércio, praças públicas) é incorporado por espaços segundo suas funções e sua organização.

### 4. Características arquitetônicas

Carvalho e Tavares<sup>14</sup> demonstram que a utilização de um desenho modular da edificação racionaliza o processo projectual, já que estabelece uma limitação às medidas aplicáveis aos componentes e ao projeto, assegurando, ao mesmo tempo, flexibilidade de combinação de medidas e facilidade de produção; possibilita o emprego de componentes da construção com poucas adaptações locais e sem a necessidade de modificações do projeto para a obra, evitando gastos e perda de tempo; uso múltiplo dos espaços projetados e facilitam posteriores reformas, ampliações, manutenção e adaptações em geral.

O uso do desenho modular é mais frequente em obras que requerem um método construtivo rápido e racionalizado, como é o caso dos conjuntos habitacionais e de escolas.

O módulo básico possui dimensões de comprimento e largura preestabelecidas, que

podem variar devido aos arranjos padrões necessários para os equipamentos, as circulações e as outras áreas da edificação.

No estabelecimento das dimensões do módulo básico, deve-se observar a divisibilidade do módulo em unidades menores; o dimensionamento das circulações internas, do mobiliário e dos equipamentos; a localização das redes prediais de energia elétrica, água, gases e demais sistemas de engenharia; as características dos materiais construtivos e de acabamento propostos ou existentes e outros elementos que possam interferir no espaço habitacional.

### 5. Características construtivas e ambientais

As características construtivas da habitação e dos materiais utilizados devem prover condições adequadas de salubridade aos seus usuários, dificultando o acesso de insetos e roedores, e propiciando níveis aceitáveis de material particulado em suspensão, de construções e reformas; gases tóxicos oriundos do tráfego intenso de veículos e outras poluições ambientais provenientes dos ambientes externos; aerossóis e poeiras presentes nas características do mobiliário e dos equipamentos; agentes infecciosos; e outros.

A observação dos critérios relacionados com as características ambientais da habitação é importante a fim de dotar de conforto ambiental, ou seja, adequando o ambiente construído ao uso do homem, respeitando tanto as condições térmicas, de ventilação e/ou de incidência solar como os aspectos acústicos e visuais.

Essas características dizem respeito ao modelo construtivo e de acabamento, tais como: fundação (alicerce); lajes, vigas e pilares; telhado; portas e janelas; materiais empregados nas paredes, piso e teto; e eixos de circulação (escadas, corredores, rampas e elevadores).

Coberturas, fachadas e janelas devem propiciar estanqueidade às poeiras e aerodispersóides, de forma que sua concentração não

exceda aquela verificada no ambiente externo.

O telhado e as coberturas não podem apresentar peças que se desprendam ou se desloquem sob ação do próprio peso ou do vento e de outras cargas acidentais. As coberturas que sejam constituídas por peças metálicas devem ser aterradas, a fim de propiciar a condução das descargas e a dissipação de cargas eletrostáticas eventualmente acumuladas nas telhas pelo atrito com o vento.

As paredes, pisos e tetos devem ser executados com materiais que não favoreçam a retenção de umidade e a proliferação de agentes biológicos, como os fungos.

Os pisos não podem apresentar irregularidades que possam provocar quedas nos usuários. As juntas não devem exceder 4 mm, excetuando-se o caso de juntas de movimentação em ambientes externos. Devem possuir a maior planicidade possível, apresentando quedas suaves em direção aos ralos ou às canaletas de drenagem. Não podem propiciar empocamento de água que favoreça o desenvolvimento de larvas de mosquitos. Nas áreas dos chuveiros ou em pisos externos, o caimento deve ter no máximo 2%, e 1% nas demais áreas. Caso haja desníveis superiores a 5 mm, deve haver um sistema de sinalização que garanta a visibilidade deste desnível, como, por exemplo, mudanças de cor e de faixas de sinalização<sup>15</sup>.

Os requisitos de conforto térmico e acústico dos usuários das edificações devem ser observados.

a) Conforto térmico – é um fator que repercute no conforto das pessoas, para o desempenho de suas atividades normais na habitação.

A sensação de conforto térmico depende muito das condições de ventilação dos ambientes, com grande influência do posicionamento e das dimensões das aberturas de janelas, porém, também está diretamente relacionada com o desempenho térmico da edificação, além de interferir no consumo de energia, por uso de sistemas de ventilação ou climatização elétricos.

O desempenho térmico depende de diversas características: localização da obra

(topografia, temperatura e umidade do ar, radiação solar, direção e velocidade do vento etc.) e da edificação (propriedades térmicas dos materiais constituintes das fachadas e das coberturas, número de pavimentos, dimensões dos cômodos, pé-direito, orientação das fachadas, aberturas e tipo de portas e janelas, entre outros).

O grau de absorvância à radiação solar das superfícies expostas às condições climáticas pode ser determinado pela escolha da cor e pelas características das superfícies externas da cobertura e das paredes expostas, previstas no projeto.

As dimensões das aberturas de portas e janelas devem favorecer a incidência de raios solares no ambiente interno da casa, a ventilação e a renovação de ar dos ambientes. Além disso, o distanciamento apropriado entre edificações, e destas a taludes, muros e outros obstáculos, é essencial para garantir condições adequadas de ventilação e de iluminação natural.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)<sup>16</sup> possui uma Norma, NBR 15575-1, estabelecendo uma taxa de ventilação no verão de cinco renovações do volume de ar do ambiente por hora (5,0 ren/h – janela totalmente aberta) com janelas sem sombreamento; ou uma proteção na janela (persiana, cortina, ou similar) que promova a proteção de, pelo menos, 50% da radiação solar, em conjunto com uma taxa de uma renovação do volume de ar do ambiente por hora (1,0 ren/h).

b) Conforto acústico – é essencial para alcançar o bem-estar físico e psíquico dos usuários de uma edificação. É um fator que pode causar a diminuição da concentração e dos índices de produtividade e o aumento da pressão arterial e irritação. Está relacionado com ruídos externos (vizinhos, rua, carros) e internos (de certos cômodos entrando em conflito com outros). A Norma Brasileira da ABNT (NBR 10152) e a Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho e Emprego (NR17) estabelecem parâmetros para o conforto acústico de diversos tipos de ambientes: por exemplo, em atividades que exijam concentração, o nível ideal é abaixo de 45 decibéis (dB). O máximo

de ruído aceitável para efeito do conforto acústico é de até 65 dB; acima disso, pode haver efeitos adversos e até mesmo surdez nos habitantes<sup>17,18</sup>.

As características do ambiente construído, interior e exterior, são responsáveis pela qualidade acústica do espaço resultante. Fatores como forma, dimensão, volumetria, revestimento e material de vedação determinarão o som percebido pelo indivíduo.

Inicialmente, as fontes de ruído devem ser identificadas, pois elas irão direcionar as medidas de mitigação a serem tomadas. Existem ruídos de fontes externas à edificação (tráfego de veículos, indústrias, estádios esportivos, entre outros) e fontes internas (máquinas, equipamentos, áreas recreativas, entre outros).

Os materiais constantemente usados no exterior das edificações, tais como: concreto, cerâmica, pedras e asfalto; não têm coeficiente de absorção sonora bom. A presença de plantas tem um efeito significativo na ambiência sonora dos espaços ao ar livre, a partir da absorção, difusão e do mascaramento dos ruídos.

A setorização dos espaços internos da habitação é uma medida que auxilia no controle dos ruídos. Nas paredes internas da fachada voltada para a via de tráfego, localizam-se os espaços menos sensíveis (acessos, circulações, escadas); e para os ambientes sensíveis ao ruído (quartos, escritórios), reservam-se as fachadas protegidas. Áreas de serviço e cozinhas devem ser ambientes afastados dos quartos, caso não seja possível, evitar a passagem de tubulações de água e esgoto pela parede divisória.

A espessura da parede é também um determinante de diminuição de ruídos. Uma parede de alvenaria de tijolos cerâmicos (espessura média de 15 cm) isola cerca de 35 dB; e uma laje de concreto, cerca de 45 dB. Isso também pode ser feito por meio da utilização de paredes compostas, ou seja, o uso de painel rígido sobre material absorvente (tratamento acústico), o que irá aumentar o custo do projeto.

A presença de frestas nas coberturas e nas fachadas altera substancialmente o

desempenho acústico, sendo que pequenas frestas podem reduzir em mais de 30% o isolamento acústico.

As esquadrias são um dos pontos fracos da fachada por serem, usualmente, fabricadas em materiais leves, por quase sempre possuírem elementos vazados (venezianas, grelhas) e pela dificuldade de rejuntar as frestas entre a alvenaria e o caixilho e entre este e as folhas móveis. Os modelos de esquadrias de PVC, com vidro duplo, reduzem a passagem de vibração.

## 6. Infraestrutura

As habitações devem ser dotadas de instalações hidráulicas, sanitárias, elétricas e eletrônicas e de distribuição de gás natural. É fundamental ter um caderno técnico que contemple todas as informações sobre as instalações.

a) Instalações hidráulicas e sanitárias – compreendem os sistemas prediais de coleta de esgoto, suprimento de água fria e quente, coleta de águas pluviais, armazenamento e coleta de resíduos sólidos. Para cada um desses sistemas, há uma série de normatizações que regulam tanto a concepção dos projetos quanto as especificações de materiais, aparelhos e procedimentos executivos. Elas são definidas em projetos segundo padrões de segurança, obedecendo às normas técnicas nacionais para facilitar a segurança, o desempenho, a economia, a operação e a manutenção do sistema, bem como a flexibilidade em modificações futuras. No projeto, deverá haver um memorial descritivo com objetivo de orientar e complementar o projeto específico, para o melhor entendimento e compreensão de como serão projetadas as instalações. A escolha dos materiais e equipamentos, suas marcas, modelos e tipos relacionam-se com as especificidades técnicas e não poderão sofrer alterações, sem justificativa prévia dos critérios de modificação, pois possuem características e normas construtivas, normas de fabricação, testes de operação e de desempenho.

As instalações hidrossanitárias devem cumprir as normas da ABNT: NBR 10844:

‘Instalações prediais de águas pluviais’; NBR 8160: ‘Sistemas prediais de esgotamento sanitário, projeto e execução’; NBR 5626: ‘Instalações prediais de água fria’; NBR 7198: ‘Projeto e execução de instalações prediais de água quente’; e NBR 6493: ‘Emprego de cores para identificação de tubulações e cores’.

b) Instalações elétricas e eletrônicas – o sistema elétrico deve ser projetado para qualquer ambiente construído, com detalhes a respeito da disposição dos condutores e equipamentos elétricos, de forma a ter maior segurança, confiabilidade e qualidade. Desse modo, um sistema elétrico, segundo McPartland et al.<sup>19</sup>, deverá ser dividido em três etapas básicas: 1) seleção dos conceitos básicos de instalação elétrica e configurações que irão proporcionar o fornecimento de energia elétrica, com as características desejadas a cada um dos pontos de utilização; 2) identificação dos circuitos planejados com condutores, aparelhos e acessórios, escolhendo os respectivos tipos, tamanhos, modelos, características, valores nominais e outras especificações necessárias; e 3) projeção do sistema elétrico global, mostrando as localizações dos equipamentos, os respectivos detalhes de montagem, percurso de eletrodutos, as ligações com as linhas principais de alimentação e quaisquer outros elementos que requeiram atenção especial. É fundamental considerar aspectos de flexibilidade; acessibilidade; confiabilidade e segurança<sup>19</sup>.

c) Instalações de distribuição de gás natural – o gás natural é uma mistura de hidrocarbonetos leves, como o metano que permanece no estado gasoso à temperatura ambiente e pressão atmosférica. As instalações de gás natural devem cumprir a normas da ABNT NBR 13933: ‘Instalações internas de Gás Natural (GN): projeto e execução’ – que se aplica às edificações e construções em geral, em execução ou sujeitas à reforma ou reconstrução, ou ainda àquelas submetidas a pequenas reformas ou reparos. É empregada nas instalações de Gases Liquefeitos de Petróleo

(GLP) e nas edificações nas quais a utilização de gás combustível se destina a finalidades industriais, que, por sua vez, possui outras normas específicas às peculiaridades de cada instalação.

## Considerações finais

Com a articulação entre biossegurança e habitação saudável, foi possível identificar que são estratégias complementares e que juntas contribuem para uma visão mais holística do espaço construído e colaboram para o aumento da qualidade da habitabilidade e da segurança de uma edificação; que são fatores da salubridade, minimizando os riscos internos e externos.

Nesse sentido, o ambiente, a habitação e a saúde não devem ser tratados como independentes, pois requerem visões transdisciplinares, que não considerem somente os danos físico-sanitários, geográficos, mas também os fatores socioculturais, econômicos, políticos, organizacionais relativos ao desenvolvimento humano saudável e seguro.

A compreensão da interface entre habitação saudável e biossegurança é essencial para embasar políticas públicas saudáveis e promover ambientes favoráveis à saúde, que priorizem como objeto de estudo a análise dos riscos, no sentido da construção de ambientes mais seguros para a vida e que valorizem a qualidade ambiental e o bem-estar.

## Colaboradores

Cohen SC (0000-0001-6228-6583)\*, Cardoso TAO (0000-0002-5430-7273)\*, Navarro MBMA (0000-0003-4408-574X)\* e Kligerman DC (0000-0002-7455-7931)\* contribuíram igualmente para a concepção, levantamento de dados, elaboração do rascunho e da redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Cohen SC, Bodstein R, Kligerman DC, et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(1):191-98.
2. Adelaide Recommendations on Health Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, Australia, 5-9 abr 1988. [acesso em 2018 dez 8]. Disponível em: <https://www.who.int/health-promotion/conferences/previous/adelaide/en/>.
3. Declaração de Sundsvall. Promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde. 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Sundsvall, Suécia, 9-15 jun 1991. [acesso em 2018 dez 8]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_sundsvall.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf).
4. Cohen SC. Habitação saudável como um caminho para a promoção da saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 167 p.
5. Cohen SC. Reabilitação de favelas: Até que ponto a tecnologia empregada é apropriada? [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993. 376 p.
6. Rojas MC, Pérez CB, editores. *Vivienda Saludable, de cara a RIO + 20*. Washington: OMS; 2012.
7. Simas MC, Cardoso TAO. Biossegurança e Arquitetura em Laboratórios de Saúde Pública. *Rev Pós.* 2008; 15(24):108-24.
8. World Health Organization. *Housing: implications for health. Report of a WHO Consultation, Geneva, 9-15 June 1987*. Geneva: WHO; 1987. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59443>.
9. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Documento de Posición OPS sobre Políticas de Salud en la Vivienda, 1999. Washington: OMS; 1999. [acesso em 2018 dez 8]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/posicion.html>.
10. Almeida ABS, Albuquerque MBM. Biossegurança: um enfoque histórico através da história oral. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2000; 7(1):171-84.
11. Simas CM, Cardoso TAO. *Arquitetura e Biossegurança*. In: Teixeira P, Valle S, editores. *Biossegurança: uma visão multidisciplinar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 75-110.
12. Cohen SC, Kligerman DC, Barcelos MRB. Espaços saudáveis e sustentáveis, biossegurança e resíduos. *Perspectivas e controvérsias. Rev Bras Promoção da Saúde* 2011; 24(3):274-83.
13. Oppermann CM. *Manual de biossegurança para serviços de saúde*. Porto Alegre: PMPA; 2003.
14. Carvalho APA, Tavares I. Modulação no projeto arquitetônico de estabelecimentos assistenciais de saúde: o caso dos hospitais Sarah. In: *Anais do 30 Fórum de Tecnologia Aplicada à Saúde*; 2002. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Multgraf, 2002. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulacao\\_hospitais\\_sarah.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulacao_hospitais_sarah.pdf).
15. Câmara Brasileira da Indústria da Construção. *Desempenho de edificações habitacionais: guia orientativo para atendimento à norma ABNT NBR 15575/2013*. Fortaleza: Gadioli Cipolla Comunicação; 2013.
16. Associação Brasileiras de Normas Técnicas. *NBR 15575-1: edificações habitacionais – desempenho – parte 1: requisitos gerais*. Rio de Janeiro: ABNT; 2013.
17. Associação Brasileiras de Normas Técnicas. *NBR 10152: acústica- níveis de pressão sonora em ambientes internos a edificações*. Rio de Janeiro: ABNT; 2017.

18. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 876, de 24/10/2018. Altera a Norma Regulamentadora NR 17. Ergonomia. Diário Oficial da União. 25 Out 2018. [acesso 12 dez 2018]. Disponível em: [https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos\\_SST/SST\\_NR/NR-17.pdf](https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-17.pdf).
19. McPartland JF, McPartland BJ. Handbook of practical electrical design. 3th ed. New York: McGraw-Hill; 1999.

---

Recebido em 15/04/2019  
Aprovado em 05/09/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



# Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira

*Integrative and Complementary Practices in basic health care: a bibliometric study of Brazilian production*

Jordana Aguiar<sup>1</sup>, Lilia Aparecida Kanan<sup>1</sup>, Anelise Viapiana Masiero<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912318

**RESUMO** As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são realidade no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2006, pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Este estudo objetivou conhecer as principais características da produção científica sobre PICs na atenção básica em saúde desenvolvida no Brasil durante os 10 primeiros anos de implementação da PNPIC, além de apontar os principais resultados constatados nesses estudos. O método foi sustentado pela bibliometria. Como resultado, destacam-se as pesquisas vinculadas à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e publicações do periódico 'Ciência e Saúde Coletiva'. O maior número de artigos foi publicado entre 2011 e 2014. Grande parte deles pretendeu analisar o contexto da implementação e do uso das PICs. Foram citadas, especialmente, fitoterapia, homeopatia e acupuntura. Como resultado do uso das PICs, encontraram-se: redução da medicalização; empoderamento e responsabilização dos usuários; redução da frequência de transtornos mentais comuns; baixo custo; ausência de efeitos colaterais; promoção de saúde. Entre os principais problemas tratados estão: transtornos mentais; relações sociais; psicossomáticos; insônia; doenças crônicas. As potencialidades e fragilidades citadas nos estudos merecem mais atenção por parte da academia e dos gestores da área da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Terapias complementares. Saúde pública.

**ABSTRACT** *Integrative and Complementary Practices (PICs) are a reality in the Unified Health System (SUS) since 2006, by the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC). This study aimed to know the main characteristics of scientific production on PICs in basic health care developed in Brazil during the first 10 years of PNPIC implementation, in addition to pointing out the main results observed in these studies. The method was supported by bibliometrics. As a result, the researches related to the Federal University of Santa Catarina (UFSC) and publications of the journal 'Ciência e Saúde Coletiva' stand out. The largest number of articles was published between 2011 and 2014. Most of them intended to analyze the context of implementation and use of PICs. Phytotherapy, homeopathy and acupuncture were the most mentioned. As a result of the use of PICs, it was founded: reduction of medicalization; empowerment and accountability of users; reduction of the frequency of common mental disorders; low cost; absence of side effects; health promotion. Among the main problems are: mental disorders; social relationships; psychosomatic; insomnia; chronic diseases. The potentialities and weaknesses cited in the studies deserve more attention from academia and managers of the health area.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Complementary therapies. Public health.*

<sup>1</sup>Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac) – Lages (SC), Brasil.  
aguiarjordana.j@gmail.com



## Introdução

Nos serviços de saúde, são recorrentes os indivíduos portadores de doenças crônicas e sofrimentos mentais, situações onde nem sempre o modelo biomédico é suficiente para a redução de sintomas e prevenção de agravos, tornando, assim, a inserção de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) relevante para preencher essa carência<sup>1</sup>. Nesse contexto, as PICs representam um conjunto de recursos capazes de atuar nos diferentes aspectos da saúde, propiciando tanto a recuperação da saúde quanto a prevenção de doenças e agravos, sejam eles físicos ou mentais<sup>1</sup>. Elas se apresentam vantajosas por se tratar de métodos não medicamentosos, voltados ao autocuidado, que privilegiam a escuta acolhedora, o vínculo e a integração com o meio ambiente e a comunidade<sup>1</sup>. Os profissionais que exercem esse modelo de cuidado ofertam alternativas diferentes de promoção da saúde e renovam o entendimento atual, que tende especialmente à medicalização e aos procedimentos invasivos<sup>2</sup>.

As PICs representam uma perspectiva ampliada sobre o ser humano e o universo que o cerca, compreendem a integralidade da relação saúde-doença e consideram o sujeito dentro de uma dimensão global, ainda valorizando sua individualidade<sup>3</sup>.

Em sua primeira publicação, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) incluía 5 práticas. Atualmente, encontram-se inseridos 29 tipos de práticas, que vão desde medicina tradicional chinesa até constelação familiar<sup>4</sup>.

Em razão da PNPIC fazer parte do sistema de saúde pública brasileiro há mais de uma década e sabendo que tais práticas, em geral, possuem boa aceitação e significativa efetividade, por meio deste estudo, pretendeu-se conhecer as características da produção científica brasileira sobre as PICs na atenção básica em saúde realizada nos primeiros 10 anos de implementação da Política Nacional que as trouxe para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, pretendeu-se colocar em perspectiva as principais características desses estudos, além de observar suas conclusões.

Estabeleceu-se como objetivo geral conhecer as características da produção brasileira sobre PICs na atenção básica. Especificamente, pretendeu-se (i) identificar as tendências de pesquisas brasileiras sobre PICs; (ii) avaliar a utilização das PICs na atenção básica; (iii) registrar os principais resultados das pesquisas empreendidas no Brasil a respeito das PICs.

## Percurso metodológico

Este estudo foi sustentado pelo método bibliométrico, técnica quantitativa e estatística de medição<sup>5</sup>. Por meio desse método de pesquisa documental, buscou-se verificar a produção científica acerca de PICs desenvolvida no Brasil, entre os anos de 2006 e 2016.

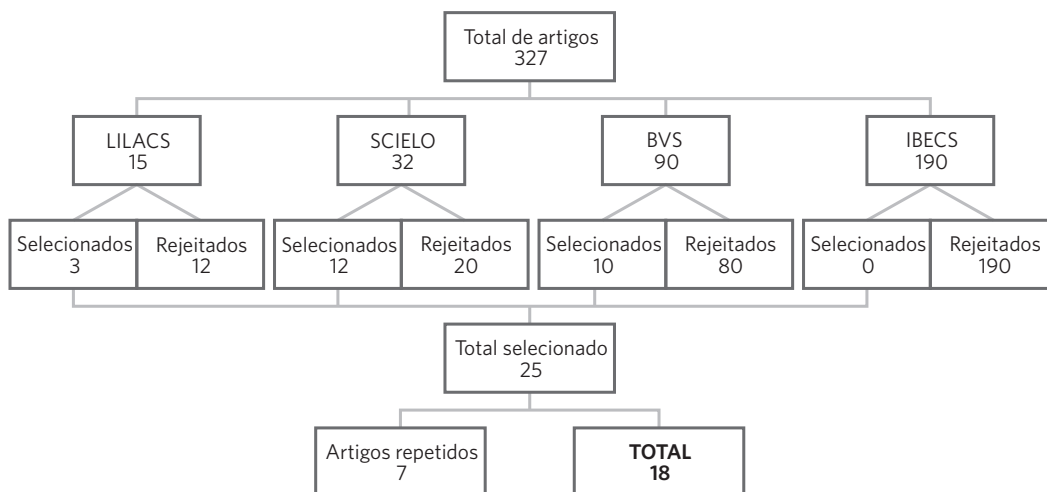
O estudo assumiu caráter descritivo-exploratório. Para a pesquisa documental, foram consultadas as bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs), com o descritor 'Práticas Integrativas e Complementares', onde foram aplicados filtros coerentes com os critérios de inclusão e exclusão delimitados. Como critérios de inclusão para a seleção dos artigos, foram considerados: (a) o período de publicação entre 2006 e 2016; (b) artigos publicados no Brasil e nos idiomas português, inglês ou espanhol; (c) artigos em *open access*; (d) artigos que relacionem as PICs na atenção básica em saúde. Excluíram-se todas as publicações: (a) que não eram artigos; (b) que se encontravam fora do limite de tempo estabelecido (entre 2006 e 2016) para a busca; (c) que eram revisões bibliográficas e pesquisas documentais. Para selecionar os artigos, primeiramente, procedeu-se à leitura do título e do resumo; em seguida, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra para avaliação da sua compatibilidade com os critérios de inclusão previamente estabelecidos para o estudo.

O período de busca, de coleta e tratamento dos dados aconteceu entre abril e outubro de 2018. Os artigos publicados em 2017 não foram inseridos no estudo em razão de se

haver privilegiado o período de 10 anos de implementação da PNPIC.

As etapas da seleção estão expressas na *figura 1*, a seguir.

Figura 1. Etapas do processo de seleção dos artigos



Pode-se observar, por meio da *figura 1*, que, entre os 327 artigos encontrados, aqueles que atenderam aos critérios de inclusão foram em número de 25, e destes, em razão da repetitividade nas bases de dados, 18 resultaram do processo de filtragem.

Com o propósito de registrar e organizar os achados, foi criado um quadro composto pelas informações obtidas nos 18 artigos encontrados, as quais foram agrupadas nas categorias: título, autores, ano, periódico, indicador de estratificação da qualidade da produção Qualis-Capes, filiação institucional, objetivo, tipo de estudo, idioma e principais resultados. Dessa forma, foi possível analisar a composição dos estudos. Em seguida, cada artigo foi lido na íntegra, onde os aspectos mais relevantes para responder aos objetivos

da pesquisa foram selecionados e organizados. Dessa maneira, foram criadas as categorias e subcategorias para exposição dos resultados, apresentados a seguir.

## Resultados e discussão

### Idioma, autores e universidades associados à produção científica sobre PICs

Todos os artigos encontrados foram publicados no idioma português. O *quadro 1* possibilita visualizar os autores e as universidades responsáveis pelas publicações.

Quadro 1. Distribuição de autores e respectivas filiações acadêmicas

Nº	Nº de Autores	Autores	Filiação Acadêmica
01	02	- Maria Valquíria Nogueira do Nascimento (I) - Isabel Fernandes de Oliveira (II)	(I) - Universidade Federal de Campina Grande (II) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
02	05	- Christiane Gasparini Araújo Costa - Mariana Tarricone Garcia - Silvana Maria Ribeiro - Marcia Fernanda de Sousa Salandini - Cláudia Maria Bógus	Universidade de São Paulo
03	02	- Danielle Sousa Silva Varela (I) - Dulcian Medeiros de Azevedo (II)	(I) - Universidade Federal do Piauí (II) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
04	03	- Karla Morais Seabra Vieira Lima (I) - Kênia Lara Silva (I) - Charles Dalcanale Tesser (II)	(I) - Universidade Federal de Minas Gerais (II) - Universidade Federal de Santa Catarina
05	02	- Mariana Gonzalez Martins de Magalhães - Neide Aparecida Titonelli Alvim	Universidade Federal do Rio de Janeiro
06	02	- Cristina dos Santos Padilha - Walter Ferreira de Oliveira	Universidade Federal de Santa Catarina
07	03	- Wania Maria Papile Galhardi - Nelson Filice de Barros - Ana Cláudia Moraes Barros Leite-Mor	Universidade Estadual de Campinas
08	03	- Dayane Cordeiro Machado - Silvia Beatriz Costa Czermainski - Edyane Cardoso Lopes	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
09	05	- Islândia Maria Carvalho de Sousa (I), (II) - Regina Cele de Andrade Bodstein (II) - Charles Dalcanale Tesser (III) - Francisco de Assis da Silva Santos (I) - Virginia Alonso Hortale (II)	(I) - Fundação Oswaldo Cruz - Recife (II) - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (III) - Universidade Federal de Santa Catarina
10	02	- Sônia de Castro S Thiago - Charles Dalcanale Tesser	Universidade Federal de Santa Catarina
11	06	- João Felício Rodrigues-Neto - Leonardo Santos Lima - Lucas Ferreira Rocha - Juliano Santos Lima - Kênia Rabelo Santana - Marise Fagundes Silveira	Universidade Estadual de Montes Claros
12	02	- Melissa Costa Santos - Charles Dalcanale Tesser	Universidade Federal de Santa Catarina
13	05	- Luciene Alves Moreira Marques (I) - Flávia Vanessa Vieira Ribeiro do Vale (I) - Valéria Aparecida dos Santos Nogueira (II) - Fábio Luiz Mialhell - Lara Cristina Silva (I)	(I) - Universidade Federal de Alfenas (II) - Universidade Estadual de Campinas
14	04	- João Felício Rodrigues-Neto - Maria Fernanda Santos Figueiredo - Anderson Antônio de Silveira Faria - Marise Fagundes	Universidade Estadual de Montes Claros

Quadro 1. (cont.)

Nº	Nº de Autores	Autores	Filiação Acadêmica
15	06	- Rosália Garcia Neves (I) - Leandro Barbosa de Pinho (II) - Roxana Isabel Cardozo Gonzáles (I) - Jenifer Harter (II) - Jacó Fernando Schneider (II) - Annie Jeanninne Bisso Lacchini (II)	(I) - Universidade Federal de Pelotas (II) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
16	02	- Silvana Cappelletti Nagai (I) - Marcos de Souza Queiroz (II)	(I) - Universidade Paulista (II) - Universidade Estadual de Campinas
17	04	- Thatianny Tanferri de Brito Paranaçuá - Ana Lúcia Queiroz Bezerra - Marcus Antônio de Souza - Karina Machado Siqueira	Universidade Federal de Goiás
18	04	- Fabrício Fontanella - Frederico Pires Speck - Anna Paula Piovezan - Irene Clemes Kulkamp	Universidade do Sul de Santa Catarina

Por meio do *quadro 1*, é possível perceber que, entre os 18 artigos, há 55 diferentes autores. Entre eles, Charles Dalcanale Tesser; João Felício Rodrigues-Neto e Marise Fagundes estão presentes em mais de um estudo. Neste cenário, destaca-se Charles Dalcanale Tesser, com autoria de quatro artigos.

Outro aspecto analisado é que quatro universidades acolhem pesquisadores que têm mais de um artigo publicado, sendo elas: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2 artigos); Universidade Estadual de Montes Claros (2 artigos); Universidade Estadual de Campinas (3 artigos); e Universidade Federal de Santa Catarina, que se destaca com 5 artigos, como origem do maior número de estudos publicados na área por pesquisadores a ela vinculados. Depreende-se que esta última se configura como um centro de estudos sobre PICs.

A respeito da quantidade de autores por publicação, entre os 18 artigos, encontraram-se sete (38,9%) que reúnem dois autores, portanto, a maioria; três artigos reúnem cinco, quatro e três autores, respectivamente; e seis autores estão associados à produção de dois artigos.

## Periódicos, os anos de publicação e a classificação Qualis Capes

O periódico 'Ciência e Saúde Coletiva' acolheu cinco artigos para publicação com o tema PICs. Observa-se, ainda, que é o único periódico que se repete entre todos os estudos analisados. Trata-se de uma revista classificada com o estrato Qualis/Capes B1 na área da saúde coletiva. Depreende-se que talvez o escopo do periódico ou o próprio nome deste seja a razão de atração, escolha ou preferência dos autores que pesquisam a temática.

No ano de 2006, foi implementada a Política Nacional que trouxe as PICs ao SUS. Nesse ano não se encontraram publicações sobre o tema. Algo que é compreensível, dado o tempo necessário à produção e publicação de um estudo. Observa-se, ainda, que nos cinco primeiros anos da implementação da PNPIC as produções foram modestas, com média de um artigo por ano.

Entre os anos de 2011 e 2014 parece ter havido maior interesse dos pesquisadores a respeito do tema PICs, sendo significativo o incremento das publicações. Nesse período,

encontram-se 12 das 18 publicações analisadas. Destaque é dado ao ano de 2012.

O estrato Qualis/Capes B1 caracteriza a maioria dos periódicos que acolheram estudos sobre PICs.

### Verbos que caracterizam o objetivo dos estudos sobre PICs

A análise empreendida a respeito dos objetivos declarados nos estudos considerou a Taxonomia de Bloom<sup>6</sup> para identificar o domínio pretendido pelos autores. Neste sentido, encontrou-se:

(a) Quanto ao interesse dos autores em determinar, por meio do objetivo do estudo, o estágio cognitivo de ‘análise’ (analisar), foram encontrados 06 artigos. Os verbos utilizados para tanto foram: analisar (no objetivo de 04 artigos) e investigar (no objetivo de 01 artigo); caracterizar (no objetivo de 01 artigo).

(b) Com o intuito de determinar o estágio cognitivo de ‘compreensão’ (compreender), foram encontrados os verbos descrever (no objetivo de 02 artigos); identificar (no objetivo de 01 artigo) e discutir (no objetivo de 01 artigo).

(c) Os verbos que objetivam ‘demonstração’ (demonstrar) utilizados foram apresentar (no objetivo de 01 artigo) e focalizar (no objetivo de 01 artigo).

(d) Para determinar o estágio cognitivo de ‘conhecimento’, o verbo conhecer foi utilizado (no objetivo de 01 artigo).

(e) Quando a determinação do estágio cognitivo de ‘avaliação’ (avaliar) foi planejada, o verbo avaliar (no objetivo de 01 artigo) foi utilizado.

A partir dos achados, observa-se que a maioria dos artigos pretendeu analisar o contexto das PICs.

### Principais resultados apresentados pelos autores

Para análise dos dados encontrados nos artigos, as conclusões foram organizadas em categorias: 1) O que são PICs; 2) Tipos de PICs utilizadas; 3) Principais resultados decorrentes da utilização de PICs; 4) Principais problemas/doenças tratados com PICs; 5) Potencialidades e êxitos na implementação de PICs na atenção básica; 6) Dificuldades/fragilidades encontradas na implementação das PICs na atenção básica; 7) Percepção dos usuários/profissionais sobre PICs; 8) Mobilização, autonomia e controle social.

### O que são PICs

As PICs trazem uma perspectiva holística e podem ser ferramentas para promover saúde, pois ressignificam o processo saúde-doença e propõem maior empoderamento do usuário<sup>7</sup>. Outros estudos também apontam as PICs como práticas promotoras de saúde<sup>8</sup>. Ainda nesse âmbito, observa-se que o modelo de assistência complementar consiste em uma postura mais abrangente, que vai além dos procedimentos médicos comuns, pois ultrapassa os aspectos físicos e considera as questões sociais, culturais e emocionais, o que preceitua espaço para uma perspectiva multidisciplinar<sup>9</sup>.

As PICs também são descritas como meio para efetivar um dos princípios do SUS: a integralidade. Para que isso seja possível, é necessário que haja um cuidado especial acerca da sua implementação, pois essas práticas devem expressar a integralidade da assistência, e não se tornar apenas mais uma prestação de serviço baseada nas mesmas atitudes da biomedicina<sup>1</sup>. Além disso, as PICs podem proporcionar uma assistência humanizada, segura, eficaz e universal, como suporte para a Medicina<sup>10</sup>.

É possível considerar que o sucesso da implementação das PICs no SUS pode ser influenciado pelo descontentamento da

população com serviços de saúde já disponíveis. Quando os usuários têm possibilidade de acessar um serviço complementar, que vai além da medicina convencional, podem se sentir mais satisfeitos, com suas necessidades integralmente acolhidas<sup>11</sup>. Ainda, é importante considerar que a alopatia representa problemas ao SUS, seja pela dificuldade de acesso ou pelo alto custo. Além disso, em muitos casos, os medicamentos têm sua eficácia limitada, ou comportam efeitos adversos<sup>12</sup>.

Além das práticas individuais, existem os recursos coletivos, que podem favorecer abordagens mais complexas e abrir espaços para discussões, socialização e quebra de paradigmas, construindo saúde com participação dos usuários<sup>13</sup>.

## Tipos de PICs utilizadas

Nos artigos analisados, foram citadas as PICs: fitoterapia; homeopatia; acupuntura; terapia de florais; meditação; *yoga*; terapia comunitária e biodança. Destacaram-se as práticas de fitoterapia (cinco citações), homeopatia (cinco citações) e acupuntura (três citações) como as mais referidas nos estudos.

Também estiveram presentes práticas que não se enquadram na PNPIC, mas que também são utilizadas como práticas complementares em saúde: relaxamento; Tai Chi Chuan; hortas comunitárias; atividades da dinâmica energética do psiquismo; teatro do oprimido; oficina de memória; dança sênior<sup>8,7,13,14</sup>.

As atividades grupais foram citadas como acompanhamento complementar à saúde: grupos de suporte mútuo; cuidadores de Alzheimer; tenda do conto; grupo de prosa com mulheres; grupo de bordadeiras; grupo de idosos; grupo de caminhadas; grupo de terapia e arte; grupos de contação de histórias<sup>7,13</sup>. A oração a Deus e a busca de benzedoras também são apontadas como estratégias popularmente utilizadas para o autocuidado, também como complemento da assistência em saúde<sup>15</sup>.

## Principais resultados decorrentes da utilização de PICs

Os estudos revelam: redução da medicalização<sup>13</sup>, empoderamento dos usuários na busca do autocuidado e a responsabilização pela própria saúde<sup>7</sup>; possibilidade de reduzir a frequência de transtornos mentais comuns<sup>11</sup>; autonomia e participação do usuário na escolha das suas estratégias de tratamento<sup>1</sup>; e “baixo custo, ausência de efeitos colaterais, satisfação e crença da população”<sup>10(1)</sup>.

Em pesquisa realizada no estado de Minas Gerais<sup>16</sup> com usuários do serviço de saúde pública, observa-se que a maioria dos entrevistados aceitaria o uso de PICs, caso fossem ofertadas. Outro estudo identificou que há aceitação dos profissionais quanto à implementação das PICs na rede pública de saúde, mesmo que haja uma pequena parcela de profissionais que expressam desconfiança acerca dessa proposta<sup>9</sup>.

Os estudos atuais sustentam a hipótese de que existe um crescente interesse pelas PICs, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários, que têm buscado esse modelo de assistência complementar<sup>17</sup>. Observa-se que a busca dos profissionais por capacitação nessa área e a procura dos pacientes pelo serviço podem representar uma significativa mudança cultural acerca da assistência em saúde. Inclusive, muitas pessoas buscam essas práticas mesmo sem recomendação profissional<sup>12</sup>.

A aceitação das PICs por parte dos profissionais de saúde também pode ter relação com a formação e o papel exercido por cada um deles. Os enfermeiros teriam maior abertura à utilização de PICs do que os médicos. Citam que os médicos justificam sua prática dentro da própria biomedicina e da medicalização. Por outro lado, os profissionais de enfermagem teriam maior interesse em ofertar estratégias não medicamentosas<sup>17</sup>.

Identificou-se em pesquisa que a maior parte dos gestores e dos profissionais de saúde não conhecia a PNPIC. Por sua vez, os profissionais que a conheciam a utilizavam para

disseminar e justificar a utilização de homeopatia<sup>18</sup>. Outro estudo observou a percepção dos gestores sobre fitoterapia e outras PICs, identificando que no município pesquisado há uma boa perspectiva de implementação das PICs na atenção básica. Ainda se viu que a prescrição de plantas medicinais é maior do que a de fitoterápicos<sup>19</sup>.

A PNPIC trouxe ao SUS abordagens que anteriormente eram disponíveis especialmente por meio de prestadores privados. Autores relatam que práticas como acupuntura e homeopatia ainda são mais predominantes no serviço privado, todavia, apontam que a acupuntura se dissemina no SUS após ser exercida por outros profissionais que não apenas os médicos<sup>14</sup>.

Existem algumas atividades que não são ofertadas no serviço privado, como as hortas comunitárias. Essa prática se adequa à proposta de promoção de saúde no SUS. As entrevistas realizadas por pesquisadores revelam resultados positivos na saúde mental das pessoas envolvidas nas atividades de contato com a terra<sup>8</sup>. O trabalho coletivo fortalece os vínculos sociais e a participação na comunidade, valoriza a história e os conhecimentos populares. As hortas comunitárias oportunizam o fortalecimento do uso de plantas medicinais, que, por consequência, traz a redução da alopatia<sup>8</sup>.

Em Montes Claros (MG), práticas complementares e alternativas são amplamente utilizadas por pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que realizam tratamento em um centro de referência de doenças sexualmente transmissíveis. Entre as práticas referidas pelos pacientes, a principal delas é a oração a Deus, de forma terapêutica, além dos populares 'benzimentos'. Acerca dos transtornos mentais, os autores revelam uma predominância no uso de homeopáticos, sugerindo que esse dado se refere ao maior tempo de reconhecimento dessa prática pelo Conselho Federal de Medicina, se comparada com outras PICs<sup>15</sup>.

Estudiosos trazem uma perspectiva importante sobre a implementação das PICs como estratégia para a assistência em saúde,

sugerindo que tais práticas não estão em oposição à Medicina, mas complementando-a e até mesmo transcendendo-a. Citam, ainda, que a implementação das PICs na atenção básica está de acordo com o ideal do SUS e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Nesse mesmo estudo, os profissionais referiram que muitos dos problemas pelos quais as pessoas buscam o serviço de saúde não têm sua resolatividade garantida ou possível por meio da alopatia. Concluem os autores que, dessa forma, as PICs viriam a preencher essa lacuna<sup>9</sup>.

### **Principais problemas/doenças tratados com PICs**

Um estudo destaca que as principais demandas referidas pelos usuários de PICs são: transtornos mentais graves e leves; questões familiares, laborais, sociais e econômicas; sintomas psicossomáticos diversos; alternativa a medicalização; hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas<sup>13</sup>.

Outros estudos também referem questões como ansiedade, insônia e transtornos mentais comuns como principais problemas tratados com apoio das PICs na atenção básica<sup>11,20</sup>. Enfatiza-se o uso de fitoterápicos como coadjuvantes para prevenção e controle de doenças como a hipertensão, onde, por exemplo, uma situação de ansiedade poderia resultar no aumento da pressão arterial, e, dessa forma, o uso da terapia complementar poderia apoiar o medicamento anti-hipertensivo e evitar agravos<sup>20</sup>.

Foi observada a prevalência do uso de fitoterápicos com propriedades ansiolíticas e sedativas no tratamento de problemas como menopausa e outros de ordem ginecológica<sup>20</sup>.

### **Potencialidades, êxitos e desafios na implementação de PICs na atenção básica**

É cada vez maior a multidisciplinaridade na realização de PICs grupais. Autores destacam a ampla participação de Agentes Comunitários de



Saúde (ACSS) nesse contexto, sendo profissionais de grande potencialidade, pois são membros tanto da equipe quanto da comunidade<sup>13</sup>.

Muitas das PICs são inseridas na prática pelos profissionais que acreditam em formas diferentes de assistência e que buscam melhoras nos serviços<sup>13</sup>.

É evidente a importância de abordar PICs nas graduações na área da saúde, de forma que os profissionais recém-formados já adentrem a prática profissional inteirados dessas abordagens e sua aplicabilidade<sup>20</sup>. No Brasil, algumas universidades federais ofertam disciplinas eletivas de homeopatia e acupuntura nos cursos de Medicina<sup>14</sup>.

Faz-se necessário ampliar os recursos para atividades de promoção de saúde, assim como ofertar suporte técnico para elas<sup>8</sup>. A educação permanente é uma importante estratégia para incorporar as PICs na atenção básica e repensar a centralidade dos médicos e da medicação como únicos responsáveis por buscar solucionar problemas de saúde. Supõe-se que o oferta das PICs no sistema de saúde está associada ao apoio da gestão e ao interesse dos profissionais<sup>14</sup>. A divulgação da PNPIC é importante, tanto para profissionais quanto para usuários dos serviços<sup>16</sup>. Também são pertinentes pesquisas científicas nessa área, para que se possa examinar as potencialidades, os benefícios e limites das práticas<sup>21</sup>.

Para estabelecer as PICs na atenção básica, é necessário considerar todo o processo que envolve política, gestão, recurso humano, cultura do local, cultura da organização do trabalho, recursos disponíveis, entre outros. A colaboração participativa na consolidação das PICs é importante, pois subsidia a mudança de pensamento e a consequente mudança de cultura<sup>22</sup>. A implementação bem-sucedida das PICs tem relação com quatro pontos principais: a disposição dos usuários em receber esses serviços; a percepção de médicos sanitários sobre saúde e sua abertura para as práticas complementares; apoio das categorias profissionais que pretendem ampliar suas possibilidades de intervenção;

a ideologia contida nas PICs, que condiz com a integralidade proposta no SUS<sup>9</sup>.

Além da inserção das PICs diretamente nas Unidades Básicas de Saúde, outra estratégia utilizada para ofertar as práticas no SUS é a criação de centros especializados nesse serviço<sup>7</sup>.

É necessário atentar para que a essência da PNPIC não se perca, que esse modelo complementar de assistência não se torne mais uma prestação de serviço mecânico e técnico, sem considerar toda a complexidade de fatores envolvida na saúde<sup>1</sup>.

Sugere-se capacitar os ACSS para informar a população sobre a importância das PICs, ampliando as possibilidades de autocuidado e trazendo mais alternativas para promoção de saúde. Para os autores, não apenas os ACSS, mas todos os profissionais da saúde devem ser incentivados a ampliar sua perspectiva a respeito da saúde, com a finalidade de compreender que o modelo biomédico pode não ser capaz de isoladamente solucionar uma diversidade de problemas<sup>10</sup>. As PICs já fazem parte do SUS, dessa forma, o próximo passo é trazê-las para perto dos profissionais, inserindo-as em seus contextos de atuação<sup>21</sup>. É, portanto, um desafio sensibilizar usuários e profissionais, assim como capacitar as equipes para o uso das práticas<sup>8</sup>.

A implementação das PICs na atenção básica representa a adesão de uma postura mais integral e abrangente, que vai além da biomedicina e considera o sujeito em sua totalidade emocional, social e cultural, adotando uma abordagem multidisciplinar<sup>9</sup>.

### **Dificuldades e fragilidades referidas quanto à implementação das PICs na atenção básica**

Apesar de as PICs fazerem parte do serviço de saúde, estão às margens dele. Pesquisadores se referem à falta de apoio da gestão e das instituições que formam profissionais. A carência de recursos materiais, de infraestrutura e a fragilidade do trabalho em equipe afetam significativamente a implementação

das PICs<sup>13</sup>. Foram identificados dois aspectos negativos da implantação na atenção básica, sendo eles o pouco planejamento e uma noção simplista do que são as PICs, e o entendimento errôneo sobre doença. O estudo também sugere a criação de uma coordenação de PICs, que seja capaz de planejar adequadamente a gestão das práticas<sup>9</sup>.

Considera-se que a PNPIC favoreceu o registro das práticas nos sistemas de informação, entretanto, não há uma definição exata do que pode ser registrado como PIC. Essa indefinição pode apresentar impasses para a inserção das práticas no serviço de saúde<sup>7</sup>. Outros autores reforçam esse entendimento, expondo que as Portarias nº 971, de 2006, e nº 853, de 2006, são pouco esclarecedoras sobre o que pode ser registrado como prática corporal e outras técnicas, o que torna os registros pouco específicos. A mensuração e a avaliação ainda constituem um desafio, pois existe discrepância entre o que é produzido e o que é registrado nos sistemas de informação<sup>14</sup>.

A atuação profissional exerce significativo impacto quando o assunto é dificuldade na implementação das PICs. Destaca-se que os cursos de graduação nem sempre preparam os acadêmicos de Medicina para prescrição de fitoterápicos, sendo assim, eles já vêm para a prática com esse déficit formativo<sup>20</sup>. Uma investigação possibilitou identificar que muitos profissionais não compreendem a perspectiva da promoção de saúde relacionada às PICs, confundindo o conceito com o da prevenção de agravos<sup>7</sup>.

Nota-se que há desconhecimento dos profissionais quanto ao tema, o que revela necessidade de capacitação e maior divulgação do assunto<sup>17</sup>. Segundo estudo, os benefícios dessas terapias devem ser mais divulgados, especialmente aos médicos<sup>16</sup>. Sobre isso, considera-se que a ciência médica ainda apresenta desconfiança sobre as PICs<sup>21</sup>. Autores citam que muitos pacientes não informam seus médicos sobre a utilização de medicinas complementares e alternativas, por receio de comprometer o tratamento realizado<sup>12</sup>.

Sobre a capacitação em PICs, observa-se que a maioria dos cursos é ofertada por instituições de cunho privado, dessa forma, a ausência de investimento na formação de profissionais para as PICs dificulta o aumento da sua oferta na saúde pública<sup>14</sup>.

Por outro lado, os profissionais que possuem formação na área de PICs nem sempre têm acesso a espaço físico e materiais para executar suas ações; muitas vezes, não possuem nem autorização para fazê-las. Resulta disso que tais profissionais acabam por transferir suas práticas ao serviço privado<sup>17</sup>. As práticas estão sendo difundidas e amplamente utilizadas, mas se tornam de difícil acesso em razão do alto custo<sup>10</sup>.

Observam-se fragilidades nas PICs em atividades grupais, pois muitas vezes não estão previstas como parte do serviço de saúde. Dessa maneira, podem aparentar um trabalho invisível ou menos importante que os demais. Além disso, a relação verticalizada entre o profissional e a comunidade pode dificultar as ações coletivas<sup>13</sup>. Muitas vezes, os profissionais da atenção básica apresentam uma postura menos horizontalizada do que os de atenção secundária, como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial<sup>23</sup>. Outras fragilidades na efetivação das atividades coletivas são: falta de sensibilização dos médicos para a importância da recomendação dessas atividades aos seus pacientes; falta de adesão de profissionais na execução das ações; falta de capacitação da equipe para exercer educação em saúde<sup>8</sup>.

### **Percepção dos usuários/profissionais sobre PICs**

É possível perceber nos resultados dos artigos objeto desta pesquisa que as atividades coletivas ofertadas pelas equipes de saúde são percebidas positivamente pela comunidade. A horta comunitária é descrita como uma atividade terapêutica que envolve participação efetiva das pessoas em um espaço saudável, de bem-estar, onde ocorre integração entre comunidade e serviço de saúde<sup>8</sup>.

A terapia comunitária aparece na produção pesquisada como outra forma de estabelecer e fortalecer vínculos, além de incentivar a autonomia da comunidade. O terapeuta comunitário, apesar de orientar o andamento do grupo, não está em uma posição de superioridade ou de detenção do conhecimento, mas assume uma posição de igualdade com os demais. Nesse sentido, o terapeuta comunitário é percebido como “alguém que humaniza as relações interpessoais no setor saúde”<sup>23(1)</sup>.

Os artigos analisados possibilitam constatar que tanto os profissionais quanto os usuários buscam as PICs como forma de melhorar a saúde<sup>19</sup>. No caso dos profissionais, as residências e demais especializações na área de saúde da família e comunidade podem estar relacionadas à boa aceitação das PICs por eles<sup>17</sup>.

Encontra-se, ainda, que a insatisfação com o modelo biomédico, com seus métodos invasivos, com altos custos, foco na doença e impessoalidade, é uma motivação significativa para o interesse pelas PICs<sup>17</sup>.

### **Mobilização, autonomia e controle social**

Por meio das análises empreendidas nos artigos selecionados, observa-se que o trabalho coletivo representa um significativo potencial na atenção básica. Os grupos são contextos favoráveis para produzir saúde<sup>13</sup>. Ao reunir um grupo, tem-se potencial de realizar construções coletivas, onde se pode discutir sobre saúde, autocuidado, alimentação, entre outros. Esses encontros podem proporcionar bem-estar, pois o sujeito encontra um tempo para si, reflete sobre a própria saúde, à medida que se relaciona com o meio social. A integração e o envolvimento na atividade coletiva criam sentimento de pertencimento e fazem o usuário se aproximar da equipe de saúde<sup>8</sup>.

Foi observado nos artigos analisados que usuários de terapia floral se apresentaram mais participativos no seu próprio cuidado e que estabelecem uma relação mais horizontal com o profissional. Segundo os autores, essa relação

ocorre através do diálogo e da possibilidade de escolha, algo que difere do assistencialismo<sup>1</sup>. Ainda nesse sentido, a humanização deve estar orientada por

autonomia, corresponsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão<sup>1(652)</sup>.

A terapia comunitária aparece nos artigos como uma abordagem que por si só expressa o mais puro significado de autonomia e participação, onde os usuários, por meio de sua relação com outros membros da comunidade, estabelecem vínculos de suporte mútuo<sup>23</sup>.

A horta comunitária, conforme referem os autores dos artigos, representa uma técnica rica para abordar saúde no âmbito integral. Para os autores, o cultivo de plantas medicinais e alimentos orgânicos por si só é uma atividade promotora de saúde, que origina espaços para a criação de hábitos saudáveis e capacitação da comunidade para fazer uso desses recursos. Prosseguem afirmando que o trabalho conjunto e o estreitamento das relações entre Unidade Básica de Saúde e a população também são importantes para efetivação das propostas da atenção básica e da PNPIC<sup>8</sup>.

Encontra-se nos artigos, ainda, que a horta propicia busca de conhecimentos, reflexão sobre preservação dos recursos naturais, combate ao desperdício, alimentação e os hábitos saudáveis, além da participação e do controle social. Diversas demandas podem ser trabalhadas nesse meio, tanto no âmbito da saúde física quanto mental e social<sup>8</sup>.

### **Considerações finais**

O presente estudo buscou conhecer as características da produção brasileira sobre PICs na atenção básica, identificar as tendências dessas pesquisas, registrar seus principais resultados e avaliar as características da utilização das práticas.

Considera-se que profissionais e usuários buscam nas PICs possibilidades de melhoria da saúde e da qualidade de vida. Nesse sentido, a insatisfação de muitos usuários com o modelo biomédico pode ampliar o interesse pelas PICs, como suporte para a assistência em saúde. A autonomia dos usuários em optar pelos tratamentos complementares os faz sentir protagonistas e corresponsáveis pelo próprio cuidado. Nesse aspecto, as atividades grupais são percebidas positivamente, em razão de representarem contextos favoráveis à produção de saúde, compartilhamento e participação social, assim como de fortalecimento da relação horizontal usuário-serviço.

Assim entende-se que as pesquisas brasileiras acerca das PICs tendem a crescer conforme se mostram os êxitos dessas práticas na saúde pública. Os estudos qualitativos têm destaque por avaliarem as questões subjetivas resultantes da oferta desses serviços, tendo em vista que as PICs favorecem a saúde mental e despertam o autocuidado. Percebe-se através dos estudos que, mesmo havendo uma política nacional estabelecida, as PICs, em muitos contextos, são implementadas de maneira independente pelos próprios profissionais interessados, frequentemente não havendo planejamento da gestão nem recursos disponíveis para sua realização. Por esse motivo, os estudos na área de planejamento, implementação e gestão das PICs podem ser tendência para os próximos anos, apoiando o crescimento e a qualidade da oferta.

A formação dos profissionais para aplicação e fomento das PICs no SUS deve receber

especial atenção, pois, mesmo que não se trate de procedimentos invasivos ou de alto risco, devem ser administrados com responsabilidade, compreendendo as potencialidades e os limites oferecidos por essas terapias, que precisam ser incluídas nos serviços com o devido planejamento e objetivos claros, de forma a evitar a banalização ou o mau uso desses tratamentos, os quais são tão sérios quanto os demais.

Conclui-se, com base nos resultados dos artigos publicados entre 2006 a 2016, que as PICs não devem ser vistas como uma estratégia para reparar ou substituir os elementos do sistema que não funcionam de maneira satisfatória, visto que elas próprias possuem diversas limitações. Essas práticas se apresentam no SUS como complemento a uma assistência em saúde que já exerça bom funcionamento, dessa forma, podem vir a contribuir para complemento e melhoramento de uma assistência já efetiva, oferecendo estratégias de autocuidado, promoção de saúde e qualidade de vida. Os artigos analisados também levam a crer que as PICs têm amplo potencial de melhoramento dos serviços de saúde, não apenas da atenção básica, mas também em outras instâncias.

## Colaboradores

Aguiar J (0000-0002-4612-3968)\*, Kanan LA (0000-0001-6412-0544)\* e Masiero AV (0000-0002-2611-4108)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Magalhães MGM, Alvim NAT. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. Esc. Anna Nery. [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 21]; 17(4):646-653. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000400646&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400646&lng=en&nrm=iso).
2. Telesi Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estud. Av. [internet] 2016 [acesso em 2017 nov 4]; 30(86):99-112. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100099](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
4. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. [acesso em 2020 fev 11]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/pics>.
5. Araújo CA. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. Em Questão. [internet] 2006 [acesso em 2017 nov 4]; 12(1):11-32. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/4656/465645954002/>.
6. Ferraz APCM, Belhot RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gest. Prod. [internet] 2010; 17(2):421-431.
7. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. Interface Botucatu [internet]. 2014 [acesso em 2017 out 21]; 18(49):261-272. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso).
8. Costa CGA, Garcia MT, Ribeiro SM, et al. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2015 [acesso em 19 mar 19]; 20(10):3099-3110. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003099&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003099&lng=en&nrm=iso).
9. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 16]; 16(3):1793-1800. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300015&lng=en&nrm=iso).
10. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Souza MA, et al. As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. Rev. Enferm. UERJ [internet] 2009 [acesso em 2018 abr 21]; 17(1):75-80. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a14.pdf>.
11. Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AAS, et al. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. J Bras. Psiquiatr. [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 7]; 57(4):233-239. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852008000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400002&lng=en&nrm=iso).
12. Fontanella F, Speck FP, Piovezan AP, et al. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. Arquivos Catarinenses de Medicina [internet]. 2007 [acesso em 2018 abr 21]; 36(2). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=464650&indexSearch=ID>.
13. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estud. Psicol. (Natal) [internet]. 2016 [acesso em 2018 mar 14]; 21(3):272-281. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

- php?script=sci\_arttext&pid=S1413-294X2016000300272&lng=en&nrm=iso.
14. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2019 mar 21]; 28(11):2143-2154. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en&nrm=iso).
15. Rodrigues-Neto JF, Lima LS, Rocha LF, et al. Uso de práticas integrativas e complementares (PIC) por pacientes adultos infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no norte de Minas Gerais. *Rev. Baiana Saúde Pub.* [internet]. 2010 [acesso em 2019 abr 28]; 34(1):159-172. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1457.pdf>.
16. Marques LAM, Vale FVVR, Nogueira VAS, et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. *Physis* [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 30]; 21(2):663-674. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200017&lng=en&nrm=iso).
17. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 23]; 45(2):249-257. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso).
18. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 21]; 18(1):213-220. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en&nrm=iso).
19. Machado DC, Czermainski SBC, Lopes EC. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. *Saúde debate* [internet]. 2012 [acesso em 2018 mar 21]; 36(95):615-623. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400013&lng=en&nrm=iso).
20. Varela DSS, Azevedo DM. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. *Trab. Educ. Saúde.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 mar 19]; 12(2):273-290. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200004&lng=en&nrm=iso).
21. Neves RG, Pinho LB, Gonzáles RIC, et al. O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* (Online) [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 15]; 4(3):2502-2509. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140124>.
22. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2012 [acesso em 2018 mar 21]; 17(11):3011-3024. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en&nrm=iso).
23. Padilha CS, Oliveira WF. Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 21]; 18(8):2211-2220. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800005&lng=en&nrm=iso).

---

Recebido em 07/03/2019  
Aprovado em 09/09/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Cultura dos povos originários da floresta amazônica na gestação e no puerpério: uma revisão de escopo sob o ponto de vista da segurança alimentar e nutricional

*Culture of people originating from the Amazon rainforest during pregnancy and the puerperium: a scope review from the point of view of food and nutrition security*

Angélica Baptista Silva<sup>1</sup>, Ianê Germano de Andrade Filha<sup>1</sup>, Katherine Mary Marcelino Benevides<sup>2</sup>, Deborah Moraes da Silva<sup>3</sup>, Pedro Máximo de Andrade Rodrigues<sup>4</sup>, Sandra Cavalcante Silva<sup>2</sup>, Martha Inés Camargo Garzón<sup>5</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912319

**RESUMO** A desnutrição na população indígena é um problema de saúde pública atual e uma das principais causas de morbimortalidade das crianças desses grupos no Brasil. Para subsidiar ações de promoção da educação alimentar e nutricional, abrangendo povos da floresta do estado do Amazonas, Brasil, cujo território faz fronteira com a Colômbia, além da visita de campo em 2018, fez-se necessário, concomitantemente, mapear na literatura como essa população vive e de que maneira o cuidado é prestado. A revisão de escopo buscou tópicos referentes ao modo de vida das mulheres e crianças na Amazônia, à dieta durante o período gestacional e do puerpério, a práticas de aleitamento, à introdução de alimentos sólidos ao bebê e aos cuidados dos serviços de saúde. Como resultado, foram recuperados 21 estudos multidisciplinares. Encontrou-se que a comida tradicional tem valor nutricional maior do que a industrializada, a culinária local é uma fonte de renda das mulheres indígenas no meio urbano e um elo entre etnias. Conclui-se que as pesquisas devem incorporar o paradigma da promoção da saúde e abranger temas como a aculturação indígena nos centros urbanos amazônicos, a chegada da internet nas aldeias e o papel do cuidado à distância, que necessitam ser investigados para melhor enfrentamento do problema.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde de populações indígenas. Saúde da mulher. Saúde da criança. Segurança alimentar e nutricional. Telessaúde.

**ABSTRACT** *Malnutrition in the indigenous population is a current public health problem and a major cause of morbidity and mortality of children in these groups in Brazil. In order to support actions to promote food and nutrition education, including forest peoples from the state of Amazonas, Brazil, whose territory borders Colombia, in addition to the field visit in 2018, it was necessary, at the same time, to map the literature as this one. Population lives and how care is provided. The scope review sought topics related to the lifestyle of women and children in the Amazon, diet during pregnancy and the postpartum period, breastfeeding practices, the introduction of solid foods to the baby, and the care of health services. As a result, 21 multidisciplinary studies were retrieved. Traditional food has been found to have higher nutritional value than industrialized food, and local cuisine is a source of income for indigenous women in the urban environment and a link between ethnicities. It is concluded that the researches should incorporate the health promotion paradigm and cover themes such as indigenous acculturation in the Amazonian urban centers, the arrival of the internet in the villages and the role of distance care, which needs to be investigated to better address the problem.*

**KEYWORDS** *Health of indigenous peoples. Women's health. Child health. Food and nutrition security. Telemedicine.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [silva.angelica@gmail.com](mailto:silva.angelica@gmail.com)

<sup>2</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (Susam) - Manaus (AM), Brasil.

<sup>3</sup>Faculdade Martha Falcão (FMF) - Manaus (AM), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade do Estado do Amazonas (UEA) - Manaus (AM), Brasil.

<sup>5</sup>Governo da Cundinamarca - Bogotá, Colômbia.



## Introdução

O estado com o maior número de indígenas no Brasil é o Amazonas, representando 55% do total da região Norte. A literatura evidencia um perfil nutricional e antropométrico com elevadas prevalências de *deficits* de estatura e desnutrição nas crianças indígenas, associado a más condições socioeconômicas e ambientais<sup>1</sup>.

A desnutrição na população indígena do País é um problema de saúde pública e uma das principais causas de morbimortalidade das crianças desses povos<sup>2</sup>. Outras causas que elevam as taxas de mortalidade indígena são as doenças infecciosas e parasitárias. A anemia, um dos agravos que acompanham a desnutrição, apresenta grande relevância no estado nutricional da população infantil. A prevalência de anemia no I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (I INSNPI) foi de 51,2% na população infantil indígena brasileira e de 66,4% para população infantil indígena da região Norte<sup>3</sup>. Essa carência nutricional é mencionada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos maiores desafios de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento<sup>4</sup>.

Ao mesmo tempo que se convive com casos de desnutrição e anemia, emergem os casos de sobrepeso e obesidade, principalmente entre o sexo feminino. E se as doenças infecciosas ainda continuam a ocupar um papel dominante, por outro lado, percebe-se crescimento na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Esse cenário permite vislumbrar que os povos indígenas amazônicos estão passando por um processo de transição nutricional<sup>5</sup>.

De acordo com alguns estudos, esse processo tem ocorrido devido à acelerada adoção de alimentos ultraprocessados, em detrimento da alimentação tradicional indígena, aliada às mudanças no padrão de atividade física e inserção do hábito de fumar e consumir bebidas alcoólicas<sup>6</sup>. Os resultados apresentados no inquérito nutricional dos povos indígenas sobre o cuidado pré-natal evidenciaram condições

menos satisfatórias na macrorregião Norte. Fato relevante reportado foi que o percentual de crianças que nunca foram amamentadas foi menor na região.

Frente à especificidade da promoção da saúde entre a população indígena na floresta amazônica, cujo bioma extrapola fronteiras, vislumbrou-se a necessidade de atividades de educação permanente junto aos profissionais de saúde da atenção básica e às parteiras que atuam com os povos indígenas na região, com abordagens integradas, multidisciplinares e plurinacionais.

Esta pesquisa-ação, nesse contexto, volta-se para a promoção da educação alimentar e nutricional, a adequação nutricional da população indígena, abrangendo povos da floresta do Amazonas, cujo território faz fronteira com a Colômbia. Desde 2018, são feitas palestras para os núcleos de telessaúde de todos municípios do estado do Amazonas, abordando os tópicos relacionados à estimulação para amamentação exclusiva, à melhoria das condições de saneamento e à prevenção dos casos de doenças infecciosas e parasitárias, com o intuito de promover, assim, o acesso à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Porém, para realizar esta pesquisa, fez-se necessário mapear anteriormente como essa população vive e de que maneira o cuidado é prestado no território, com olhar multidisciplinar, bem como visita local em campo nos municípios de São Gabriel da Cachoeira (AM), Tabatinga (AM) e Leticia (Colômbia).

Esta revisão provém da pesquisa denominada 'Grupo de Interesse Especial Tel@ Amazônia: Avaliação da Telessaúde para Segurança Alimentar e Nutricional de mães e bebês da floresta', cujo objetivo geral é contribuir para a promoção da saúde com foco no fortalecimento da assistência à mulher e à criança nas redes de serviços de cuidados integrais à saúde, no que diz respeito à segurança alimentar e nutricional dos povos da floresta.

A finalidade da revisão é reunir subsídios para realizar os seguintes objetivos específicos: capacitar os profissionais de saúde da atenção básica e as parteiras que assistem mulheres e crianças menores de cinco anos



para exercerem a vigilância alimentar e nutricional nos serviços de saúde; monitorar e avaliar a intervenção em telessaúde no que diz respeito à adequação nutricional da população assistida e ao aprimoramento de práticas assistenciais e contribuir para elaboração de cardápios baseados em práticas alimentares saudáveis, respeitando a diversidade cultural, e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

## Material e métodos

O mapeamento de literatura foi feito com base na metodologia de revisão de escopo. As Revisões de Escopo (RE) têm grande utilidade para sintetizar evidência de pesquisa. Pesquisadores recorrem a esse tipo de revisão a fim de mapear a literatura existente em termos de sua natureza, características e volume. Por isso, são chamadas, também, de revisões de mapeamento<sup>7</sup>.

As vantagens do estudo de escopo, também conhecido como *scoping study* ou *scoping review*, são identificar os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento; examinar a extensão, o alcance e a natureza da investigação; sumarizar e divulgar os dados de um estudo específico e iluminar as lacunas de pesquisas existentes no tópico em questão.

Recorre-se especialmente a esse tipo de revisão de literatura para reconhecimento de áreas emergentes, também a fim de compreender as definições da pesquisa e os limites conceituais de determinado tema. Diferem-se das revisões sistemáticas por incluir documentos da literatura cinza, não indexada, inclusive relatórios de pesquisas em curso.

Adotou-se, com adaptações, o percurso metodológico recomendado pelo Instituto Joanna Briggs<sup>8</sup>: definição da questão, critérios de elegibilidade dos documentos, definição de tipo de participantes dos estudos coletados, delineamento do conceito e contexto da revisão, escolha de base de dados para busca, preenchimento de planilha com campos de

extração, leitura dos documentos recuperados por revisores duplo-cego e análise dos resultados. Sendo assim, as questões de pesquisa, que guiaram esta revisão, foram:

1. Como as gestantes, mães e bebês indígenas vivem no território amazônico?
2. Como é a cultura alimentar e nutricional de mulheres indígenas durante o período gestacional e no puerpério?
3. Como é a dieta dos bebês indígenas com idade entre 0 e 5 anos?
4. Como os profissionais da atenção básica lidam com a cultura alimentar e nutricional indígena?

Três duplas de revisores, também membros da equipe da pesquisa multidisciplinar, receberam um protocolo da revisão, um formulário com campos de extração numa planilha eletrônica e um conjunto de artigos recuperados.

Os critérios de inclusão e elegibilidade foram que a população do estudo selecionado deveria se autodeclarar indígena; morar ou percorrer (pois algumas etnias vão se deslocando pela floresta, morando temporariamente em sítios variados) dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), Alto Rio Negro e Alto Rio Solimões, que estão na fronteira com a Colômbia. Documentos com profissionais de saúde também deveriam respeitar esse critério territorial. Foram coletados estudos em português, inglês e espanhol.

Quanto à tipologia de participantes dos registros recuperados, os revisores escolheram documentos cujo conteúdo envolvia:

- Mulheres indígenas no período da gestação e/ou que sejam mães de bebês de até 5 anos de idade.
- Bebês e crianças indígenas com idade entre 0 e 5 anos.

- Profissionais de saúde (Equipes do Programa Saúde da Família, profissionais de atenção básica das unidades de saúde, profissionais da Casa de Saúde Indígena, Casai, de polos-base em aldeias e agentes indígenas de saúde), lidando diretamente com gestantes, mães e bebês de 0 a 5 anos de idade.

- Alimentação de mulheres indígenas no período da gestação e/ou que sejam mães de bebês de até 5 anos de idade.

- Alimentação de bebês e crianças indígenas na faixa de 0 a 5 anos.

O conceito disseminado aos revisores sobre essa revisão foi o processo de cuidado, envolvendo os serviços de saúde de atenção básica (pré-natal e a puericultura), a população indígena, com enfoque no aconselhamento nutricional, e a segurança alimentar, entendendo o cuidado como uma complexa trama de procedimentos e saberes em que se fundem o respeitar, o atender e o acolher o ser humano em geral, cujo sofrimento é consequência de sua fragilidade social<sup>9,10</sup>. O contexto do estudo é a saúde da mulher e da criança indígena, no que tange à SAN dos povos da floresta amazônica brasileira e colombiana.

Quanto à busca empreendida, foram rastreadas, em janeiro de 2019, as seguintes bases de dados: Pubmed/Medline, Embase, (ambas no contexto biomédico), Web of Science, Scopus e Scientific Electronic Library Online – SciELO (bases multidisciplinares), Social Service Abstracts e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs (estas duas com vistas a contemplar textos oriundos das ciências sociais e da antropologia, bem como produções das instituições de pesquisa da América Latina e Caribe), sem restrição quanto a data.

Os campos de extração para os artigos foram: base de extração; autores; título; ano; periódico; tipo de publicação e idioma. Na planilha, havia seis perguntas sobre o estudo, sendo estas:

- Tem como objeto a população indígena amazônica?

- Tem como objeto gestantes, mães e bebês indígenas que vivem no território amazônico?

- Descreve como é a cultura alimentar e nutricional de mulheres indígenas durante a gravidez?

- Descreve como é a dieta dos bebês indígenas com idade entre 0 e 5 anos?

- Apresenta dados da região Norte do Brasil?

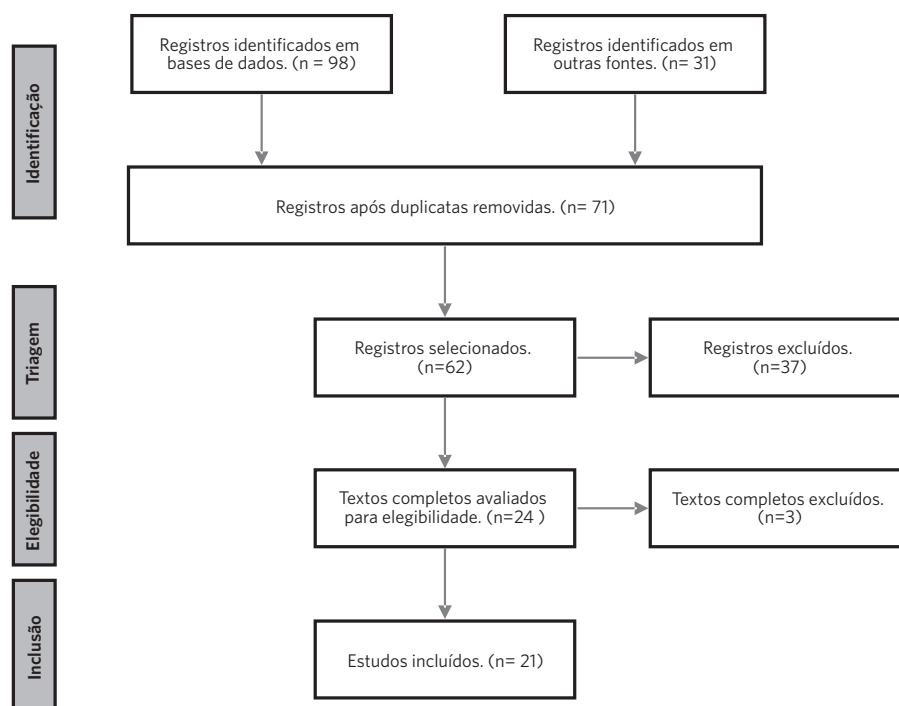
- Considerando os critérios de elegibilidade estabelecidos, o artigo pode ser incluído?

Cada pergunta afirmativa correspondeu a um ponto num *ranking* de 0 a 6. Todos os textos pontuados foram lidos na íntegra e preenchidos nos campos resumo e destaques para revisão. Para cada questão de pesquisa, foram delineadas uma ou duas estratégias bibliométricas, com pequenas adaptações, de acordo com as bases (vide material suplementar).

## Resultados

Foram selecionados e lidos na íntegra 21 documentos, sendo eles: um livro, uma dissertação de mestrado, um resumo de comunicação oral em congresso internacional, um relatório de pesquisa e 18 artigos (*figura 1*).

Figura 1. Diagrama de fluxos de busca na literatura e inclusão de artigos

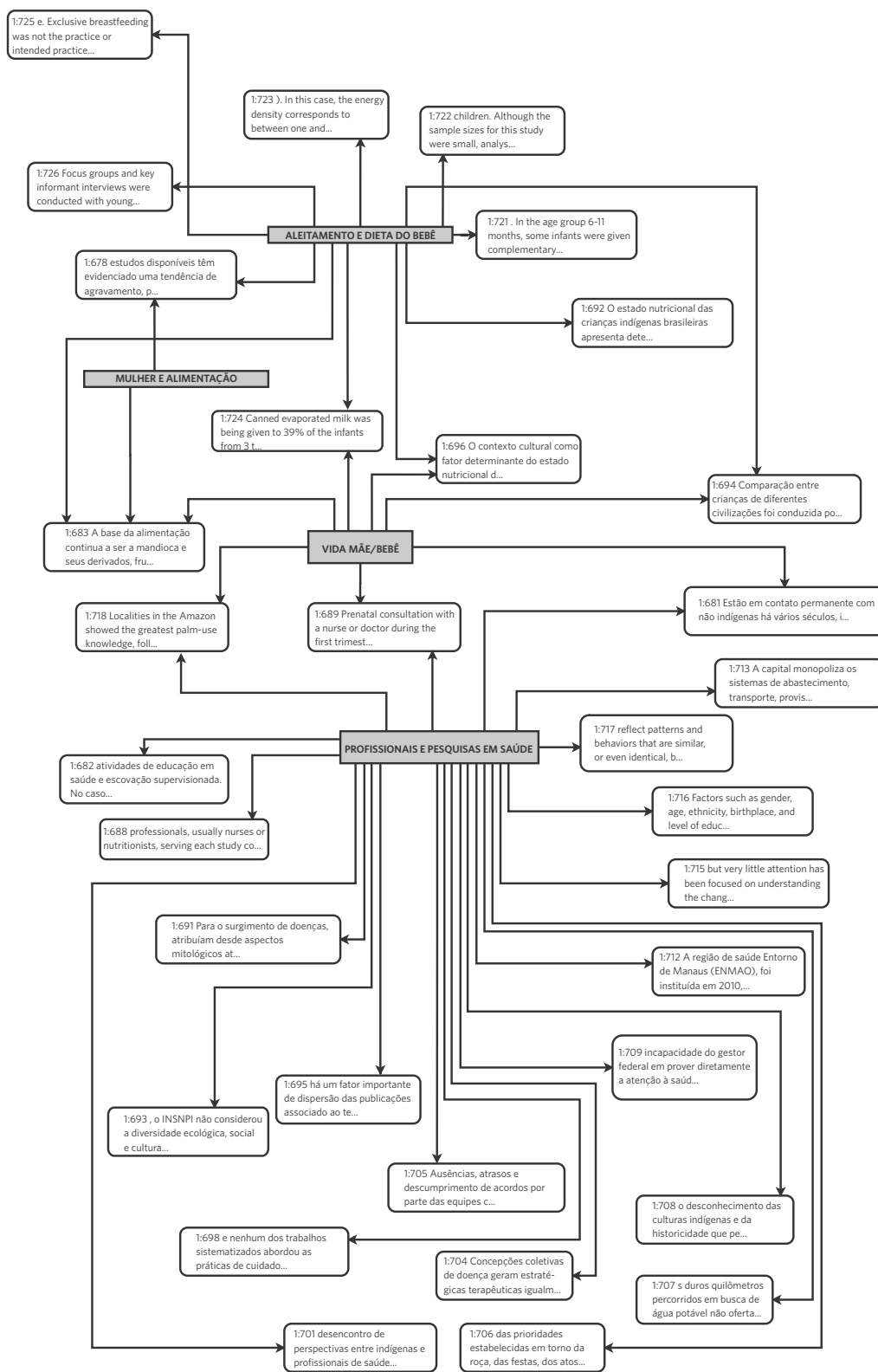


Fonte: Elaboração própria, com base em Peters MDJ et al.<sup>8</sup>.

Entre os textos completos recuperados, onze foram escritos em português, oito em inglês e dois em espanhol. Quanto à densidade das quatro questões de pesquisa na literatura, pode-se obter mais informação diversificada sobre a vida da mãe e do bebê na floresta – 27 ocorrências; sobre a atuação de profissionais

de saúde e as metodologias de pesquisa na saúde indígena – 21; aleitamento e dieta do bebê – 11; e menos informação sobre a mulher e alimentação – 4. Vale ressaltar que houve estudos que abordaram mais de uma questão de pesquisa (*figura 2*).

Figura 2. Mapeamento de eixos temáticos e fragmentos dos textos analisados em destaque



Fonte: Elaboração própria, com auxílio do software Atlas.ti.

As metodologias utilizadas nos estudos selecionados (*quadro 1*) apontam para uma possível padronização que permite a comparação de como o conhecimento tradicional é influenciado e modificado nessas comunidades. A agregação territorial por áreas, distritos ou municípios influencia as análises, os resultados e as conclusões das pesquisas significativamente. Considerou-se, para fins de classificação, como triangulação de

métodos o estudo que comporta a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a realização de atividades de pesquisas quantitativas e qualitativas, a fim de analisar o contexto da história, das relações e das representações e relacionar a visão de vários informantes. A triangulação implica o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados, que acompanha o trabalho de investigação<sup>11</sup>.

Quadro 1. Quadro síntese dos artigos recuperados

Título	Autores	País de Origem	Ano	Tipo de Estudo	Etnias
Comidas Tradicionais Indígenas do Alto Rio Negro	Garnelo L, Baré, GB.	Brasil	2009	Etnográfico com pesquisa	Baniwa, Tukano, Piratuapua, Hupde, Tariano, Dessano, Curipako, Warekena, Tuyuka, Wanano, Cubeu, Arapaço, Yepamassã, Makunambé, Miriti tapuia, Siriano, Karapana, Maku, Barasána, Juriti, Bara, Makuna, Makuxi, Ticuna, Yanomami, Daw, Silcy-tapuya, Hupdes, Urubu
Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas	Cardoso A et al.	Brasil	2009	Transversal de base populacional nacional	Cerca de 200 etnias
Condiciones de seguridad alimentaria en una comunidad indígena de Colombia	Farfán JCC, Torres DA, Gómez MNP, Tamayo MPQ.	Colômbia	2018	Exploratório e qualitativo	Tama
Conflict or congruence? Maternal and infant-centric factors associated with shorter exclusive breastfeeding durations among the Tsimane	Martin MA, Garcia G, Kaplan HS, Gurven MD.	EUA e México	2016	Longitudinal, abordagem etnográfica com triangulação de métodos	Tsimane
Crianças indígenas brasileiras: revisão dos estudos sobre o estado nutricional	Pedraza DF et al.	Brasil	2014	Revisão de literatura	Aruak, Aueti, Baniwa, Baré, Calapalo, Camaiurá, Coicuro, Dessana, Guaraní, Guarita, Lualapiti, Kaiowá, Kamaiurá, Kayabi, Maroxewara, MatipuNafuquá, Meinaco, Munduruku, Parakanã, Paranatanga, Parkatêjê, Piratapuya, Tariana, Teréna, Teréna, Tikuna, TrumaiTrumai, Tukano, Tupí-Mondê, Uaurá, Wari', Xavante, Xingu.
Nutrition in Transition: Dietary Patterns of Rural Amazonian Women During a Period of Economic Change	Piperata BA, Ivanova SA, Veiga PDGG, Polsky A, Spence JE, Murrieta RSS.	EUA, Portugal e Brasil	2011	Longitudinal	-
Gendering local knowledge: medicinal plant use and primary health care in the Amazon	Wayland C.	EUA	2001	Abordagem etnográfica com triangulação de métodos	-
Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. Posfácio	Garnelo L.	Brasil	2014	Ensaio crítico. Síntese de painel científico	-

Quadro 1. (cont.)

Título	Autores	País de Origem	Ano	Tipo de Estudo	Etnias
Modernization is associated with intensive breastfeeding patterns in the Bolivian Amazon	Veile A, Martin M, McAllister L, Gurven M.	EUA	2014	Análise de base de dados e pesquisa de campo etnográfica	Tsimane
The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results	Coimbra CEA et al.	Brasil	2013	Síntese de estudo transversal de base populacional nacional e comparação com literatura	Cerca de 200 etnias
Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena	Garnelo L.	Brasil	2011	Observação participante das práticas sanitárias à luz da antropologia da doença e da teoria da representação social	Baniwa
A classificação dos domicílios 'indígenas' no Censo Demográfico 2000: subsídios para análise das condições de saúde	Marinho GL.	Brasil	2010	Transversal a partir de base de dados secundária (Censo Demográfico 2000) com análise	-
Infant and young child feeding in the Peruvian Amazon: the need to promote exclusive breastfeeding and nutrient-dense traditional complementary foods	Roche ML, Creed-Kanashiro HM, Tuesta I, Kuhnlein HV.	Canadá e Peru	2010	Transversal. Entrevistas com informantes-chave, composição de tabela de ingestão calórica e acompanhamento antropométrico	Awajún
Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas	Carneiro MCG et al.	Brasil	2008	Transversal. Entrevistas com a equipe de saúde bucal local	Baniwa
Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios	Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO.	Brasil	2017	Estudo de caso. Pesquisa qualitativa, descritivo-analítica	-
The Socioeconomic Factors and the Indigenous Component of Tuberculosis in Amazonas	Castro DB, Pinto RC, Albuquerque BC, Sadahiro M, Braga JU.		2016	Ecológico baseado em dados secundários da vigilância epidemiológica da tuberculose	-
The influence of socioeconomic factors on traditional knowledge: a cross scale comparison of palm use in northwestern South America	Paniagua-Zambrana NY, Camara-Lerét R, Bussmann RW, Macía MJ.		2014	Triangulação de métodos	Tikuna
Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil	Melo TEMP, Resendes APC, Souza-Santos R, Basta PC.	Brasil	2012	Ecológico de dados agregados por áreas.	-
Condições sanitárias e socioambientais em lauretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM	Gaiatti LL et al.	Brasil	2007	Triangulação de métodos com georreferenciamento, mapas falantes e observação participante.	-
Aproximación a la niñez indígena de Colombia-Saberes y prácticas en salud	Ochoa-Acosta EM, Quintero-Mejía M.	Colômbia	2018	Revisão de fontes primárias e secundárias	-
Epidemiology and economic impact of cervical cancer in the state of Roraima (Brazilian amazonic region): The perspective of Brazilian unified health system	Balbinotto G, Jardim A.	Brasil	2012	Transversal a partir de base de dados secundária (base de dados de exames histopatológicos) com análise.	-

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do software Atlas.ti.

## Discussão

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões tem uma população de cerca de 54 mil indígenas, divididos por treze etnias: Aconã, Ahanenawa, Hengatúm, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Kocama, Maku, Marubo, Mayoruna, Ticuna, Tukano, Witoto. São 189 aldeias, situadas em sete municípios. O Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro tem uma população de 36.390 indígenas, distribuídos pelas seguintes etnias: Ahanenawa, Amawáka, Arapaço, Arara, Baniwa, Bara, Barasána, Bare, Columbiara, Cubeu, Curipako, Daw, Dessano, Hupde, Hupdes, Juriti, Karapana, Kaxinawa, Kaxinawá, Kokama, Maku, Makuna, Makunambé, Makuxi, Miranha, Miriti tapuia, Munduruku, Onça, Paumari, Pirata, Piratuapuaia, Silcy-tapuya, Siriano, Siuci, Tapuia, Tariano, Tatu, Tatú, Ticuna, Tukano, Tupi, Tuyuka, Wanano, Wapixana, Warekena, Wayana, Yanomami, Yepamassã, Urubu, conforme dados públicos de 2013, disponibilizados na internet pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (Diasi), da Secretaria Especial de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde (Sesai/MS). São 669 aldeias, localizadas em três municípios.

O acesso ao interior na maior parte desses municípios nos dois DSEI é feito apenas por via fluvial. Ambas as sedes dos DSEI contam com internet, núcleos de telessaúde, Casa de Saúde Indígenas (Casai) e coordenam polos-base de atendimento nas aldeias. Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira, respectivamente, são sedes desses DSEI, ambas metrópoles urbanas encravadas na floresta amazônica, em que essas etnias buscam atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os territórios desses distritos fazem fronteira com a Colômbia (Tabatinga faz fronteira com Letícia, formando uma conurbação urbana de tríplex fronteira), Venezuela e Peru. Essas nações originárias ocupam o território pelo ecossistema. Sua estrada é o rio, que perpassa as demarcações, fronteiras administrativas e geopolíticas entre países.

## Aspectos da vida de gestantes, mães e bebês indígenas na Amazônia

Para compreender a segurança alimentar e nutricional desses povos, é preciso considerar questão contemporânea apontada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo análise sobre as tendências demográficas dos indígenas<sup>12</sup>, há frentes/movimentos de expansão territorial externa e interna que contribuem para extinguir ou diminuir sensivelmente as terras indígenas demarcadas na Amazônia.

A frente externa considera a fronteira enquanto zona de integração econômica e de interpenetração de culturas, na qual a implantação da infraestrutura continental latino-americana é crucial. A frente interna traduz o movimento de crescimento horizontal da fronteira agropecuária com a área de expansão da rede física que a acompanha, denominada Arco do Desmatamento. A presença de significativos interesses econômicos em áreas nas quais a expansão da fronteira econômico-produtiva está acontecendo ameaça a integridade das terras indígenas existentes e dos grupos que habitam nelas com sua ocupação do solo seminômade, seguindo os rios. As cidades e as fronteiras atraem quem busca uma porta de entrada para o modo de vida ocidental nesses grupos.

Apesar dos dados alarmantes do I INSNPI, sua análise aponta o beneficiamento de mulheres e crianças indígenas no território brasileiro com políticas de transferência de renda para população vulnerável da última década e o aperfeiçoamento do cuidado com a criação da Secretaria Especial de Atenção Indígena, no âmbito do Ministério da Saúde brasileiro<sup>13</sup>.

As entrevistas com as 2663 crianças da região norte no I INSNPI foram feitas com auxílio de um tradutor em mais de 40% dos casos. A proporção de crianças sem certidão de nascimento foi elevada, onde cerca de uma em cada cinco crianças não possuía esse documento. Um terço das crianças nasceu em um hospital, e 66,6%

na aldeia. Poucas nasceram nas Casas de Saúde Indígena: 8, ao todo. A proporção de baixo peso ao nascer (abaixo de 2,5 kg) foi de 4%, e de cesarianas foi baixa também. Mais de 30% dos pais entrevistados não receberam informação sobre peso ao nascer e desenvolvimento dos filhos.

A maior parte das internações registradas ocorreu por diarreia e doenças respiratórias, confirmadas por outros estudos recuperados na revisão<sup>14,15</sup>. A maior proporção de casos de tuberculose em menores de 15 anos indica transmissão ativa e infecção recente nas aldeias, sugerindo que o controle dos contatos não está sendo realizado de forma satisfatória pela rede de cuidados, em estudo desenvolvido em Rondônia. Assinala-se que o pré-natal é uma oportunidade ímpar para tratar a tuberculose no núcleo familiar que convive na residência<sup>16</sup>.

Outro fator desse contexto são os grandes deslocamentos para o recebimento do recurso do Bolsa Família, que influenciam a dinâmica de ocupação do território indígena. São longas viagens que separam famílias temporariamente e influenciam o ritmo seminômade de algumas etnias. São domicílios provisórios, que não estão bem caracterizados pelo censo nacional<sup>17</sup>. Pesquisa cujo objetivo foi compreender a relação entre mudança econômica (trabalho assalariado, aposentadoria e programa Bolsa Família) e padrões alimentares na Amazônia rural e determinar até que ponto essas mudanças seguiram o padrão da transição nutricional sugere que devem ser feitos ajustes na forma como os programas de transferência condicionada de renda são administrados em populações rurais de subsistência<sup>18</sup>.

Isso é necessário para assegurar que os objetivos principais do programa, reduzir a pobreza e a insegurança alimentar, sejam alcançados. Segundo as mulheres entrevistadas, o abandono das plantações de mandioca foi associado ao aumento da dependência de alimentos comprados, enquanto o recebimento do Bolsa Família foi associado a aumento da

ingestão e adequação de proteínas. Conforme relatos de profissionais de saúde coletados em visita de campo nas duas metrópoles amazônicas brasileiras, o modo como essa política foi implantada para a população indígena agrava problemas sociais nos centros urbanos amazônicos, tais como o alcoolismo entre homens e mulheres e o surgimento de ‘atravessadores’ do benefício, cujo cadastro só pode ser feito por internet.

Quase 70% dos domicílios entrevistados no I INSNPI não têm acesso à energia elétrica, ou a têm de maneira descontínua. Porém, a internet já chegou a aldeias isoladas e às cidades observadas. *Smartphones* são utilizados pelos indígenas, principalmente os mais jovens, em várias situações<sup>19</sup>. Um ciberativismo nascente entre essa população e a população ameríndia em geral já está registrado nas redes sociais (o Departamento de Mulheres da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN utiliza amplamente página no Facebook para divulgar seus eventos culinários e de venda de artesanato típico, vide <http://www.facebook.com/FOIRN/>) e em outros estudos<sup>20</sup>.

Na Colômbia, o Inquérito Nacional da Situação Nutricional (Ensin) de 2010 destaca a iniquidade na segurança alimentar das comunidades indígenas, expressa em atraso na estatura, deficiência de ferro, vitamina A e zinco em crianças menores de cinco anos de idade, e anemia em mulheres grávidas, maiores do que aquelas apresentadas em uma população não indígena, assim como no Brasil.

Embora perto do Oceano Pacífico e a 990 quilômetros da Amazônia brasileira, a pesquisa com 48 famílias na reserva indígena La Gabriela apresenta questões similares: mudanças nas práticas alimentares devido à influência externa afetam a autonomia e geram dependência de cadeias comerciais fortalecidas pelo livre mercado. É necessário, segundo os autores, formular políticas que fortaleçam crenças, costumes e tradições ancestrais, o que requer maior atenção por parte das entidades e dos governos estaduais<sup>21</sup>.



## Cultura alimentar e nutricional de mulheres indígenas durante o período gestacional e no puerpério

A base da alimentação desses povos na floresta é a mandioca (*Manihot esculenta Crantz*) e seus derivados (em especial, a farinha)<sup>18</sup>, frutos silvestres, peixes e carnes de caça. Equipes de saúde, garimpeiros, seringalistas, comerciantes, missionários, militares que circulam pela região do Alto Rio Negro observam que gêneros alimentícios industrializados fazem parte do dia a dia, numa prática de escambo. Um exemplo é a troca da iguaria típica e já turística, o peixe moqueado, pelo açúcar refinado. Os que têm alguma fonte de renda usam uma parte dela para a compra de alimentos industrializados, geralmente em São Gabriel da Cachoeira, segundo estudo de condições da saúde bucal entre a população Baniwa do polo-base de Tunuí-Cachoeira<sup>22</sup>.

Como aspectos de segurança alimentar, destacam-se na literatura recuperada: a venda de artesanato e a comida tradicional no Rio Negro, oriundas de um associativismo feminino, e a agricultura de subsistência na Colômbia.

As comidas tradicionais que fazem parte da história dessas civilizações, de sua saúde e sobrevivência também são alvo de cobiça industrial pelo seu valor nutricional. As mulheres indígenas que cozinham esses alimentos têm compreendido essa lógica e trabalhado seu saber como produto em feiras artesanais. No livro de receitas que exhibe a culinária tradicional das comunidades do Alto Rio Negro,

narrado pelas mulheres, percebe-se fortemente essa questão. Registra-se nele o incentivo ao associativismo feminino indígena. Há preocupação das mulheres com as mudanças nas práticas alimentares tradicionais, alimentos industrializados caros aos quais nem todos têm acesso e com baixo valor nutricional. O livro resgata a voz das mulheres líderes de associações femininas no espaço urbano. Há um grande contingente de mulheres que criam seus filhos sozinhas na cidade<sup>23</sup>.

Nas aldeias, o espaço culinário é quase inalterado pelo contato interétnico, segundo observação dos autores. Os pratos mais complexos, como o pudali, são menos feitos, pela simplificação do cardápio direcionado à família, o que dificulta o ensino para as mulheres mais jovens. Esse estudo, resultante da pesquisa de dois anos junto a lideranças femininas indígenas da região do Alto Rio Negro, congrega receitas da roça, com modo de preparo narrado por essas mulheres. Narra, também, pela visão dos pesquisadores, quais alternativas econômicas e sociopolíticas elas traçaram, vendendo comidas tradicionais e artesanato nos mercados urbanos. Há quinhapiras (receita com pimenta local), mingaus de frutas, beijús e a feitura de galinha caipira para crianças pequenas. A presença da castanha em várias receitas é destaque desse texto. Na visita de campo, foram visitadas feiras em ambas as cidades, onde as pessoas das aldeias trocam receitas e vendem parte de sua agricultura de subsistência (*figura 3*).

Figura 3. Mulher da etnia Kokama com barraca de frutas, legumes, variedades de banana e mandiocas regionais de sua roça na feira, próxima ao porto, em Tabatinga (AM)



Fonte: Os autores. Registro de campo, abril 2018.

Em estudo que investiga padrões sobre como populações indígenas na Amazônia, em países diversos, conseguem lidar com as plantas, usando seu conhecimento tradicional<sup>24</sup>, pode-se também observar a relação entre a agricultura de subsistência, a roça e os mercados urbanos no cotidiano desses povos. Os 14 fatores socioeconômicos estudados foram: sexo, idade, etnia, educação, idioma falado, condições de migração, tempo de permanência no território e no nível do domicílio (tamanho da família, posse de animais de fazenda, tamanho da fazenda, ferramentas, transporte, tamanho da casa, materiais de construção da casa). Autores utilizaram como *proxy* as palmeiras (*Areaceae*), pois elas têm usos variados nas diversas etnias. Consideraram dois tipos de informantes para entrevistas em profundidade: os especialistas, indicados pela comunidade, e os comuns. Tikunas na Colômbia, oriundos da etnia que também vive em terras brasileiras, foram entrevistados. Entre seus achados, descobriram que pessoas com baixo poder aquisitivo têm grande conhecimento

sobre a palmeira. Homens demonstraram mais conhecimento do que mulheres sobre as diferentes espécies. O uso principal é para culinária. O conhecimento é passado oralmente. Hipótese levantada na discussão é que existe uma perda de interesse em conhecimento tradicional de plantas e outros recursos naturais. Isso pode ocorrer devido à disponibilidade de produtos industrializados que as pessoas podem acessar, atrelada simbolicamente à disponibilidade de oportunidades de inserção social, como trabalho assalariado, agricultura orientada para o comércio ou migração para centros urbanos.

### A dieta dos bebês indígenas com idade entre 0 e 5 anos

Mesmo sendo mamíferos, entre os seres humanos, é consenso que o ato de amamentar é um híbrido natureza-cultura<sup>25</sup>, tendo diversas nuances de acordo com as sociedades e o contexto temporal<sup>26</sup>. A percepção das etnias com relação à amamentação e aos hábitos alimentares ancestrais entre

mulheres e seus bebês frente à aculturação é citada em oito artigos, porém, é superficialmente explorada e medida como uma possível causa da desnutrição nessa população.

A literatura indica que há embate e interesses diversos no discurso feminino indígena sobre o desmame precoce e a entrada desse bebê no mundo ocidentalizado, que necessita ser melhor investigado. Um exemplo é o estudo longitudinal recuperado que foca na amamentação exclusiva e complementar de população da Amazônia boliviana. Considerados portadores da melhor saúde cardiovascular do mundo<sup>27</sup>, os Tsimane habitam um ecossistema similar ao das comunidades de Alto Rio Negro e Tabatinga: florestas, clima equatorial, 15 mil indígenas distribuídos em 90 aldeias ribeirinhas com acesso a centros urbanos<sup>28</sup>. Autores pesquisaram nove aldeias e 161 famílias durante um ano. Medidas antropométricas, entrevistas e checagem da dieta foram feitas. Resultados sugerem surpreendentemente que a introdução da alimentação complementar na dieta do recém-nascido tem a ver com a necessidade de aumentar a família e que a amamentação exclusiva estendida adiará novas gestações desejadas pela mulher<sup>29</sup>.

O livro de receita das populações do Alto Rio Negro<sup>23</sup> apresenta 57 receitas do sistema alimentar baniwa, baré, piratapuia, tukano, ciewana, kubeo e dessana, divididas em: peixes e caças; beijos; mingaus (especialmente relevantes na introdução de alimentos sólidos aos bebês); molhos, temperos e outros acompanhamentos; doces e bebidas. As receitas de peixe moqueado, de cudiari, arubé, chibé, pimenta jiquitaia, vinho de pupunha, de açai, de pataua e de buriti são comuns a todas as etnias. O livro apresenta 30 receitas de maneira bilíngue (português e baniwa).

A introdução de alimentos sólidos ao bebê é uma oportunidade ímpar a ser explorada pelos profissionais de saúde, pois o manejo adequado dos alimentos pode evitar casos de diarreia nas crianças e posteriores hospitalizações, decorrentes de desidratação. Além disso, é necessária a distribuição do soro e informação sobre a terapia de reidratação oral em língua nativa e respeitando os saberes tradicionais, o

que necessariamente não envolve distribuição de sal e açúcar industrializado. A redução na prevalência de diarreia depende de melhorias nas condições de saneamento e de higiene na preparação dos alimentos, como também do aumento da mediana da amamentação exclusiva.

A amamentação teve um efeito protetor para diarreia apenas nos primeiros três meses de vida dos bebês na macrorregião Norte, segundo resultados do I INSNPI. Uma vez que essas crianças moram em condições precárias de higiene, provavelmente os alimentos introduzidos na dieta estão contaminados e causam a diarreia.

As famílias cuja criança tem tosse ou diarreia procuram auxílio junto ao curador, pajé (20,8%); ao agente de saúde indígena (46%); e no polo-base na aldeia (69%). O inquérito sugere que o programa de suplementação com sulfato ferroso não está atingindo o seu objetivo, já que apenas uma em cada cinco crianças menores de cinco anos recebeu pelo menos uma dose de sulfato ferroso nos três meses anteriores à coleta de dados. Há uma prevalência de baixa estatura para idade de 33,8%. Os dados coletados levam a crer que esse indicador tem um incremento na época do começo do desmame e introdução de alimentos sólidos, pois foram encontradas 66% de crianças com anemia nesse período do ciclo de vida.

A literatura posterior a 2014 explora alguns limites do inquérito. Revisão discute que esse primeiro inquérito não considerou a determinação tridimensional, abrangendo os fatores socioeconômicos, etários e étnicos da população investigada. O contexto cultural como fator determinante do estado nutricional de populações indígenas explica-se em função da diversidade ecológica, social e cultural desses povos; e das influências nas condições de saúde e de vida dessas populações, decorrentes do processo de aculturação. Além disso, determinantes importantes do estado nutricional, como os hábitos alimentares, as práticas de cuidado, a amamentação e o desmame, apresentam variada dimensão cultural e ritualística entre as sociedades indígenas. Importante constatação é que nenhum dos trabalhos sistematizados por essa revisão abordou as práticas de cuidados e o acesso aos serviços primários de saúde<sup>30</sup>.

Curiosamente, estudo desenvolvido com 32 mães e bebês do maior povo indígena peruano, denominado Awajún, vai apontar questões muito importantes sobre o valor nutricional do alimento industrializado *versus* alimentação tradicional<sup>31</sup>. Metade dos bebês foi amamentada exclusivamente até os seis meses. O estudo descreve o aleitamento e as práticas de alimentação complementar de bebês e crianças abaixo de dois anos de idade, considerando o papel da alimentação tradicional. Ela é concebida como todas as comidas aceitáveis e advindas dos recursos naturais de um determinado grupo cultural.

A prevalência de desnutrição em crianças abaixo de três anos foi de 33,4% e de 65% para anemia no distrito da Amazônia peruana, onde essa população vive num regime de subsistência ao longo do rio Marañón. Pesquisadores criaram uma lista de comidas tradicionais através de entrevistas com informantes-chave e grupos focais. Essa lista foi base para desenvolvimento de uma tabela de composição de alimentos para ser utilizada no cálculo da ingestão dietética. Comidas tradicionais forneceram 85% de energia e se mostraram mais completas em nutrientes do que os alimentos industrializados. Entre seus achados, destaca-se que a amamentação exclusiva por seis meses precisa ser promovida nas comunidades estudadas. Como no Brasil, leite em pó fornecido pelo governo é dado para os bebês abaixo de seis meses.

Dado o declínio do estado nutricional documentado nos primeiros dois anos de vida, há necessidade de intervenções nutricionais para os Awajún ingerirem alimentos complementares, densos em nutrientes, alimentos locais saudáveis. Comidas locais tradicionais, especialmente leite materno e alimentos de origem animal, precisam ser promovidas em detrimento dos alimentos de mercado e comerciais em suas embalagens coloridas, mas com menos vantagens nutricionais, que estão cada vez mais disponíveis na comunidade.

A promoção da saúde com alimentos tradicionais precisa incluir políticas que protejam o acesso e a disponibilidade de alimentos animais e vegetais culturalmente apropriados; essas políticas precisam incluir proteção e

demarcação da terra para uso pelos Awajún, segundo os autores. Concebe-se agroecologia como uma disciplina científica que enfoca o estudo da agricultura sob uma perspectiva ecológica e com um marco teórico cuja finalidade é analisar os processos agrícolas de forma abrangente. A Articulação Nacional de Agroecologia reúne diversos atores no Brasil, inclusive profissionais de saúde e indígenas. As redes do movimento agroecológico no Brasil e as mulheres indígenas estão atentas a esse problema, conforme revelam registros de fala do encontro Mulheres Indígenas e Segurança Alimentar e Nutricional<sup>32</sup>:

Iranilde Barbosa dos Santos, da etnia Macuxi, representando o Norte do País, ressaltou que cada povo tem seu jeito de preparar a comida e fazer suas refeições e que, por isso, a partilha desses conhecimentos é fundamental. Falou sobre as mudanças na alimentação, com a introdução de alimentos industrializados e refrigerantes nas comunidades indígenas. Apesar de alguns povos ainda manterem suas práticas alimentares tradicionais, é mais comum encontrar nas aldeias alimentos comprados em mercados, especialmente em razão da falta de acesso aos seus territórios e recursos naturais. Ela defendeu que o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) direcionado às mulheres pode ser uma boa alternativa para evitar o consumo de alimentos industrializados, pois o Programa fomenta a produção de alimentos de acordo com sua cultura e biodiversidade territorial, promovendo, assim, uma alimentação mais saudável nas aldeias.

### **Profissionais da atenção básica e cultura alimentar e nutricional indígena**

Pesquisas realizadas nos DSEI em todo Brasil<sup>33</sup> apontam três questões: o desconhecimento das culturas indígenas e da historicidade que permeia a vida contemporânea nessas sociedades; o despreparo para lidar com a alteridade; e a homogeneização das práticas sanitárias

calçadas em ações biomédicas de baixa resolutividade e elevada descontinuidade.

Estudo sobre projetos de atenção primária voltados à população indígena em Rio Branco<sup>34</sup> (AC) dá destaque ao conhecimento das mulheres sobre plantas medicinais e como elas se empoderaram na comunidade, mesmo morando na cidade. Nesse artigo, o autor argumenta que os formuladores de políticas devem prestar atenção às relações entre autoridade, gênero e conhecimento local, e examinar como o uso desse conhecimento pode auxiliá-los no cuidado.

Estudo de caso sobre o processo de regionalização em saúde registra que a capital Manaus monopoliza os sistemas de abastecimento, transporte, provisão de serviços e a condução da vida política, num cenário de fraco protagonismo dos outros municípios e de interação rarefeita entre eles. O isolamento geográfico alegado mascara a falta de habilidade dos gestores de organizar as redes regionais de atenção e buscar financiamento. Essa estrutura colabora para o cenário de uma atenção primária deficiente para a população indígena, que está mais na dimensão xamânica<sup>35</sup>, sendo essa a influência principal da percepção e enunciação infantil do processo saúde-doença<sup>36</sup>.

Atendimentos são feitos em viagens periódicas, percorrendo grandes distâncias. Concepções coletivas de doença geram estratégias terapêuticas igualmente coletivas, e é dessa forma que se organizam o xamanismo e outras modalidades nativas de cuidados com a saúde entre essas populações. Trata-se de importante ponto de divergência entre a biomedicina e as práticas tradicionais de cuidado, segundo os pesquisadores desse estudo sobre vacinação. Falta de pontualidade e descumprimento de acordos por parte das equipes de saúde costumam ser interpretados como resultantes de decisões individuais dos profissionais, que passam a ser encarados como pessoas que não honram a palavra. As prioridades deles são estabelecidas em torno da roça, das festas, dos atos religiosos, da convivência doméstica e do respeito à autonomia e à liberdade das crianças. Ação curativa é priorizada pela comunidade nesse contexto, e evitar a doença

para os indígenas é restabelecer a paz social<sup>37</sup>.

Iniciativa em área indígena localizada a noroeste do Amazonas, na sede do distrito de Iauaretê, com quase três mil habitantes, cerca de 440 domicílios com representantes de 15 etnias, sendo a maioria Tariano ou Tukano, e que está na fronteira com a Colômbia, na confluência dos rios Papuri e Waupés, traz achados que vão ao encontro dos estudos de Garnelo, em que a explicação para a doença na visão indígena mixa o biomédico/sanitário e o mitológico.

Há a presença curativa do pajé, primeiramente, e depois da equipe de saúde para esses povos. A atenção primária está carregada de aspectos mitológicos e ritualísticos, dimensões das benzedoras e xamãs. O autor destaca que a maioria das áreas indígenas não recebe o devido saneamento no Brasil e que a situação na região Norte, onde há uma maior diversidade étnica, é ainda pior, visto que nessa região estão os piores indicadores de saneamento básico do País. Documenta o saneamento precário na região e a ausência do poder público, visto que não há o mínimo de estrutura para a população<sup>38</sup>.

Um quarto das crianças pesquisadas no inquérito nasceu por mão de parteiras nas aldeias. No entanto, a figura da parteira se mostra subalterna na atenção da saúde pública, mesmo sendo conhecido que o papel social das parteiras é maior do que a atuação técnica na gestação e no parto. As parteiras exercem protagonismo político junto às demandas por melhorias na qualidade de vida da comunidade, sendo a figura feminina entre o mitológico e a biomedicina nesses povos<sup>39,40</sup>.

Embora as unidades de telessaúde desempenhem papel fundamental nas ações de educação permanente do SUS no estado do Amazonas<sup>41</sup>, percebe-se pouco uso dessa ferramenta pela rede de atenção à saúde indígena brasileira.

O Sistema de Atenção à Saúde Indígena tem quadros insuficientes para dar resposta e fazer cumprir os princípios do SUS para a população indígena, conforme outro estudo. A incapacidade dessa secretaria do Ministério da Saúde brasileiro em prover diretamente a atenção à saúde da população indígena sob

sua responsabilidade sanitária contribui para continuação da estratégia de terceirização das ações, mediante a adoção de convênios ou de compra de serviços de entidades não governamentais e de sistemas municipais de saúde<sup>33</sup>. Segundo o autor, é necessário um olhar diferenciado, a fim de investigar o perfil de iniquidades nutricionais apontado pela literatura pregressa na região amazônica, onde o maior percentual de terras demarcadas e de

cobertura vegetal nos levaria a esperar melhores níveis nutricionais. As três metrópoles amazônicas observadas em visita de campo confirmam os achados dessa afirmação sobre as redes de atenção. Não foi identificada uma política de assistência para indígenas advindos da Colômbia (*figura 4*), e existe uma divisão informal entre os indígenas da aldeia, que vão ser tratados na Casai, e os que moram nas cidades e são atendidos nas unidades básicas de saúde.

Figura 4. Em sentido horário, acima Casai do DSEI Alto Rio Negro/MS (São Gabriel da Cachoeira/AM), Casai do DSEI Alto Rio Solimões/MS e unidade de saúde da prefeitura (Tabatinga/AM), onde se localiza o núcleo de telessaúde da cidade, todas em perímetro urbano e que recebem indígenas



Fonte: Os autores. Registro de campo, abril 2018.

Em relatório divulgado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)<sup>42</sup>, os resultados do I INSNPI estão agregados para toda a região Norte e revelam algumas nuances desse cuidado. Mulheres e crianças do território (DSEI Alto Rio Negro e DSEI Alto Rio Solimões) da pesquisa que motivou essa revisão correspondem a cerca de 22% do universo pesquisado. Nas entrevistas em profundidade, há uma parte dedicada à mulher e outra à criança. Foi necessário o auxílio de tradutores em 35,7% das entrevistas realizadas na região Norte, o que denota uma forte herança linguística nessas etnias habitantes do território amazônico. Mais de 64,7% dessas indígenas (n=2574) estavam entre 14 e 29 anos, portanto, eram bem jovens à época.

A maioria respondeu sobre sua vida e de seus filhos. Apenas 18 mulheres desse grupo possuíam graduação, nenhuma pós-graduada e mais de 70% se alfabetizaram, parando na quarta série do ensino regular. Tanto os níveis glicêmicos sugestivos de diabetes mellitus quanto a medição de pressão arterial foram menores na região Norte, comparada a outras regiões. A anemia foi avaliada pela dosagem de hemoglobina. A prevalência da anemia na região Norte de mulheres grávidas e não grávidas é de 46%. 101 mulheres foram encontradas com anemia grave. 31% das mulheres estão entre o sobrepeso e a obesidade. Um quarto dessas mulheres recebeu tratamento contra a malária nos meses anteriores à entrevista.

Quanto à caracterização do pré-natal do filho vivo mais novo, cerca de 25% dessas mulheres não frequentaram o pré-natal. O número aumenta para a gravidez tardia (45 a 49 anos), em que essa ausência chega a quase 40%. As que vão têm uma média de três consultas durante a gravidez, quando o recomendado pelo MS é a realização de, no mínimo, seis consultas. Mais de 50% iniciam seu pré-natal no segundo trimestre da gravidez. O cuidado pré-natal das mulheres dessa região é aquele no qual há a menor proporção de pedidos de exames, variando de 2,2% para sorologia para rubéola a 32,6% para teste sorológico para

sífilis (Venereal Disease Research Laboratory – VDRL). A dificuldade de articulação da rede regionalizada de atenção pode ser uma explicação para isso.

Porém, essa carência de apoio diagnóstico pode resultar em uma série de doenças congênitas e óbitos fetais evitáveis. A região Norte apresentou menor média de consultas, início tardio das consultas, menores proporções de solicitação de exames fundamentais e menor proporção de suplementação de sulfato ferroso e de ácido fólico para a prevenção de anemia e de malformações do tubo neural. Constatou-se, também, que as gestantes não têm cobertura vacinal adequada de tétano e da hepatite B. Não foram encontrados registros de teleconsultoria nos estudos recuperados, embora seja modalidade de telessaúde presente no Amazonas.

A ausência/insuficiência de informação preventiva sobre a saúde do filho e a comunicação entre a mulher e a equipe de saúde são enumeradas como causas de problemas entre os habitantes das aldeias isoladas. Investigação assinala que as mulheres nas aldeias são mais propensas ao câncer de colo de útero, porque começam a vida sexual cedo, não têm acesso à informação sobre o HPV (papilomavírus humano) nem aos programas de prevenção do sistema de saúde e não usam preservativo<sup>43</sup>.

## Conclusões

A transição nutricional dos indígenas é um objeto de estudo multidisciplinar, e a revisão de escopo empreendida cumpriu seu papel de iluminar os caminhos da pesquisa e elucidar brechas do conhecimento sobre o tópico, resultando na preparação das oficinas com mulheres indígenas de registro audiovisual digital da culinária tradicional. O parlamento das coisas, concebido por Latour, em que fóruns híbridos apresentam a dimensão associativa entre indivíduos, coletividades e coisas, traz um enfoque teórico a ser explorado para compreender como os indígenas

se relacionam com seu território, bem como sobre como se organizam as redes de atenção à saúde na floresta<sup>44</sup>.

Sob essa perspectiva da Teoria Ator-Rede (TAR), a segurança alimentar e nutricional materializada na valorização da culinária da roça pode ser o elo feminino entre diferentes etnias. E a conformação da telessaúde como saúde à distância no território do Amazonas (sendo tão útil para populações isoladas e subutilizada pela saúde indígena) reflete a lacuna entre cuidador e o cuidado. Isso provavelmente não é notório para pesquisadores, gestores e profissionais, porque a pesquisa em saúde ainda precisa dar um salto da medicina flexneriana, baseada no paradigma da anatomia patológica, e rumar em direção à transdisciplinaridade, a que se propõe o campo da saúde coletiva, para cuidar dos povos originários de maneira respeitosa e mais eficaz.

Embora prevaleçam perfis epidemiológicos oriundos de estudos transversais que denunciam o precário estado de saúde da população indígena em geral, comparada aos cidadãos ocidentalizados, são escassas as pesquisas que registrem a contemporânea enunciação desses povos originários como fator de sua saúde.

Os estudos, em sua maioria, denotam um silenciamento das vozes dos sujeitos e uma perversa contenção do recente crescimento demográfico das populações indígenas com a introdução de alimentos industrializados na dieta; a manutenção de condições sanitárias insalubres e a desconsideração das tradições

xamânicas alimentares específicas, ainda representadas na oralidade das diversas etnias.

Temas como a inclusão digital e a relação dos indígenas nas metrópoles amazônicas, a introdução da internet e da eletricidade nas aldeias isoladas necessitam de um mapeamento apurado, a fim de melhorar a qualidade do cuidado a essa população e para que eles efetivamente desfrutem dos princípios do SUS. Sem esse direcionamento para visão ampliada de saúde, que considera a dimensão simbólica, estudos e intervenções de saúde pública continuarão culpabilizando os povos da floresta e mascarando um extermínio lento pós-colonialista.

## Colaboradores

Silva AB (0000-0003-0292-5106)\* e Andrade Filha IG (0000-0003-4127-8722)\* contribuíram para concepção, planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; para a elaboração do rascunho, para a revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. Benevides KMM (0000-0002-8315-5993)\*, Silva DM (0000-0001-9531-0877)\*, Rodrigues PMA (0000-0003-1171-2671)\*, Silva SC (0000-0001-6633-6744)\* e Garzón MIC (0000-0002-9078-8545)\* contribuíram para a análise e a interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo bem como participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## Referências

1. Coimbra CE, Santos RV, Welch JR, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* [internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 10]; 13(1):1-19. Disponível em: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-52>.
2. Quermes PAA, Carvalho JA. Os impactos dos benefícios assistenciais para os povos indígenas: estudo de caso em Aldeias Guaranis. *Serv. Soc. Soc.* 2013; 116:769-91.
3. Carvalho ALM, Oliveira ALB, Guimarães SS. Caracterização epidemiológica das populações indígenas e do Subsistema de Saúde Indígena do Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Bol. Inf. Geum.* 2014; 5(3):72-8.
4. Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Jr CEA, et al. Anthropometric evaluation of indigenous Brazilian children under 60 months of age using NCHS/1977 and WHO/2005 growth curves. *J. Pediatr. (Rio J)*. 2009; 85(2):117-21.
5. Garnelo L, Welch JR. Transição alimentar e diversidade cultural: desafios à política de saúde indígena no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(9):1872-3.
6. Souza VMG, Villar BS. Hábitos alimentares e produtos ultraprocessados na alimentação escolar: um estudo de caso da Terra Indígena Piaçaguera, São Paulo, Brasil. *Segur. Aliment. Nutr.* 2018; 25(1):23-30.
7. Peterson J, Pearce PF, Ferguson LA, et al. Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *J. Am. Assoc. Nurse Pract.* 2017; 29(1):12-6.
8. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int. J. Evid. Based Healthc.* 2015; 13(3):141-6.
9. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 21-36.
10. Ayres JR CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13:16-29.
11. Minayo, MCS. Introdução. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 19-51.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
13. Garnelo L. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadores. *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 107-42.
14. Melo TEM, Resendes AP, Souza SR, et al. Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(2):267-80.
15. Viana PV, Goncalves MJF, Basta PC. Ethnic and Racial Inequalities in Notified Cases of Tuberculosis in Brazil. *PLoS One.* 2016; 11(5):e0154658.
16. Cardoso EC, Fernandes RAQ. Situações maternas impeditivas do aleitamento materno: uma revisão bibliográfica. *Rev. Saúde UNG SER.* [internet]. 2014 [acesso em 2014 jan 1]; 7(1-2):50-6. Disponível em: <http://www.revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/1372/1315>.
17. Marinho GL, Santos RV, Pereira N. Classificação dos domicílios "indígenas" no Censo Demográfico 2000: subsídios para a análise de condições de saúde. *Rev. Bras. Estud. Popul.* 2011; 28(2):449-66.

18. Piperata BA, Ivanova SA, Da-Gloria P, et al. Nutrition in Transition: Dietary Patterns of Rural Amazonian Women During a Period of Economic Change. *Am. J. Hum. Biol.* 2011; 23(4):458-69.
19. Di Felice M, Pereira E. *Redes e ecologias comunicativas indígenas: as contribuições dos povos originários à teoria da comunicação*. São Paulo: Paulus; 2017.
20. Aguilár PA. O protagonismo comunicacional-informacional-digital indígena na sociedade da informação: antecedentes, experiências e desafios. *Anu. Eletrônico Estud. Comum. Soc. Disert.* 2018; 11(2):104.
21. Farfán JCC, Torres DA, Gómez MNP, et al. Condiciones de seguridad alimentaria en una comunidad indígena de Colombia. *Physis* [internet]. 2019 [acesso 2019 fev 25]; 28(4):e280405. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312018000400604&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400604&lng=es&tlng=es).
22. Carneiro MCG, Santos RV, Garnelo L, et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 13(6):1985-92.
23. Garnelo L, Baré GB. *Comidas Tradicionais Indígenas do Alto Rio Negro*. Manaus. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
24. Paniagua-Zambrana NY, Camara-Leret R, Bussmann RW, et al. The influence of socioeconomic factors on traditional knowledge: a cross scale comparison of palm use in northwestern South America. *Ecol. Soc.* 2014; 19(4):9.
25. Maia PRDS, Almeida JAG, Novak FR, et al. Human Milk Banks National Network: Genesis and evolution. *Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: Gen. Evol.* 2006; 6(3):285-92.
26. Crivaro ET. *Mulher e amamentação: atitudes reveladas para o assistir no contexto hospitalar de alta complexidade – contribuições da enfermagem* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. 154 p.
27. Kaplan H, Thompson RC, Trumble BC, et al. Coronary atherosclerosis in indigenous South American Tsimane: a cross-sectional cohort study. *The Lancet.* 2017; 389(10080):1730-9.
28. von Rueden C, Jaeggi A, Stieglitz J, et al. Growth references for Tsimane forager-horticulturalists of the Bolivian Amazon. *Am. J. Phys. Anthropol.* 2017; 162(3):441-61.
29. Martin MA, Garcia G, Kaplan HS, et al. Conflict or congruence? Maternal and infant-centric factors associated with shorter exclusive breastfeeding durations among the Tsimane. *Soc. Sci. Med.* 2016; 170:9-17.
30. Pedraza DF, Sales MC, Queiroz D, et al. Brazilian indigenous children: Review of studies about nutritional status. *Rev Nutr-Braz J Nutr.* 2014; 27(4):473-88.
31. Roche ML, Creed-Kanashiro HM, Tuesta I, et al. Infant and young child feeding in the Peruvian Amazon: the need to promote exclusive breastfeeding and nutrient-dense traditional complementary foods. *Matern. Child Nutr.* 2011; 7(3):284-94.
32. *Relatório do Primeiro Seminário de Mulheres Indígenas e Segurança Alimentar e Nutricional* [internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Consea; 2013. [acesso 2019 abr 12]. Disponível em: <http://www.agroecologia.org.br/files/importedmedia/relatorio-seminario-mulheres-indigenas-2014.pdf>.
33. Garnelo L. Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. *Posfácio. Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(4):875-7.
34. Wayland C. Gendering local knowledge: Medicinal plant use and primary health care in the Amazon. *Med. Anthropol. Q.* 2001; 15(2):171-88.
35. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1225-34.
36. Ochoa Acosta EM, Quintero-Mejía M. *Aproximación*

- a la niñez indígena de Colombia- Saberes y prácticas en salud. *Rev. Latinoamericana Cien. Soc. Niñez Juventud.* 2017; 16(1):43-53.
37. Garnelo L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos.* 2011; 18(1):175-90.
38. Giatti LL, Rocha AA, Toledo RF, et al. Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(6):1711-23.
39. Silva SC. Parteiros Tradicionais: atenção à gestação e ao parto em uma comunidade rural Amazônica do Município de Itacoatiara – Amazonas. [dissertação]. Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus; 2017. 68 p.
40. Scopel D. Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios munduruku na terra indígena kwatá laranjal, borba, Amazonas: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013. 262 p.
41. Silva AB, Silva DA, Arreguy EEM, et al. Curso de processamento e controle de qualidade do leite humano no estado do Amazonas por telessaúde: um estudo de caso da Rede BLH do SUS. *RECIS* [internet]. 2013 [acesso 2013 jan 25]; 7(2). Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/725/1626>.
42. Cardoso AM, Horta BL, Coimbra Jr CEA, et al., organizadores. *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas.* Rio de Janeiro: FUNASA; 2009.
43. Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, et al. Epidemiology and economic impact of cervical cancer in Roraima, a Northern state of Brazil: the public health system perspective. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2010; 32(8):386-92.
44. Latour B. Por uma antropologia do centro. *Mana.* 2004; 10:397-413.

---

Recebido em 03/03/2018

Aprovado em 09/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Processo 443182/2016-7 da Chamada CNPq/

MCTIC N° 016/2016 - Segurança Alimentar e Nutricional no

Âmbito da Unasul

# Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações

## *Multiprofessional Health Residency Program: what publications show*

Cinthia Alves da Silva<sup>1</sup>, Maristela Dalbello-Araujo<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912320

**RESUMO** O artigo aborda o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), através da revisão bibliográfica de 25 artigos, publicados entre 2010 e 2015. A maioria dos artigos vem da região Sudeste do Brasil, foi publicada em 2015 e é fruto de dissertações e teses. Os artigos confirmam a hegemonia do modelo biomédico na saúde e a precarização das condições de trabalho e estrutura dos serviços, fatores que impactam as relações estabelecidas entre residentes e demais trabalhadores, produzindo inúmeros questionamentos sobre a formação e a prática profissional através dos PRMS. É importante dizer que as estratégias para enfrentamento dessas problemáticas e para transformação da realidade também são destacadas nos artigos, evidenciando confiança nas potencialidades dos PRMS e do SUS como política pública e direito a ser defendido.

**PALAVRAS-CHAVE** Programas de pós-graduação em saúde. Capacitação de recursos humanos em saúde. Internato e residência.

**ABSTRACT** *The article addresses the Multiprofessional Health Residency Program (PRMS), through the bibliographical review of 25 articles, published between 2010 and 2015. Most of the articles come from the Southeast region of Brazil, was published in 2015 and is the result of dissertations and theses. The articles confirm the hegemony of the biomedical model in health and the precariousness of the working conditions and service structure, factors that impact the relations established between residents and other workers, producing numerous questions about the training and the professional practice through PRMS. It is important to say that the strategies for coping with these problems and for transforming reality are also highlighted in the articles, evidencing confidence in the potential of PRMS and SUS as public policy and the right to be defended.*

**KEYWORDS** *Health postgraduate programs. Health human resource training. Internship and residency.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.  
cinthia26.as@gmail.com



## Introdução

A partir dos anos 1980, ocorreram transformações intensas e importantes nos sistemas de saúde nacionais do Ocidente, onde, segundo Campos et al.<sup>1</sup>, a área de recursos humanos foi fortemente afetada, no sentido de ocorrerem modificações nas modalidades de contratação dos trabalhadores, na forma da organização do trabalho e na composição das equipes. Simultaneamente, surgiu a necessidade de aprimorar a maneira como se desenvolvem os recursos humanos em saúde.

No caso do Brasil, as demandas que incidem sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) ocorrem em diversas áreas. No que se refere ao trabalho, destacam-se a gestão de variadas formas de contratação, a gestão descentralizada, o trabalho em equipe, entre outros. Tais transformações demonstram a necessidade de

[...] conceber, implementar e institucionalizar alternativas de educação permanente tanto para a formação de profissionais quanto para seu aprimoramento em serviço [...]²(39).

A rotina dos serviços de saúde e as relações que se operam, no sentido de realizar a gestão e o cuidado em saúde, são centrais para a construção de processos formativos com vistas a enfrentar os desafios postos à consolidação do SUS e da integralidade como seu princípio, o que pressupõe a necessidade de mudanças no processo de trabalho. Frente às políticas de formação profissional que (re)produzem a fragmentação dos saberes e práticas em saúde, entende-se que a interferência nos modos instituídos de produzir cuidado demanda a problematização das ações de formação e gestão vigentes. Requer tomar os processos de trabalho em seus limites e potencialidades como vetor fundamental na constituição dos processos de formação, uma vez que abordar as práticas de cuidado e de gestão em saúde implica compreender a multiplicidade que as constitui².

Nesse contexto, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS)

ganham destaque, sendo coordenadas pelos Ministérios de Educação (MEC) e da Saúde (MS). Conforme esclarecem Silva e Capaz³, as RMS têm o potencial da interdisciplinaridade, unindo em um mesmo espaço de formação e trabalho diversos saberes e fazeres que devem caminhar rumo à integralidade das ações em saúde ofertadas à população. As RMS promovem interação entre gestores, profissionais dos serviços, profissionais residentes, docentes e usuários, além de aproximarem os campos da saúde e da educação. Assim, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) surge como estratégia para a reorganização dos serviços públicos embasado nos princípios do SUS.

Tendo em vista que um dos princípios do SUS diz respeito à integralidade que orienta a diagnose e as terapêuticas para além dos aspectos puramente físicos ou biológicos, o PRMS, ao contar com a presença de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, intenta contribuir para a produção de mudanças no modelo biomédico de atenção à saúde. Modelo esse hegemônico no Ocidente e que exclui da compreensão do processo saúde-doença aspectos importantes, tais como o psicológico e o social, com forte ênfase no *locus* hospitalar. Nesse sentido, o PRMS visa, ainda, a constituir-se como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, promovendo mudanças na sua formação⁴.

Embora a regulamentação do programa tenha ocorrido em 2005, através da promulgação da Lei nº 11.129, cabe destacar que somente dois anos depois foi instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS), regulamentada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007⁵. Essa portaria foi revogada pela Portaria Interministerial nº 1.077/2009⁶, que, posteriormente, foi alterada pela Portaria Interministerial 1.224/2012⁷. A partir da criação da CNRMS, foram realizados seminários regionais e nacionais e fóruns coletivos,

com a participação de diversos atores envolvidos com o Programa, o que possibilitou a elaboração de propostas direcionadoras para seu funcionamento. Tais encontros perduram como momentos de construção e discussão para aperfeiçoamento dos PRMS na atualidade. Além da concepção ampliada de saúde, preconiza-se a rede de serviços como espaço de aprendizagem, propondo o trânsito dos residentes pelas diferentes instituições que compõem as linhas de cuidado nas quais se inserem. A proposta é deslocar o foco de atenção das patologias para as áreas de cuidado, buscando promover a integralidade na atenção à saúde. Para tanto, propõe-se a integração ensino-serviço e a integração de saberes, por meio de um núcleo pedagógico básico comum a todos os profissionais<sup>8</sup>.

O PRMS ousa, ao dar importante contribuição no sentido de integrar saberes, possibilitar a vivência nos diferentes serviços que compõem a rede de atenção à saúde e contribuir para criar espaços facilitadores das reflexões sobre prática profissional, relações institucionais, interpessoais e com os usuários. O que se pretende é promover mudanças na atenção à saúde, buscando a integralidade das ações prestadas em acordo com uma política de educação permanente para a formação de trabalhadores para o SUS.

No entanto, a conjuntura não se mostra favorável à implantação dos PRMS. O sucateamento das instituições, a precarização e a privatização dos serviços, a chegada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como gestora dos Hospitais Universitários Federais (HUs), a sobrecarga de trabalho para os profissionais dos serviços, o risco de exploração da mão de obra dos residentes, entre outros, são elementos que impactam diretamente a condução dos programas<sup>8</sup>. Esse cenário afeta diretamente a prática profissional dos residentes e trabalhadores dos serviços, interferindo na consolidação do PRMS.

Registra-se, ainda, mais efetivamente a partir de 2009, a vinculação dos PRMS aos HUs, objetivando um modelo de atenção

integral à saúde e o atendimento à demanda por profissionais de saúde especialistas em áreas prioritárias para o SUS<sup>9</sup>. Esse movimento trouxe questões importantes para a consolidação dos programas e para o debate acerca da formação de recursos humanos para o sistema de saúde. Desse modo, esta pesquisa buscou identificar o que os artigos publicados entre os anos de 2010 e 2015 apresentam sobre o PRMS, destacando os principais elementos que perpassam o cotidiano das instituições e o trabalho de residentes e profissionais dos serviços na trajetória de construção do PRMS. O recorte temporal proposto foi definido através de breve busca inicial que evidenciou o referido período como suficiente para reunir publicações que contribuíssem para alcançar o objetivo deste estudo.

## Metodologia

Este estudo foi realizado por meio de revisão bibliográfica. A pesquisa bibliográfica, nas palavras de Sá-Silva et al.<sup>10</sup>, diferencia-se de outros métodos por ser um estudo que recorre diretamente às fontes científicas, sem buscar os fenômenos da realidade empírica. A função dessa metodologia de pesquisa é propiciar aos pesquisadores o contato direto com a produção que trata do tema a ser pesquisado.

A busca dos artigos foi realizada nos bancos de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), utilizando filtros referentes ao idioma, ano de publicação, tipo de publicação, país de origem e disponibilidade do documento. Foram selecionados apenas artigos em português, publicados entre os anos de 2010 e 2015, no Brasil, e disponibilizados na íntegra. O critério de inclusão foi a presença das palavras 'Residência', 'Multiprofissional' e 'Multidisciplinar' no título. Entretanto, considerando que títulos lúdicos, isto é, aqueles que não trazem tais palavras devido à menção a músicas, poesias e/ou metáforas, também

poderiam se referir ao PRMS. Verificaram-se tais palavras também nos resumos. Os critérios para exclusão foram: tratar de Residência Uniprofissional e abordar as equipes multiprofissionais compostas apenas pelos trabalhadores dos serviços que ofertam os campos de prática ao PRMS.

Vale destacar a inexistência do descritor ‘Residência Multiprofissional’ no *site* de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Por isso,

entre os descritores disponíveis, foram selecionados os que contemplavam a temática da RMS: ‘Equipe de Cuidados de Saúde’; ‘Equipe de Saúde’; ‘Programas de Pós-Graduação em Saúde’; ‘Prática Profissional’; ‘Trabalhadores da Saúde’; ‘Educação’ e ‘Internato e Residência’. Para além dos descritores especificados, fez-se uma busca utilizando ‘Residência Multiprofissional em Saúde’, especificando a procura por ‘todos os índices’ e por ‘título, resumo, assunto’.

Tabela 1. Descritores utilizados e quantidade de artigos encontrados

Descritores	SciELO			Bireme		
	Busca	Excl.	Incl.	Busca	Excl.	Incl.
Equipe de Cuidados de Saúde	206	202	4	407	400	7
Equipe de Saúde	899	894	5	421	414	7
Programas de Pós-Graduação em Saúde	75	74	1	38	36	2
Prática Profissional	348	344	4	381	380	1
Trabalhadores da Saúde	666	663	3	1.082	1.072	10
Educação	1.994	1.981	13	1.683	1.676	7
Internato e Residência	8	7	1	46	44	2
Residência Multiprofissional em Saúde ('todos os índices')	45	27	18	-	-	-
Residência Multiprofissional em Saúde ('título, resumo, assunto')	-	-	-	10	3	7
<b>Total</b>	4.241	4.192	<b>49</b>	4.068	4.025	<b>43</b>
<b>Leitura de resumo</b>	<b>92 artigos</b>					

Fonte: Elaboração própria.

Todos os 92 artigos incluídos tiveram os resumos lidos, e, seguindo os critérios de inclusão e exclusão anteriormente determinados, chegou-se a um número final de 25 artigos analisados. Buscou-se extrair das publicações alguns elementos previamente definidos em um quadro, a fim de organizar as principais questões abordadas pelos autores. Tal procedimento possibilitou uma visão geral das principais questões tratadas nas publicações, permitindo a identificação de três grandes categorias: ‘Trabalhadores e

processo de trabalho’, ‘Organização e funcionamento do PRMS’ e ‘Aspectos Estruturais das instituições/campos de prática do PRMS’. Construiu-se a análise a partir dessas três categorias, reunindo em grupos as publicações que dialogam, majoritariamente, sobre as mesmas questões. Dos 25 artigos analisados, 14 discutem ‘Trabalhadores e Processo de Trabalho’; 9 abordam ‘Organização e Funcionamento do PRMS’; e ‘Aspectos estruturais das instituições/campos de prática dos PRMS’ comparecem em 2 dos artigos.

## Resultados e discussão

A maioria das publicações é proveniente da região Sudeste do Brasil, o que coincide com a distribuição dos PRMS no País e corrobora os dados de Dallegrave e Ceccim<sup>11</sup>.

A pesquisa também revelou que os residentes pouco publicam sobre suas vivências durante a inserção nos programas. Dos artigos selecionados, metade é produto de dissertações e teses, não sendo possível identificar em todos os artigos se os autores foram residentes. Acerca dessa questão, podemos considerar a possibilidade de um amadurecimento maior sobre as experiências no PRMS ocorrer

após a vivência, o que torna a inserção em mestrados e doutorados uma oportunidade para estudar o tema. A mesma percepção pode justificar o volume maior de publicações no ano de 2015, já que, a partir de 2009, o PRMS passa por um redirecionamento importante, conforme assinalado anteriormente. Apenas 1 artigo, entre os que foram analisados, resulta do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do PRMS<sup>12</sup>, e alguns questionamentos parecem pertinentes: quais têm sido os formatos de TCC utilizados nos PRMS? Existe algum meio para divulgação dos trabalhos? A produção e a publicação de artigos são incentivadas pelos PRMS?

Quadro 1. Principais características das publicações incluídas na pesquisa

LOCAL	Sudeste - 13 artigos Sul - 8 Nordeste - 3 Centro-oeste - 1 Norte - 0	ANO	2015 - 12 artigos 2013 - 5 2010 e 2014 - 3 cada 2012 - 2 2011 - 0
PERIÓDICOS	Interface (Botucatu) - 5 artigos Trabalho, Educação e Saúde - 2 Psicologia Ciência e Profissão - 2 Saúde e Sociedade - 2 Revista Gaúcha de Enf. - 2 Revista de TO da USP - 2 Revista da Escola de Enf. da USP - 2 Periódicos diversos (um em cada) - 8	AUTORES/ FORMAÇÃO	Fruto de teses e dissertações - 14 artigos Não identificados - 5 Professores e residentes - 4 Preceptores e professores - 1 TCC da Residência (TO) - 1
ÁREA	Enfermagem - 7 artigos Não identificada - 7 Duas ou mais categorias - 4 Terapia Ocupacional - 3 Psicologia - 2 Nutrição - 1 Odontologia - 1	TIPO	Qualitativo - 23 artigos Quantitativo - 1 Quali/quantitativo - 1

Fonte: Elaboração própria.

TO: Terapia Ocupacional; Enf.: Enfermagem; USP: Universidade de São Paulo.

## Trabalhadores e processo de trabalho

Os artigos agrupados neste eixo discutem as relações de trabalho com as quais os residentes se deparam em seu processo formativo. Essa realidade também atinge os/as trabalhadores/

as dos serviços/campos de prática e se operam na complexidade das interações que se estabelecem no processo de trabalho.

Os artigos apontam como limites: a terceirização e a instabilidade dos contratos de trabalho, resultando em fragilidade de vínculos; o



número reduzido de profissionais nas instituições; e a ausência de bolsas para preceptoria, além de esta atividade ser considerada mais uma atribuição dentro da carga horária dos profissionais. Apontam, ainda, a dificuldade de diálogo entre trabalhadores e pacientes; tarefas administrativas vistas como desvio de função; expectativa sobre algumas categorias profissionais para a atuação clínica individual; dificuldade para o exercício do trabalho coletivo; discursos e posturas corporativistas; resistência por parte de equipes antigas nos serviços; e ausência de aprendizado sobre gestão, redes e macrogestão<sup>12,13</sup>.

Apesar dos limites encontrados impactarem diretamente o trabalho dos residentes, é prudente observar que poucos são, especificamente, originários do PRMS. O Programa acaba por ser um agente que põe em evidência os aspectos estruturais que limitam o trabalho em saúde, bem como suas potencialidades. Não se pode esquecer que o PRMS está inserido em uma lógica macropolítica que contém determinantes estruturais intrínsecos e que impactam objetivamente a política de saúde nas diversas esferas em que se realiza.

Especificamente sobre os residentes, alguns estudos enfatizam os impactos do trabalho e das relações institucionais e interpessoais na saúde e no processo formativo. Além do estresse do cotidiano de trabalho, os residentes se deparam com a exaustão vivida anteriormente na graduação e que continua e/ou aumenta com as atribuições acadêmicas e laborais na Residência. As más condições de trabalho; baixa remuneração; limitações para participação em eventos científicos; falta de motivação por parte dos profissionais dos serviços para desenvolver novas atividades; carga horária elevada; falta de tempo para estudo e pesquisa; designação para 'substituir' profissionais do serviço; cobranças de produtividade; falta de identidade profissional; ausência de espaços para questionamentos junto aos/as preceptores/as, tutores/as e equipes de saúde; falta de reconhecimento do trabalho realizado; falta de articulação entre

aprendizado teórico, orientações recebidas e práticas instituídas nos serviços; e, ainda, o desafio de romper com a reprodução social de práticas hegemônicas foram citados entre os principais elementos estressores<sup>12-14</sup>.

Conforme aponta Mendes<sup>15</sup>, o trabalho não pode tornar-se lugar só de sofrimento ou só de prazer, ele resulta da dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, ou seja,

[...] tanto o modelo de organização do trabalho prescrito pela organização, como as relações subjetivas dos trabalhadores com o trabalho têm papel fundamental na determinação de vivências de prazer, com consequências para a produtividade<sup>15(36)</sup>.

Diante disso, é necessário criar espaços de diálogo entre os PRMS e os serviços/campos de prática<sup>16</sup>. No caso da formação em saúde através do PRMS, Guido et al.<sup>17</sup> destacam que podemos considerar alguns aspectos como estressores por seu caráter inovador, ou seja, estão na contramão dos modelos vigentes de ensino. No caso do PRMS, pode-se destacar: trabalho em equipe, metodologias ativas e participativas, relações entre categorias profissionais diversas e a responsabilização por um cuidado integrado e humanizado a ser alcançado pela mudança de práticas já solidificadas nos serviços.

Outro aspecto bastante evidenciado nas publicações refere-se à fragilidade da formação acadêmica para a atuação na saúde. Muitos residentes tiveram pouca ou nenhuma aproximação com a saúde pública antes da Residência. O trabalho dos profissionais é descrito como desarticulado e fragmentado devido à ausência de espaços de discussão e diálogo, e as discussões que ocorrem no horário de trabalho são consideradas 'informais', ou seja, não são vistas como trabalho. Também são realizadas poucas abordagens grupais; há dificuldade para trabalhar em equipe e pouca capacitação para o trabalho de promoção e prevenção em saúde, ao mesmo tempo que há cobrança desse tipo de ação<sup>18-28</sup>.

Os artigos também mostram que algumas categorias profissionais enfrentam desafios específicos durante o processo formativo da Residência, são elas a fonoaudiologia, a psicologia, a nutrição e a terapia ocupacional. Os artigos citam como comum às quatro categorias a ausência de uma formação acadêmica em consonância com o SUS, bem como a expectativa dos profissionais de outras categorias para a atuação especializada/individual no nível secundário de atenção à saúde. Isso dificulta a construção do processo de trabalho desses profissionais na Atenção Primária (AP), já que, nesse nível de atenção, impõem-se fortemente a necessidade de intervenções grupais, a compreensão social dos problemas enfrentados e o trabalho em equipe multiprofissional. Outro problema evidenciado pelos artigos é o baixo número de publicações sobre a atuação desses profissionais na AP, agravado pela ausência de diretrizes para o trabalho – mais especificamente no que se refere à nutrição e à fonoaudiologia. Os residentes enfrentam, ainda, a ausência de profissionais contratados nessas áreas, o que o que os leva a ‘suprir’ a falta desses trabalhadores<sup>13,19-22</sup>.

Acerca dessa problemática, Mendes<sup>8</sup> destaca que, nos fóruns de discussão sobre a Residência, há uma queixa generalizada quanto à sobrecarga de trabalho, que é resultado, entre outros fatores, do baixo número de profissionais para atender às demandas

da população. A autora esclarece, ainda, que, somado a essa questão, que independe da existência da Residência, a implantação dos PRMS trouxe novas demandas aos profissionais, entre elas, a preceptoria, tutoria, coordenação geral e de área e, ainda, a docência das disciplinas.

Tais requisições, contudo, não se fizeram acompanhar pela melhoria das condições de trabalho e, especialmente, pela contratação de novos trabalhadores<sup>8(193)</sup>.

Todavia, embora os artigos assinalem muitos limites para o trabalho e para as relações que os trabalhadores estabelecem através da atuação profissional no PRMS, os autores também destacam potencialidades que, em grande parte, referem-se às estratégias para o enfrentamento das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho. Os estudos demonstram que os processos de trabalho construídos através do PRMS possibilitam aprendizado constante do diálogo, da política das relações sociais e adoção de atitudes defensivas diante do medo e da instabilidade do mundo do trabalho<sup>23</sup>. Ao final do processo formativo, sentimentos iniciais de incompetência e desvalorização são substituídos por reconstrução pessoal, profissional e de competências<sup>17</sup>. O *quadro 2* permite observar as principais potencialidades do PRMS destacadas pelos artigos quanto ao eixo ‘Trabalhadores e processo de trabalho’.

Quadro 2. Potencialidades do PRMS e conclusões dos artigos do eixo ‘Trabalhadores e processo de trabalho’

Identificação do artigo	Título: Residência na Atenção Básica à saúde em tempos líquidos Autor(es): Rossoni E	Ano: 2015
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender a administrar incertezas.</li> <li>- Desenvolver capacidade de dialogar, ser político, fazer consenso e negociar.</li> <li>- Estímulo a ações defensivas diante do medo e da instabilidade do mercado de trabalho.</li> <li>- Criar brechas para atitudes solidárias.</li> <li>- Coletivo como forma de resistência.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A repetida questão de o trabalho na ABS/APS ser considerado de baixa complexidade perpetua pouca ou nenhuma valorização a quem se dedica a esses serviços.</li> <li>- Necessidade de qualificar estruturas físicas e processos de trabalho nos serviços.</li> <li>- Rever formas de contratação dos profissionais, privilegiando estabilidade, plano de carreira e remuneração adequados.</li> </ul>	

Quadro 2. (cont.)

<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título: Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública</b>	<b>Ano: 2012</b>
	<b>Autor(es): Guido LA, Silva RM, Goulart CT, et al.</b>	
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No final de períodos da residência, sentimentos iniciais de incompetência e desvalorização são substituídos por reconstrução pessoal, profissional e de competências.</li> <li>- Os enfermeiros destacam que quase todas as atividades que lhe são confiadas correspondem à sua qualificação.</li> <li>- Buscando evitar situações desconfortáveis, residentes assumem pacientes mais graves e também gerenciam unidades, o que resulta em maior autoconfiança e habilidade técnica.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os residentes estão expostos a elementos estressores que podem favorecer o surgimento da Síndrome de Burnout.</li> <li>- Ocorre a cronificação do estresse, que é multicausal e pode ter início na graduação.</li> <li>- Há residentes com indicativo de Burnout, e prevalecem adultos jovens e enfermeiros.</li> <li>- Indivíduos jovens podem apresentar menos habilidades para superar o desgaste de situações profissionais e pessoais.</li> <li>- Necessário desenvolver atividades educativas e de orientação sobre estratégias de enfrentamento e Burnout.</li> </ul>	
<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título: Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde</b>	<b>Ano: 2015</b>
	<b>Autor(es): Fernandes MNS, Beck CLC, Weiller TH, et al.</b>	
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RMS desencadeia processo de construção da integralidade das ações nos serviços.</li> <li>- Trabalho em equipe multiprofissional associado ao prazer profissional.</li> <li>- PRMS 'desacomoda' o serviço.</li> <li>- Possibilidade de reinvenção diária do trabalho dinamizada pela experimentação do conflito vivenciado na realidade dos serviços.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As situações de sofrimento parecem se sobressair com relação às possibilidades de prazer.</li> <li>- Necessidade de espaços de diálogo entre os Programas e os serviços de saúde, a fim de integrar trabalhadores e residentes.</li> <li>- Necessidade de construir um processo de formação que favoreça aprendizado e bem-estar dos residentes.</li> <li>- Necessário realizar novos estudos em outros cenários, a fim de que se possa confrontar, rediscutir e ampliar resultados.</li> </ul>	
<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título: Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional</b>	<b>Ano: 2015</b>
	<b>Autor(es): Silva JC, Contim D, Ohl RIB, et al.</b>	
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Residência como possibilidade de conhecimento de outras categorias profissionais que se complementam.</li> <li>- Realização de ações conjuntas e desenvolvimento de habilidades de reconhecer outras necessidades dos pacientes sabendo encaminhá-los a outros profissionais.</li> <li>- Preservação da especificidade, mas vendo o multiprofissional como benefício para o paciente.</li> <li>- Aceitação e reconhecimento por parte dos pacientes, favorecendo o reconhecimento do papel profissional.</li> <li>- Assistência qualificada que contribui para a adesão ao tratamento.</li> <li>- Construção coletiva do conhecimento e desenvolvimento de uma proposta inovadora de assistência.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PRMS como oportunidade significativa de aprendizado e contato com profissionais de diferentes áreas, permitindo assumir nova conduta profissional.</li> <li>- A assistência ao usuário adquire caráter mais humanizado e abrangente através do compartilhamento de conhecimentos específicos de cada área e participação nas atividades de saúde.</li> </ul>	
<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título: A Comunicação entre a equipe de saúde em uma clínica cirúrgica: o olhar dos profissionais de um PRMS</b>	<b>Ano: 2013</b>
	<b>Autor(es): Aredes MA, Bahia LA, Silva CSMC, et al.</b>	
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PRMS possibilitou a observação de atitudes e ações dos profissionais envolvidos na assistência da clínica cirúrgica = observação da comunicação profissional-profissional, profissional-paciente, profissional-familiar e paciente-familiar.</li> <li>- Comunicação entre profissionais tornou-se ferramenta constante para discussão, planejamento, reavaliação de condutas e modificação da visão acerca do paciente e de sua doença.</li> <li>- Ações dos residentes com objetivo de reduzir tempo de permanência do paciente, custos hospitalares, prevenção de complicações.</li> <li>- Comunicação entre profissionais, pacientes e familiares favorece a confiança e auxilia no tratamento e na qualidade da assistência.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação articula profissionais, pacientes e familiares, e é essencial durante o tratamento.</li> <li>- RMS tem se destacado como programa de treinamento para o trabalho em equipe, facilitando o processo de trabalho.</li> <li>- Experiência possibilitou aos residentes aprender questões relevantes a cada área e ao trabalho articulado, tendo na comunicação ferramenta integradora do conhecimento e melhorando a qualidade do atendimento.</li> <li>- Importância da comunicação em encontros para discussão de casos e troca de informações para melhora na assistência e no prognóstico do paciente.</li> </ul>	

## Quadro 2. (cont.)

Identificação do artigo	Título: <b>'A gente vai aprendendo': o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil</b>	Ano: 2015
<b>Autor(es): Brites LS, Weiller TH, Sileira D, et al.</b>		
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PRSM contribui para a formação de profissionais para o SUS, no arranjo do Apoio Matricial e Saúde da Família.</li> <li>- As práticas de matriciamento desenvolvidas pelos residentes, embora tímidas, foram se solidificando com a atuação na realidade local.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desafios incentivam os sujeitos a construir estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas.</li> <li>- Importância da prática na experimentação da proposta de Apoio Matricial.</li> <li>- Permitir essa experimentação aos residentes e profissionais caracterizou-se como diferencial para conseguir mudanças nos processos de trabalho no SUS.</li> <li>- Necessário, mas não suficiente oferecer suporte teórico nos PRMS. É preciso permitir participação ativa dos profissionais residentes e dos serviços, da gestão da residência, do município e dos usuários na efetivação de um canal permanente de discussão para operacionalização do Apoio Matricial na ESF.</li> </ul>	
Identificação do artigo	Título: <b>Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família</b>	Ano: 2010
<b>Autor(es): Nascimento DDG, Oliveira MAC</b>		
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RMSF apresenta potencialidades pedagógicas e políticas para transformação do modelo de atenção à saúde da família.</li> <li>- Compreensão de que a escuta ampliada e o acolhimento são indispensáveis para a atenção à saúde.</li> <li>- Reconhecimento do trabalho como local de produção do saber na ESF, o que foi reforçado pelo PRMS.</li> <li>- Reconhecimento de formação generalista para atuação na ESF (conhecimento sobre políticas públicas, processo saúde-doença, Atenção Primária, interdisciplinaridade, saúde coletiva, referência e contrarreferência).</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessário atentar para a importância do gerenciamento do tempo, do trabalho e dos recursos disponíveis.</li> <li>- Reorganização da AP nos moldes da ESF requer renovação de práticas, vínculos e compromissos de corresponsabilidade entre serviços de saúde e usuários.</li> <li>- Na ESF, a educação em saúde torna-se instrumento de conscientização e de superação de vulnerabilidades.</li> <li>- Um dos desafios para os profissionais no cotidiano do trabalho é reconhecer e respeitar a autonomia das pessoas com relação ao seu modo de vida, reafirmando compromisso com a integralidade e a humanização.</li> <li>- A construção desse perfil de competências evidenciou a necessidade de pensar a formação no PRMS a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença, assim como refletiu as competências desejáveis para atuar na ESF por meio da imersão pelo e no trabalho, oportunizada pela RMS.</li> </ul>	
Identificação do artigo	Título: <b>Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador da saúde</b>	Ano: 2015
<b>Autor(es): Domingos CM, Nunes EFPA</b>		
Potências do PRMS	<p>A inserção da RMSF favorece integralidade das ações em saúde; amplia relação teoria-prática; potencializa a USF como dispositivo de mudança no modelo de assistência à saúde; avanço do trabalho multiprofissional; inclusão de diversas categorias profissionais que não atuavam na USF; amplia o conhecimento dos trabalhadores sobre o território e dados epidemiológicos – melhor planejamento em acordo com as necessidades da comunidade; presença dos residentes como apoio na prestação de cuidado, troca de conhecimentos – discussão de casos/tomada de decisão, melhora na capacidade resolutive da equipe. Contribuição para a formação do residente: vivência no cotidiano de uma USF; desenvolvimento da habilidade de se relacionar com o usuário e identificar a gama de dimensões que envolve os usuários; formação de profissionais capacitados para atuar na USF.</p> <p>Os trabalhadores atribuem à residência a capacidade de 'trabalhar redondinho'. Resolutividade do trabalho da equipe em conjunto com os residentes minimiza a culpa quando não é possível atender o paciente. Residência contribuiu para a expansão da assistência em saúde bucal da população adulta e modificou o processo de trabalho da odontologia da USF. A RMSF possibilitou mais conhecimento sobre o SUS. Potencializa a educação permanente. RMSF percebida como 'especialização para a vida'.</p>	
Conclusões do artigo	<p>RMSF evidenciou a insuficiência da equipe mínima da ESF.</p> <p>RMSF impulsiona a ESF a ser um dispositivo de mudança no modelo de assistência à saúde.</p> <p>Para os profissionais do serviço, a RMSF se mostrou como potente estratégia de formação de profissionais capacitados para atuar na ESF.</p> <p>Fica evidente a necessidade da parceria ensino, serviço e comunidade para que a RMSF se confirme como uma das possíveis estratégias de mudança na formação.</p> <p>RMSF é uma ferramenta para operar o proposto pela Educação Permanente na formação inacabada dos profissionais de saúde. Projeto Político-Pedagógico da RMSF condizente com os princípios do SUS.</p>	

Fonte: Elaboração própria.

As possibilidades que o PRMS aponta impactam o trabalho dos profissionais dos serviços, fortalecendo as ações desses trabalhadores. Tratando das especificidades das categorias profissionais, os residentes de áreas que enfrentam dificuldades para a atuação no PRMS também alcançam êxitos durante o processo formativo. Os artigos evidenciam que a inserção da fonoaudiologia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional na AP possibilita o diagnóstico precoce de doenças e/ou agravos; favorece o desenvolvimento de atividades em acordo com as necessidades da comunidade; conhecimento sobre território e processo saúde-doença; compreensão da dimensão da promoção da saúde na prática profissional; integração com outras categorias profissionais; participação em instâncias de controle social e de gestão; construção de um novo perfil de profissional para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF); e favorece ações coletivas e menos individualizadas. Além disso, o trabalho em equipe amplia e qualifica o trabalho específico.

A inserção do PRMS na USF é citada como importante para a formação profissional, pois ajuda na melhora da postura profissional e na segurança a respeito da profissão ao final da Residência. O PRMS também tem influência para a inserção no serviço público, além de estimular ações em prol da melhora do currículo da graduação e a criação de diretrizes para o trabalho na AP – nos casos da fonoaudiologia e da nutrição<sup>12,13,19-20</sup>.

## Organização e funcionamento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

Com relação à dimensão organizacional e de funcionamento do PRMS, os artigos discutem processos avaliativos, preceptoria, processos ensino-aprendizagem hierarquizados, relação teoria e prática e Projetos Político-Pedagógicos (PPP) dos Programas.

Três estudos refletem sobre a utilização de metodologias avaliativas diferenciadas e de cunho mais participativo<sup>24-26</sup>. No entanto, a metodologia proposta também causa angústia nos residentes, considerando o fato de sua

execução ser mais trabalhosa e reflexiva, o que se contrapõe à rotina de trabalho imposta pela Residência. Os artigos apontam, ainda, dificuldade em implementar ações coletivas; excesso de demandas de trabalho; separação entre pensar e fazer; e relações de hierarquia e subordinação entre preceptores e residentes.

No que concerne à preceptoria, os artigos destacam, de modo geral, que a ausência de formação para exercer essa atribuição e a falta de clareza sobre o papel do preceptor no processo formativo geram inúmeras dificuldades para a organização e o funcionamento dos programas, ficando a cargo de cada programa definir o que é a preceptoria e qual o papel do preceptor<sup>27</sup>. Nesse sentido, haveria uma insuficiência no conceito de preceptoria existente no PRMS.

Os artigos apontam, ainda, o preceptor com atividades de diversas ordens (técnica, docente, ética e moral); perspectiva pedagógica da preceptoria como geradora de desconforto nos preceptores, já que não são formados para tal atividade; acúmulo de atividades pelo preceptor, prejudicando a formação do residente; ausência de preceptores nos serviços, impactando a inserção dos residentes nesses espaços; preceptoria vista como ‘função a mais’; docentes com visão hierarquizada do processo formativo; não avaliação dos preceptores pelos residentes; número reduzido de preceptores para as demandas dos campos de prática; e a existência de diversos tipos de atuação entre os preceptores – alguns acompanham sistematicamente, outros esporadicamente –, além do tempo insuficiente para a preceptoria<sup>28</sup>. Outros autores evidenciam que a opinião dos residentes não é considerada pelos preceptores; há falta de percepção do preceptor sobre o seu papel educativo; inadequação dos processos de supervisão e avaliação das atividades dos residentes e dissociação entre teoria e prática<sup>14,28</sup>.

Para essas problemáticas, alguns artigos também apontam possíveis soluções e sugerem encontros periódicos entre coordenadores, docentes e outros preceptores para a troca de experiências, além da promoção de estratégias que invistam no autodesenvolvimento dos sujeitos como preceptores e profissionais em sua área. Constatou-se que o preceptor dispõe de pouco

tempo para essa atividade e que sua participação restrita é sentida pelos residentes<sup>27,29</sup>.

É importante dizer, ainda, que não se trata apenas de capacitar preceptores para a atuação no PRMS. A preceptoria figura no cenário do trabalho em saúde como o elemento ‘denunciador’ da urgência da revisão dos processos de trabalho instaurados nas instituições de saúde. A atividade de preceptoria está imersa no emaranhado de relações que se estabelecem entre trabalhadores e entre estes e as dinâmicas das instituições.

A relação entre preceptor e residente deve ultrapassar a transferência de conhecimento e técnicas e deve ser uma relação dialética. É preciso notar que uma relação mais horizontalizada e colaborativa não ‘funde’ esses atores, mas abre espaço para a busca de mais conhecimento e de novas ideias. “É fundamental considerar preceptores e residentes como sujeitos em formação”<sup>3(214)</sup>.

No campo da discussão sobre os Projetos Político-Pedagógicos (PPP) dos programas, os artigos revelam a ausência de uniformidade entre esses projetos, sendo encontradas várias formas de organização didática, diferentes matrizes pedagógicas e diversos sistemas de avaliação. Os PPP também não apresentam definições de multiprofissional e interprofissional, impedindo a identificação das concepções adotadas. Não há explicitação sobre os marcos teóricos adotados e há predomínio de uma visão restrita sobre preceptoria<sup>30</sup>.

Um estudo<sup>28</sup> aponta que ainda prevalecem métodos educativos convencionais, que priorizam o mero repasse de informações, a individualidade e a prática repetitiva. Nesse sentido, a adoção de metodologias ativas/reflexivas, especificamente o diário de campo, é apontada como valioso instrumento de gestão educacional e formação em saúde, propiciando uma avaliação global do residente, bem como auxiliando nas reflexões sobre a prática profissional cotidiana<sup>24</sup>. Mendes<sup>8</sup> descreve as Residências como potência para repensar práticas profissionais consolidadas e refletir sobre a estruturação dos serviços, propondo

transformações. Isso requer ferramentas pedagógicas que possibilitem ponderações e proposições. Segundo a autora, somente metodologias participativas, dialéticas e dialógicas possibilitam esses movimentos. Deve haver espaço para que os atores desse processo tenham liberdade para interrogar o cotidiano e propor soluções. No entanto, instituir essa liberdade requer relações mais horizontalizadas, que não são fáceis de serem criadas frente à hegemonia de algumas profissões de saúde.

Como alternativas a essa problemática, alguns artigos sugerem a construção de propostas de avaliação que deem conta do processo ensino-aprendizagem para além das atividades de ensino em serviço. Além disso, no que se refere ao Programa, estabelecer a prática de autoavaliação pode se constituir enquanto estratégia de aprimoramento<sup>25,30,31</sup>. Duas publicações<sup>24,26</sup> destacam a adoção de metodologias ativas (diário de campo) como instrumento que auxilia na identificação do que é necessário aprender; propicia reflexão e melhora de competências e das práticas educacional e assistencial; fomenta o desenvolvimento da habilidade narrativa; ajuda na elaboração do TCC; serve como suporte para a preceptoria, ajudando a retomar questões relevantes; e ainda possibilita um olhar mais acadêmico sobre a formação.

Quanto aos aspectos positivos no âmbito da organização e do funcionamento do PRMS, uma publicação<sup>31</sup> abordou a construção de indicadores para a avaliação do PRMS, especificamente, no campo da ESF, evidenciando que há uma preocupação em adequar os PPP aos princípios do SUS. O artigo avalia a construção de um instrumento de avaliação que busca contribuir para acompanhar a qualidade metodológica e pedagógica do Programa. Outro estudo<sup>30</sup> aponta que a maioria dos programas adota um currículo integrativo, estruturado em eixos comuns a todas as categorias profissionais, além de existir nos programas uma prática sólida de avaliações dos residentes. No *quadro 3*, destacam-se as potencialidades acerca da preceptoria e demais componentes da organização e do funcionamento do PRMS citados nos artigos.

Quadro 3. Potencialidades do PRMS e conclusões dos artigos do eixo 'Organização e funcionamento do PRMS'

<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título: Um relato de caso sobre a construção e elaboração do portfólio como metodologia avaliativa de aprendizagem</b>	<b>Ano: 2015</b>
	<b>Autor(es): Lana LD, Birner JA</b>	
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liberdade para a construção do portfólio.</li> <li>- Presença da preceptora (que conhece a realidade vivenciada pelo residente) como avaliadora.</li> <li>- Ciclo de troca entre preceptor e residente.</li> <li>- Possibilidade de melhora prática assistencial, educacional e gerencial da RMS e da instituição.</li> <li>- Interlocução com o Projeto Pedagógico do Programa para construção das reflexões.</li> <li>- Oportunidade de relacionar o currículo com as atividades desenvolvidas.</li> <li>- Maior interação entre residente e preceptor. Possibilita momentos de troca nas relações de trabalho.</li> <li>- Aprendizado centrado nas competências, pois se aprende fazendo. Revela o preceptor como educador.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deve haver disposição dos preceptores para adotarem metodologias inovadoras de avaliação.</li> <li>- A utilização de um diário de campo ajuda a minimizar a demora na construção do portfólio.</li> <li>- O portfólio é um instrumento facilitador para o desenvolvimento de habilidades e atitudes dos residentes.</li> <li>- Há uma lacuna entre construção, avaliação e a prática desenvolvida pelo residente, pois as etapas são morosas.</li> <li>- O desenvolvimento do portfólio contribui para o progresso da docência, pois é uma estratégia interessante de apropriação da avaliação como componente do trabalho pedagógico, reflexivo e participativo. Possibilita pensar crítico do residente, com vistas a mudar práticas tradicionais.</li> <li>- Necessário realização de mais estudos sobre o uso do portfólio. Propõe que a metodologia do PRMS seja aperfeiçoada e aponta o uso do portfólio como instrumento auxiliar da formação.</li> </ul>	
<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título: A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família</b>	<b>Ano: 2013</b>
	<b>Autor(es): Oliveira FGVC, Carvalho MAP, Garcia MRG, et al.</b>	
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilita aprendizado com a prática e a construção de saídas.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ferramenta eficaz de acompanhamento das atividades das equipes. Fornece subsídios para a avaliação dos residentes.</li> <li>- Valioso instrumento da gestão educacional da formação em saúde. Propicia avaliação global do residente, considerando o cognitivo, o psicomotor e o afetivo.</li> <li>- Necessidade de maior viabilização de instrumentos dessa natureza, que se ancoram na prática crítica e reflexiva.</li> <li>- Necessidade de aperfeiçoamento das experiências de uso do instrumento. Na saúde, os diários fortalecem a apreensão de novas experiências de construção compartilhada do conhecimento.</li> <li>- O diário é um instrumento com funções pedagógicas importantes. Auxilia no reconhecimento das necessidades de aprendizagem, no desenvolvimento da competência narrativa e na reflexão continuada sobre as múltiplas dimensões da prática.</li> <li>- O diário oportuniza debates que relacionam teoria e prática. Auxilia na confecção do TCC.</li> <li>- Serve como suporte para as reuniões de orientação. Ajuda na identificação dos estágios do processo formativo. Auxilia na memória de questões relevantes.</li> </ul>	
<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título: A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária - análise das publicações brasileiras</b>	<b>Ano: 2015</b>
	<b>Autor(es): Autônomo FROM, Hortale VA, Santos GB, et al.</b>	
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preceptor inserido na equipe facilita a mediação de conflitos.</li> <li>- Preceptores como modelo para o crescimento e desenvolvimento pessoal e ético dos residentes.</li> <li>- Presença contínua dos residentes provoca outro modo de operar desacomodando o instituído.</li> <li>- Introdução da docência no serviço acentua a implicação com o trabalho e inaugura fluxos institucionais entre gestão organizacional e assistência clínica.</li> <li>- Situações interdisciplinares possibilitam formação ampliada. Preceptores que foram residentes têm uma postura diferenciada, pois lembram que também estão formando futuros preceptores.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de mais estudos sobre o preceptor e suas funções.</li> <li>- Não foram encontrados um ou mais conceitos de preceptoria. Onde eram pra ser vistos conceitos, viram-se metáforas. A definição do que seja o preceptor e suas atribuições não demanda uma padronização, mas requer elucidação.</li> <li>- O estudo possibilitou compreender que o profissional que assume uma preceptoria deve conhecer o programa em que será inserido, seus objetivos e o que esperam de sua participação; deve preparar a equipe que irá receber os residentes; estimular a inserção dos residentes na equipe; reservar um horário para a preceptoria; manter encontros periódicos com coordenadores, docentes e outros preceptores para troca de experiências; promover estratégias de aprendizagem; avaliar e estimular a autoavaliação do residente; investir no autodesenvolvimento como preceptor e como profissional em sua área.</li> </ul>	

## Quadro 3.(cont.)

Identificação do artigo	Título: <b>Educação Permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso</b> <b>Ano: 2014</b>
	<b>Autor(es): Silva CT, Terra MG, Camponogara S, et al.</b>
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação Permanente em Saúde (EPS) aparece como meio para reflexão das práticas.</li> <li>- Seminários de núcleo e campo como encontros que possibilitam novos sentidos para a atuação profissional.</li> <li>- Projeto Pedagógico enfatizando a atuação dos residentes como propulsora de mudanças.</li> <li>- Profissionais preocupados com que sua prática proporcione autonomia para a vida dos usuários.</li> <li>- EPS enquanto encontro que possibilita multi e interdisciplinaridade.</li> <li>- Agir multiprofissional presente, especialmente, no planejamento das ações.</li> <li>- Interdisciplinaridade como ponto mais marcante da RMS.</li> </ul>
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de que os profissionais da residência compreendam a EPS como proposta pedagógica que fomenta a educação no cotidiano de atuação.</li> <li>- Integrantes da residência percebem que a EPS permeia a formação e possibilita refletir sobre a prática.</li> <li>- Multiprofissionalidade é forma de manifestar a EPS. EPS como promotora de espaços coletivos. Importante desenvolver projetos acerca da EPS.</li> <li>- Resultados deste estudo são limitados por se referirem a um contexto específico. Necessidade de mais estudos que aprofundem essa reflexão e desenvolvam metodologias que sensibilizem, além da Residência, todos os âmbitos que permeiam a formação de profissionais de saúde.</li> </ul>
Identificação do artigo	Título: <b>Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos</b> <b>Ano: 2015</b>
	<b>Autor(es): Neto MVM, Leonello VM, Oliveira MAC</b>
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos os PPP estão de acordo com a Portaria Interministerial que trata dos PRMS.</li> <li>- Todos os programas têm o objetivo educacional de melhorar a qualidade dos serviços e da assistência à saúde, impactando os cenários de prática.</li> <li>- A maioria dos programas adota um currículo integrativo, organizado em eixos comuns às categorias profissionais.</li> <li>- Existência de uma prática sólida de avaliações.</li> </ul>
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cenário heterogêneo no que diz respeito a currículos, organização didático-pedagógica, objetivos educacionais, matrizes pedagógicas e sistemas de avaliação utilizados.</li> <li>- Análise que se limita a conhecer apenas currículo planejado; demais tipos de currículos (oculto e vivo) demandam outras estratégias de pesquisa.</li> <li>- Nem todos os PPP apresentaram elementos suficientes para análise aprofundada do cenário formativo.</li> </ul> <p>Um dos programas revelou cenário altamente favorável à Educação Interprofissional (EIP), por expressar claramente sua adoção como estratégia de formação, entre outros elementos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O estudo forneceu os primeiros elementos para futuras pesquisas e para o debate da temática no País.</li> </ul>
Identificação do artigo	Título: <b>Preceptor de Território, Novas Práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral.</b> <b>Ano: 2012</b>
	<b>Autor(es): Pagani R, Andrade LOM</b>
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Figura do Preceptor de Território criada com o desafio de ser um educador permanente em saúde.</li> <li>- Trabalho a partir da aprendizagem significativa – educação no trabalho. Possibilidade de aprendizado com reflexão crítica – Educação Permanente, PRMSF e a preceptoría de território como ferramentas para tal.</li> <li>- Modelo da ‘Tenda invertida’ – o momento de formação passa a ser a US e a comunidade onde a equipe da ESF atua. O mestre ou preceptor é que se desloca ao local de trabalho do residente.</li> <li>- Território como lugar privilegiado para o desenvolvimento do processo de trabalho. Aproximação da saúde com a questão do território e dados epidemiológicos como forma de organizar e distribuir os serviços de saúde.</li> <li>- Estabelecimento gradativo de princípios, estilos e formas de atuar, com base nas vivências práticas do grupo de preceptores de território. Vivências concretas como modo de construir saberes.</li> <li>- Preceptoría de território como prática inovadora de Educação Permanente para a ESF e SUS.</li> <li>- Preceptor de território permite maior autonomia às equipes.</li> </ul>
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A preceptoría de território surge como nova maneira de formar e capacitar os profissionais de saúde para a ESF – gestão participativa, Educação Permanente e território como campo de aprendizado.</li> <li>- Importância do preceptor de território para acompanhar residentes e equipe.</li> <li>- A falta mais ampla do preceptor é sentida por residentes e profissionais.</li> <li>- O preceptor dispõe de pouco tempo para essa atividade; sua participação concentra-se na discussão de roda.</li> <li>- Quantidade de preceptores e carga horária são insuficientes para essa modalidade de preceptoría.</li> <li>- O papel do preceptor de território ainda está em construção, embora já sejam observados resultados favoráveis, como, por exemplo, a percepção da importância desse ator na construção do SUS.</li> </ul>



Quadro 3.(cont.)

<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título: Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas</b>	<b>Ano: 2010</b>
	<b>Autor(es): Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, et al.</b>	
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os cursos estimularam mudanças efetivas no comportamento dos estudantes e na sua prática profissional cotidiana.</li> <li>- Cursos proporcionaram qualificação para o trabalho na área do curso. Os cursos obtiveram êxito na formação baseada em competência profissional.</li> <li>- Curso que utiliza metodologias ativas pode ser avaliado como exitoso quando proporciona integralidade e articulação teoria-prática.</li> <li>Os êxitos apontados pelos egressos na formação ancoram-se nas dimensões cognitiva, afetiva e psicomotora – articulação entre pensar, sentir e agir.</li> <li>- Curso proporcionou sólida formação teórica e prática, preparo para trabalho em equipe e conhecimento sobre os princípios das políticas públicas de atenção à saúde. Formação potente tanto no coletivo quanto nas especialidades.</li> <li>- Articulação entre saber e fazer consolida a graduação.</li> <li>- O curso possibilita conhecer o fazer de outras categorias e a capacidade de resolução de conflitos no processo de trabalho.</li> <li>- Os egressos apontam que há coerência entre os princípios do SUS e os Projetos Pedagógicos dos cursos.</li> <li>- Enfoque na interdisciplinaridade – possibilita parcerias produtivas. Possibilidade de transformação nos ambientes de trabalho.</li> <li>- Possibilita mudar visão dos usuários para além das doenças ou do seu corpo – clínica ampliada.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade de generalização dos achados – pesquisa em um único local e poucos participantes que não representam o universo de egressos.</li> <li>- Os egressos compreenderam, em grande parte, as dimensões que devem ser consideradas na formação de um novo profissional mais próximo dos princípios e diretrizes do SUS.</li> <li>- Metodologias ativas como modo que possibilita visão ampliada da realidade e articulação teoria-prática, além da capacidade de conviver e respeitar diferentes saberes necessários ao cuidado integral.</li> <li>- Os achados da pesquisa convergem com um ensaio teórico que conclui que as modalidades de ensino podem representar um movimento inovador no contexto da educação na área da saúde, favorecendo as mudanças necessárias na implementação dos princípios do SUS.</li> <li>- No cotidiano dos serviços ainda há uma distância entre o preconizado e o realizado. Necessidade de maior reflexão sobre Educação Permanente.</li> <li>- Maior investimento na área de competência de gestão e organização dos serviços – diminuir distância entre cotidiano e política de saúde.</li> <li>- Necessidade de continuidade do investimento no processo educativo.</li> <li>- É possível trabalhar com metodologias ativas e a interação de profissionais de diferentes áreas, a fim de impulsionar mudanças na formação iluminadas por um novo olhar do processo ensino-aprendizagem.</li> </ul>	
<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título: Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações?</b>	<b>Ano: 2010</b>
	<b>Autor(es):</b>	
Potências do PRMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Residências apontadas como dispositivos de Educação Permanente e modalidade importante para formar trabalhadores da saúde – potencial pedagógico.</li> <li>- Integralidade aparece como importante vetor para configurar as Residências como estratégia de educação no trabalho.</li> <li>- Residência possibilita aprimoramento técnico-científico dos profissionais em formação.</li> </ul>	
Conclusões do artigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Há predominância de pesquisas sobre as Residências Médicas, devido ao fato de estarem há mais tempo instituídas legalmente no Brasil.</li> <li>- As concepções tradicionais de educação são ao mesmo tempo limites e potências para operar a mudança na formação.</li> <li>- Expressivo número de pesquisas que buscaram avaliar programas em andamento.</li> <li>- A discussão propõe a criação de um novo descritor que seja integrador, ou seja, adequado às pesquisas sobre Residência Médica, Multiprofissional e em área profissional – descritor proposto: 'Residências em Saúde'.</li> </ul>	

Fonte: Elaboração própria.

## Aspectos estruturais das instituições/campos de prática dos PRMS

As publicações agrupadas nessa categoria<sup>32,33-37</sup> assinalam, entre outras questões, a ausência de

recursos para o trabalho na AP, porém, nestes serviços, os autores identificam assistência mais humanizada aos usuários. Por outro lado, citam o trabalho na atenção terciária como fragmentado, individualizado e centrado em

procedimentos técnicos, porém, com recursos para o trabalho. Os autores também apontam que o excesso de encaminhamentos da AP para outros serviços denuncia a insuficiência de recursos no nível primário de atenção à saúde.

Quanto aos aspectos positivos, os artigos destacam que há avançado aporte de recursos tecnológicos (na atenção terciária) à disposição do PRMS, o que possibilita o aprimoramento do conhecimento científico e tecnológico em saúde, através das atividades de ensino, pesquisa e assistência. A Residência potencializa a ESF como dispositivo de mudança na atenção à saúde; fomenta o avanço do trabalho multiprofissional nos serviços; inclui diversas categorias profissionais que não atuavam nas Unidade de Saúde da Família (USF); e amplia o conhecimento dos trabalhadores sobre território e dados epidemiológicos, melhorando o planejamento das ações. Os estudos também afirmam que o fortalecimento do trabalho entre equipe das USF e residentes se deu após a contratação de profissionais via concurso público<sup>34,35</sup>.

Alguns estudos<sup>21,35</sup> também concluem que o PRMS ajuda a evidenciar a insuficiência da equipe mínima da ESF e da estrutura dos serviços e apontam como solução a necessidade de urgência no comprometimento dos gestores para melhorar das deficiências apontadas. Além disso, a parceria ensino, serviço e comunidade se faz necessária para consolidação do PRMS como estratégia de mudança na formação dos trabalhadores da saúde.

De maneira geral, o PRMS possibilita, segundo as publicações, mudanças efetivas no comportamento e nas práticas dos residentes; fornece qualificação na área/eixo do programa; êxitos nas dimensões cognitiva, afetiva e psicomotora – pensar, sentir e agir – dos residentes; articulação entre saber e fazer, ajudando a consolidar a formação acadêmica; conhecimento acerca do fazer de outras categorias profissionais, fomentando a interdisciplinaridade e a formação de parcerias produtivas; além de auxiliar na identificação das potências e dos limites de cada serviço.

Outra contribuição do PRMS está na

possibilidade de transformações nos serviços e atuação baseada na clínica ampliada<sup>21,27</sup>. Os PRMS são apontados como dispositivos importantes para formar trabalhadores da saúde com base na Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo um vetor importante da educação pelo trabalho<sup>12</sup>. A EPS aposta na ideia de que o trabalho é um elemento fundamental para que haja aprendizagem significativa, fomentando um movimento que coloca o trabalho em análise, visando a definir prioridades que promovam a reorganização dos espaços de produção de saúde. A EPS é tomada como uma importante estratégia de formação dos profissionais de saúde a partir da problematização do trabalho<sup>36</sup>.

## Considerações finais

Esta pesquisa possibilitou uma visão abrangente dos principais elementos que perpassam o PRMS em discussão, no período de 2010 a 2015. Contribuiu, ainda, para dar visibilidade às publicações e incentivo à sua leitura, sintetizando as diversas realidades destacadas por elas.

Ao propor um movimento de análise das temáticas que permeiam os Programas, este estudo não pretende esgotar a discussão, tampouco realizar uma abordagem sob uma perspectiva dicotômica. O intuito foi destacar os aspectos que devem ser avaliados e os que devem ser fortalecidos na trajetória de construção do PRMS. Por isso, é imprescindível analisar tais elementos de maneira articulada aos determinantes macropolíticos, considerando que as concepções acerca do processo saúde-doença e a estruturação da política pública de saúde, bem como dos programas que dela derivam, são influenciadas pelas formas de organização social na quais se desenvolvem.

A posição particular da autora possibilitou identificar as mesmas problemáticas e potências no Programa ao qual está ligada como residente, ainda que com nuances diferenciadas, devido a particularidades regionais, das

instituições abordadas e dos profissionais em questão. Possibilitou, ainda, perceber que os dilemas vivenciados nos PRMS não estão isolados e acompanham uma realidade nacional, diretamente ligada à estrutura política, social e econômica brasileira. Porém, também vale alertar para o protagonismo e a autonomia relativa dos sujeitos nos processos em que se inserem. Em outras palavras, é possível pensar estratégias que humanizem as relações de trabalho, pois é justamente nesta dimensão – a dos processos de trabalho – que se pode evidenciar o posicionamento ético, político e o compromisso com os ideais do Projeto de Reforma Sanitária para o SUS. Dito isso, cabe ressaltar que o PRMS ainda é novo e tem possibilidades de construção ainda em aberto, que devem ser estrategicamente aproveitadas.

As publicações, em síntese, evidenciaram uma realidade consolidada de hegemonia do modelo biomédico de saúde e precarização das condições de trabalho e estrutura dos serviços. Essa realidade impacta diretamente as relações interpessoais e institucionais estabelecidas entre os residentes e trabalhadores das instituições, bem como a sua formação e sua prática profissional. Contudo, é importante ressaltar que as estratégias para enfrentamento dessas

problemáticas e para transformação da realidade também têm sido fomentadas pelos que acreditam nas potencialidades do PRMS e no SUS como política pública que constitui direito a ser defendido. Neste sentido, destaca-se que a construção de alternativas que qualifiquem a formação em saúde deve considerar a importância de todos os atores que constituem o cenário da saúde pública brasileira. Trata-se da fundamental importância de considerar as instâncias de controle e participação social, dando voz à população usuária dos serviços e integrando-a nas discussões que objetivam consolidar o PRMS, em consonância com os princípios do SUS.

## Colaboradores

Silva CA (0000-0001-8565-5660)\* contribuiu para a concepção e o planejamento; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho; e aprovação da versão final do manuscrito. Dalbello-Araujo M (0000-0002-9950-3358)\* contribuiu para a concepção e o planejamento; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Campos FE, Pierantoni CR, Haddad AE, et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. p. 41-45.
2. Heckert AL, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos Humaniza SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. p. 14-28.
3. Silva LB, Capaz R. Preceptorial: uma Interface entre Educação e Saúde no SUS. In: Silva LB, Ramos A, organizadoras. Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social; 2013. p. 201-215.
4. Rosa SD, Lopes RE. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Revista Trab. Educ. Saúde* [internet]. 2010 [acesso 2018 nov 15]; 7(3):479-498. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*. 15 Jan 2007.
6. Brasil. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*. 13 Nov 2009.
7. Brasil. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria nº 1.224, de 03 de outubro de 2012. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. *Diário Oficial da União*. 4 Out 2012.
8. Mendes AG. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social. In: Silva LB, Ramos A, organizadoras. Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social; 2013. p. 183-199.
9. Brunholi GN. Caminhando pelo fio da história: a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS [dissertação] [internet]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2013. 200 p. [acesso em 2018 nov 10]. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1284/1/Dissertacao%20Gislene%20do%20Nascimento%20Brunholi.pdf>.
10. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras. História Ciênc. Soc.* [internet]. 2009 [acesso 2018 nov 10]; 1(1):1-15. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>.
11. Dallegrave D, Ceccim RB. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interface (Botucatu)* [internet]. 2013 [acesso 2018 nov 10]; 17(47):759-775. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop4113.pdf>.
12. Manho F, Soares LBT, Nicolau SM. Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos. *Rev. Terapia Ocupac. USP* [internet]. 2013 [acesso 2017 out 20]; 24(3):233-241. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p233-41>.
13. Moura RFS, Silva CRC. Saúde mental na Atenção Básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Ciênc. Prof.* [internet]. 2015 [acesso 2018 nov 12]; 35(1):199-210. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n1/1414-9893-pcp-35-01-00199.pdf>.

14. Fernandes MNS, Beck CLC, Weiller TH, et al. Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. *Rev. Gaúcha de Enfer.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 out 20]; 36(4):90-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.50300>.
15. Mendes AMB. Aspectos Psicodinâmicos da Relação Homem-Trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciênc. Prof.* [internet]. 1995 [acesso 2018 nov 12]; 15(1-3):34-38, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v15n1-3/09.pdf>.
16. Brites LS, Weiller TH, Silevira D, et al. "A gente vai aprendendo": o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso 2017 out 20]; 38(101):285-295. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/110282/000950510.pdf?sequence=1>.
17. Guido LA, Silva RM, Goulart CT, et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev. Escola de Enfermagem da USP* [internet]. 2012 [acesso 2017 out 20]; 46(6):1477-1483. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/27.pdf>.
18. Nascimento DDG, Oliveira MMC. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc.* [internet]. 2010 [acesso 2017 out 20]; 19(4):814-827. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000400009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000400009&script=sci_abstract&tlng=pt).
19. Zanin LE, Albuquerque IMN, Melo DH. Fonoaudiologia e estratégia de saúde da família: implicação da dimensão estrutural na qualidade da atenção à saúde fonoaudiológica. *Audiol. Commun. Res.* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; 20(3):255-261. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2317-64312015000300255&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2317-64312015000300255&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
20. Santos IG, Batista NA, Devincenzi MU. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepções de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. *Interface Comun. Saúde Edu.* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; 19(53):349-360. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000200349&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000200349&script=sci_abstract&tlng=pt).
21. Gomes JA, Brito CMD. Apoio matricial e terapia ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança. *Rev. Terapia Ocupacional da USP* [internet]. 2013 [acesso 2017 out 20]; 24(1):81-86. Disponível em: [https://www.revistas.usp.br/rto/article/download/61994/pdf\\_2/](https://www.revistas.usp.br/rto/article/download/61994/pdf_2/).
22. Zanin LE, Albuquerque IMN, Melo DH. Fonoaudiologia e estratégia de saúde da família: o estado da arte. *Rev. CEFAC* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; 17(5):1674-1688. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n5/1982-0216-rcefac-17-05-01674.pdf>.
23. Rossoni E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. *Physis* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; 25(3):1011-1031. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000301011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000301011&lng=pt&tlng=pt).
24. Oliveira FGVC, Carvalho MAP, Garcia MRG, et al. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional de Saúde da Família. *Interface Comunicação Saúde Educação* [internet]. 2013 [acesso 2017 out 20]; 17(44):201-209. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop0213>.
25. Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, et al. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface Comun. Saúde Edu.* [internet]. 2010 [acesso 2017 out 20]; 1(33):331-344. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt).
26. Lana LD, Birner JA. Um relato de caso sobre a construção e elaboração do portfólio como metodologia avaliativa de aprendizagem. *Rev. Ciencia Enfer.* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; (3):1010-112. Dis-

- ponível em: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n3/art\\_09.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n3/art_09.pdf).
27. Autônomo FROM, Hortale VA, Santos GB, et al. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. *Rev. Brasileira de Educação Médica* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; 39(2):316-327. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000200316&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000200316&script=sci_abstract&tlng=es).
  28. Melo MC, Queluci GC, Gouvêa MV. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. *Rev. Escola de Enfer. USP* [internet]. 2014 [acesso 2017 out 20]; 48(4):706-714. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt\\_0080-6234-reeusp-48-04-706.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-706.pdf).
  29. Pagani R, Andrade LOM. Preceptoria de Território, novas práticas e saberes na estratégia de Educação Permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc.* [internet]. 2012 [acesso 2017 out 20]; 21(supl1):94-106. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/08.pdf>.
  30. Neto MVM, Leonello VM, Oliveira MAC. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. *Rev. Brasileira Enfer.* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; 68(4):586-593. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0586.pdf>.
  31. Vasconcelos MIO, Souza FL, Lira GV, et al. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. *Trab. Educ. Saúde* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; 13(supl2):53-77. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000500053&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000500053&script=sci_abstract&tlng=pt).
  32. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface Comunic. Saúde Edu.* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; 19(55):1221-1232. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832015000601221&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832015000601221&script=sci_arttext).
  33. Silva CTS, Terra MG, Camponogara S, et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. *Rev. Gaúcha Enfer.* [internet]. 2014 [acesso 2017 out 20]; 35(3):49-54. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44512>.
  34. Aredes MA, Bahia LA, Silva CSMC, et al. A comunicação entre a equipe de saúde em uma clínica cirúrgica: o olhar dos profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. *J. Of Research: Fund. Care* [internet]. 2013 [acesso em 2017 out 20]; 5(4):458-466. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>.
  35. Cezar PK, Rodrigues PM, Arpini DM. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psic. Ciênc. Prof.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 out 20]; 35(1):211-224. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000012014>.
  36. Pinto EEP, Araújo MD, Matumoto S, et al. Desdobramentos da Educação Permanente em Saúde no Município de Vitória, Espírito Santo. *Trab. Educ. Saúde* [internet]. 2010 [acesso 2017 out 20]; 8(1):77-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/05.pdf>.
  37. Silva JC, Contim D, Ohl RIB, et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enfer.* [internet]. 2015 [acesso 2017 out 20]; 28(2):132-138. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000200132&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000200132&script=sci_abstract&tlng=es).

---

Recebido em 28/03/2019

Aprovado em 06/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde

*An experience of georeferencing and mapping use in the process of territorialization in Primary Health Care*

Melina Alves de Camargos<sup>1</sup>, Fátima Corrêa Oliver<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912321

**RESUMO** Este artigo tem como objetivo relatar a experiência do uso de ferramentas que instrumentalizam o processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. Como recursos metodológicos para nortear a inserção e apreensão das situações problema foram utilizados a observação participante e o diário de campo. A inserção junto ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica propiciou a apreensão das problemáticas, e, com isso, optou-se por desenvolver mapeamento e georreferenciamento a fim de colaborar com o processo de territorialização da unidade, visibilização de serviços e populações. O processo de territorialização, que está para além de incumbências burocráticas, demonstrou ser um desafio para os profissionais. Foi possível construir ferramentas junto às equipes da Unidade Básica de Saúde em questão, que pode ser norte para outras equipes e equipamentos de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde pública. Atenção Primária à Saúde. Mapeamento geográfico. Integralidade em saúde.

**ABSTRACT** *This article aims to report the experience of using tools that instrumentalize the process of territorialization in Primary Health Care. As methodological resources to guide the insertion and apprehension of problem situations, participant observation and field diary were used. The insertion with Family Health and Primary Care Extended Centers (Nasf-AB) provided the apprehension of the problems, and, with this, it was decided to develop mapping and georeferencing in order to collaborate with the process of territorialization of the unit, visibility of services and populations. The process of territorialization, which goes beyond bureaucratic incidents, has proved to be a challenge for professionals. It was possible to build tools with the Basic Health Unity teams in question, that could be north to other teams and health equipment.*

**KEYWORDS** *Public health. Primary Health Care. Geographic mapping. Integrality in health.*

<sup>1</sup>Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo (SP), Brasil.  
melinacamargos.to@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

### Atenção primária, rede e território

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006, caracteriza a Atenção Primária à Saúde (APS) como um

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde<sup>1(10)</sup>.

Entre seus objetivos, ressaltam-se a gestão democrática e participativa; o trabalho em equipe com base em tecnologias de alta complexidade, porém, de baixa densidade tecnológica; as respostas às necessidades advindas do território; e a concepção de sujeitos singulares e complexos que estão imersos em um dado contexto sócio-histórico-cultural<sup>1</sup>.

Em 2012, com a segunda edição da PNAB, o Ministério da Saúde (MS) reforça os objetivos já destacados, contudo, introduz novos conceitos em relação ao papel da APS, considerando-a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>2</sup>. Já a PNAB de 2017 reafirma o papel de ordenadora da RAS e considera que é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população adstrita para oferta de assistência adequada<sup>3</sup>. No Brasil, para o alcance de uma APS forte e resolutiva, adota-se como arranjo organizacional principal a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O processo de territorialização na APS pode ser entendido como uma técnica de planejamento e gestão que objetiva propor intervenções a partir da realidade<sup>4</sup>. Para isto, a PNAB de 2012 estabelece, enquanto atribuição comum a todos os profissionais, a participação no processo de territorialização para atuar na identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades<sup>2</sup>. No entanto, Mafra e Chaves<sup>5</sup> chamam a atenção para a condução deste processo, que facilmente

é reduzido e simplificado, tornando-se apenas um procedimento burocrático.

Faria<sup>4</sup> ressalta a importância da reflexão acerca do território da saúde versus o território dos sujeitos. Ele faz esta consideração devido à demarcação do território anteceder o entendimento da vida dos grupos sociais. Compreende-se que há uma delimitação prática, baseada na oferta de serviços, que pode ser entendida também como um processo de dominação e apropriação.

A apropriação denota algo de fora, que se projeta e se impõe. Obviamente, a apropriação requer um agente apropriador (o serviço), uma relação de poder (a oferta, o recurso) e uma área a ser apropriada (o território)<sup>4(136)</sup>.

Feita a crítica, chama a atenção o fato de o processo de territorialização ser inacabado. Este processo incessante pode trazer à tona outro tipo de apropriação, ligada ao modo de vida das pessoas e à percepção das necessidades, invertendo a lógica de subjugação do território ao serviço.

Com isso, propõe-se, aqui, a concepção da territorialização como um processo que extrapola limites geográficos e incumbências burocráticas, e se aproxima de um trabalho que permite o entendimento da vida e das necessidades, o que necessariamente requer ações não assumidas apenas pela APS. A partir do entendimento do território como ponto de partida, é preciso voltar-se para ele, na tentativa de entendê-lo. Desta forma, os produtos de tal processo assumem um diálogo com as premissas da APS e com as dificuldades já apresentadas.

Assim, o objetivo deste artigo é relatar a experiência do uso de ferramentas que instrumentalizam o processo de territorialização na APS.

### O território em questão

A Unidade Básica de Saúde (UBS) localiza-se na região Oeste do município de São Paulo (SP) e está sob a administração de uma Organização Social de Saúde (OSS). É responsável por



24.800 habitantes, cuja assistência está distribuída entre sete Equipes de Saúde da Família (EqSF) com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). É importante assinalar que se trata de território não contíguo, composto por uma área sede (onde se localiza a UBS) e duas áreas descontínuas. As chegadas da sétima EqSF e do Nasf-AB são recentes, sendo que a mudança de equipe multiprofissional para Nasf-AB foi iniciada em março de 2018. Anteriormente, a UBS caracterizava-se como mista e contava com uma equipe multiprofissional.

A UBS passou, em setembro de 2017, por uma mudança de gerência, assim como todas as outras UBS da região Oeste sob a administração da atual OSS. Historicamente, é polo de recepção de alunos de graduação da área da saúde, de diferentes programas de residência multiprofissional e residência médica.

Essa UBS foi também parte do processo formativo de uma participante do programa de residência multiprofissional em saúde coletiva e atenção primária da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), sendo tal experiência parte do processo de construção de seu conhecimento teórico-prático, que será mais amplamente abordado abaixo.

## Métodos

O período inicial foi planejado para que a residente mencionada se inserisse nas atividades, nos compromissos e nas ações desenvolvidas pela equipe do Nasf-AB. Como recursos metodológicos para nortear essa inserção, foram utilizados a Observação Participante (OP) e o Diário de Campo (DC).

Optou-se por inserção via equipe do Nasf-AB devido ao seu caráter multiprofissional, à sua capacidade de tecer relações com os trabalhadores e por sua circulação na UBS/território, tendo em vista sua finalidade. O núcleo possui, como objetivos, apoiar técnica e pedagogicamente o trabalho das EqSF, contribuir com a ampliação do escopo de ações

da APS, otimizar a resolutividade dos casos atendidos, reduzir encaminhamentos desnecessários e contribuir para a efetivação da integralidade do cuidado<sup>6-8</sup>.

O uso da OP justifica-se com base na exigência de inserção no grupo analisado, não apenas como observador, mas como parte dele, sendo necessário interagir, partilhar o cotidiano e buscar a compreensão dos significados de cada situação<sup>9,10</sup>. Segundo Queiroz<sup>9</sup>, com a OP é possível realizar análises da realidade social e “captar os conflitos e tensões existentes para identificar grupos sociais que têm em si a sensibilidade e motivação para as mudanças necessárias”<sup>9(278)</sup>.

Já os registros dos aspectos descritivos e reflexivos do cotidiano foram efetuados em DC com o intuito de identificar situações que emergiram no cotidiano do trabalho. Lima<sup>11</sup> afirma a importância do uso do DC, pois refere que reler repetidamente as reflexões oferece ferramentas de planejamento para as intervenções e indica caminhos para busca de sustentação teórica.

A imersão compreendeu o envolvimento nas seguintes atividades: consultas compartilhadas e individuais; fórum conjunto de reabilitação e saúde mental; grupo gerencial avançado; visitas domiciliares; grupos da UBS; aproximações territoriais; reuniões gerais, do Nasf-AB, de conselho gestor, de apoio matricial e com escolas de ensino infantil e fundamental. Isto sem falar na participação em discussões sobre o processo de trabalho do Nasf-AB e em aproximações com o banco de dados de pessoas com limitações para a participação nas atividades do cotidiano, que, em suma, contemplam Pessoas com Deficiência (PcD) e em sofrimento mental. Destaca-se que a participação nessas atividades foi pactuada com gerência e trabalhadores.

A vivência desse período propiciou a aproximação da realidade do serviço e da prática dos profissionais. Com isso, foi possível, além de identificar problemas do cotidiano, vivenciá-los e experimentá-los

inteiramente, sendo que o envolvimento na rotina e a constituição de relações interpessoais apresentaram a riqueza e a complexidade do campo.

Durante e após o processo de imersão, as trocas com os profissionais foram fundamentais para delimitar o caminho a seguir. Nesse processo, realizou-se, de forma compartilhada ao Nasf-AB, a identificação dos eixos de situações-problema, sendo eles: processo de trabalho em saúde; território, territorialização e intersetorialidade; e gestão da clínica.

Os eixos foram idealizados de forma a agrupar situações que surgiram e eram frequentemente identificadas como problemáticas. A partir dessa identificação, foi necessário avaliar, junto à equipe, que contribuições seriam mais pertinentes ao momento, considerando o tempo de permanência da residente. A opção pelo uso do georreferenciamento e do mapeamento respondem ao incômodo expresso pela atual equipe, de não conhecer o território, não ter feito parte do processo de territorialização construído até então, como também não conhecer a rede de saúde e nem mesmo as características da população adstrita.

Esse processo também contou com o envolvimento das EqSF e, como estratégia, utilizou-se de reuniões semanais ao longo de quatro meses para a concepção da problemática, a criação de espaço de diálogo, interação e compreensão do momento vivenciado e produtos gerados com a UBS.

Vale ressaltar que os produtos foram disponibilizados via *e-mail* e memorando da unidade para todas as equipes, em documento fechado. Foi acordado que, para a equipe do Nasf-AB, seriam disponibilizados os documentos com permissão para edição junto a um tutorial instrutivo.

Assim, como ponto de partida, optou-se por iniciar a atualização do banco de dados sobre pessoas com limitações para a participação nas atividades do cotidiano existente na UBS, que constitui parte do mapeamento das demandas e necessidades dos moradores do território.

## **Ferramentas construídas para apoiar o processo de territorialização**

O mapeamento e o georreferenciamento são ferramentas que objetivam tornar o processo de territorialização algo contínuo, favorecendo a aproximação entre profissionais e população. Assim, espera-se uma melhor compreensão das necessidades de saúde, bem como o planejamento do processo de trabalho, a incorporação de populações que não são consideradas como prioritárias, e o trabalho em rede e no território.

## **O mapeamento como instrumento de visibilização de populações**

O mapeamento iniciou-se em 2003, a partir da iniciativa da terapeuta ocupacional da unidade, em parceria com o Laboratório de Reabilitação com Ênfase no Território, do curso de Terapia Ocupacional da USP, com base nos dados dos cadastros das famílias coletados via Agentes Comunitários de Saúde (ACS), busca ativa, contato com lideranças comunitárias e informantes-chave<sup>12</sup>.

Sua execução veio do questionamento e da delimitação do lugar da equipe multiprofissional na APS. Outro fator foi/é a crítica à ESF como modelo que visa à superação do paradigma biomédico, porém, devido às tensões cotidianas e aos arranjos assistenciais/gerenciais que hegemonizam a prática pautada na queixa-conduta, ainda direciona suas ações com base em procedimentos que assumem como norte a compreensão biomédica da saúde<sup>12,13</sup>.

De acordo com Pinto<sup>13</sup>, a ESF pauta-se em ações programáticas, atendimentos a grupos prioritários, atividades domiciliares e articulação com a comunidade. A redução de alguns desses preceitos pode levar ao enquadramento das pessoas nos agravos que lhes competem, de acordo com determinada programação ou prioridade, deixando de fora parte da população. Outro fator de crítica é o direcionamento insistente dos esforços às demandas

emergentes, o que anula o planejamento, que tem como base as necessidades do território.

No Brasil, desde a década de 1970, discute-se a necessidade de ampliar a oferta de serviços descentralizados. Neste sentido, não se anula a oferta de serviços especializados, porém, é repensado o modelo pautado nesta oferta devido à sua cobertura limitada. Também é deste período a proposição da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem o intuito de ampliar a cobertura assistencial por meio da mobilização comunitária e do estímulo a PcD e seus familiares, para participarem de atividades comunitárias, com o objetivo de promover a visibilidade social e a legitimação desse segmento<sup>14</sup>.

Em diálogo com essa proposição, Oliver<sup>15</sup> apresenta o desenvolvimento de um programa que tem como base o território e suas possibilidades de colaborar com processos inclusivos.

Isso significa não somente que se desenvolve em território geograficamente delimitado, mas que o próprio território é a principal estratégia de compreensão da problemática da deficiência e de intervenção sobre ela<sup>15</sup>.

Assim como a RBC propõe um trabalho de base territorial, o Movimento da Luta Antimanicomial, junto à Reabilitação Psicossocial, instituem o acolhimento e o tratamento de pessoas em sofrimento mental em serviços de base territorial, tornado, assim, a APS parte da rede de cuidados ofertados a essa população<sup>16</sup>.

Nesse sentido, entende-se o território como um espaço vivo, construído por relações sociais, econômicas e políticas. Como também, um conjunto de objetos e ações em constante processo de interação, que expressa em si as condições de vida, saúde e acesso a serviços, sendo um elemento que colabora na compreensão e caracterização da população<sup>17,18</sup>.

A atualização do mapeamento objetivou contribuir para o processo de territorialização e na superação desse modelo pautado nas

demandas emergentes e em grupos prioritários. Centrar-se no planejamento com base nas necessidades abre possibilidades de provocar mudanças e/ou incorporação das potências desse modelo assistencial e de visibilizar pessoas que enfrentem processos de estigma, de incompreensão das necessidades enquanto grupo social e de exclusão, que envolvem também a barreira do acesso<sup>19</sup>.

### O georreferenciamento como instrumento de visibilização de ações e serviços

O georreferenciamento caracteriza-se como um processo pelo qual informações textuais descritivas de uma localidade são traduzidas em representações gráficas, tornando possível relacionar dados de um determinado contexto a um posicionamento geográfico, o que permite a visualização e a busca por informações de interesse de forma rápida e simplificada<sup>20</sup>.

Objetivou disponibilizar informações geográficas e descritivas de serviços de referência de uso da população. Para isso, utilizou-se o *software* livre Google Maps, com a inserção de 109 ações e serviços de modo manual e a criação de dez camadas temáticas, que podem ser utilizadas individualmente ou sobrepostas. Além disso, acoplado a essa ferramenta, criou-se um documento guia, que contém informações específicas sobre cada equipamento.

Após a confecção de parte do georreferenciamento e do documento guia, os resultados parciais foram apresentados em reuniões do Nasf-AB e das EqSF com a finalidade de propiciar a apreciação do produto, com espaço para sugestões. As reuniões foram escolhidas por serem momentos em que toda a equipe esteve presente, em especial, os ACS, por viverem no território e serem eles entre os usuários e os serviços de saúde.

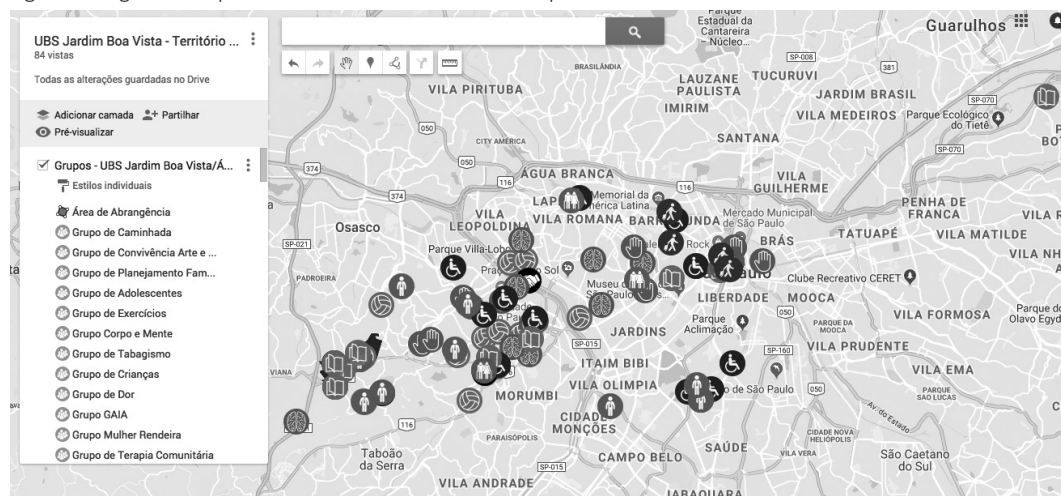
Selecionar a camada e o serviço gera dados sobre a localidade, além de uma breve descrição. Assim, se o profissional quiser obter mais informações sobre determinado serviço, ele poderá clicar em um link que o direcionará a um outro documento guia, contendo informações mais

completas. São elas: objetivo, atividades desenvolvidas, a quem encaminhar, como encaminhar, período de atendimento, endereço e contato. Optou-se por realizar um documento em paralelo com o intuito de facilitar a busca de informações

sem a poluição do georreferenciamento, o que poderia dificultar o uso da ferramenta.

A *figura 1* apresenta a atual visualização do georreferenciamento com a sobreposição de camadas.

Figura 1. Imagem do mapa atual com todas as camadas sobrepostas



## Resultados

Em relação à atualização do mapeamento, é possível visualizar um retrato atual de cada

EqSF e da UBS. A *tabela 1* fornece informações em número absoluto sobre faixa etária, sexo e condições de saúde prevalentes.

Tabela 1. Mapeamento de pessoas com limitações para participação em atividades do cotidiano em número absoluto por Equipe de Saúde da Família, sexo, faixa etária e condições de saúde prevalentes

Variáveis	Equipes de Estratégia Saúde da Família							Total
	01	02	03	04	05	06	07	
<b>Sexo</b>								
Masculino	16	31	37	47	18	31	06	186
Feminino	13	30	25	45	19	29	03	164
<b>Faixa etária</b>								
Criança	02	07	11	08	04	07	03	42
Adolescente	02	04	07	07	06	09	02	37
Jovem	03	06	06	19	07	09	-	50
Adulto	10	26	31	28	13	21	04	133
Idoso	12	15	07	30	07	14	-	85

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	Equipes de Estratégia Saúde da Família							Total
	01	02	03	04	05	06	07	
<b>Condições de saúde prevalente</b>								
Deficiência intelectual	06	08	-	23	07	10	-	54
Deficiência física	06	-	11	22	13	12	-	64
Sofrimento mental	05	23	-	-	05	-	04	37
Deficiência múltipla	-	08	12	-	-	-	-	20
ADNPM*	-	-	11	-	-	-	-	11
AVC**	-	-	-	14	-	10	-	24
DOM***	-	-	-	-	-	-	03	03
Dor	-	-	-	-	-	-	01	01
Outras****	12	22	28	33	12	28	01	136

Fonte: Elaboração própria.

\* Atraso do Desenvolvimento Neuropsicomotor. \*\* Acidente Vascular Cerebral. \*\*\* Doenças Osteomusculares. \*\*\*\* Síndromes Congênitas; Não Informado; Transtorno do Espectro Autista; Uso de Álcool e outras Drogas; Deficiências Sensoriais e Vulnerabilidade Social.

Como panorama geral da unidade, em relação ao sexo, revela-se maior número de homens mapeados. Quanto à faixa etária, a de maior concentração foi a de adultos, seguida por idosos e jovens. E no que se refere às condições de saúde prevalentes, a categoria outras contempla maior número, seguida por deficiência física e intelectual.

Na variável condições de saúde prevalentes,

optou-se por elencar as três condições que concentraram maior número absoluto por equipe. Com isto, mesmo que na tabela a EqSF esteja sem um número citado em alguma das condições, é possível que existam pessoas que se enquadrem em algum dos padrões adotados.

Em relação ao georreferenciamento, o quadro 1 expõe os dados sobre as camadas, número de serviços e localização.

Quadro 1. Descrição do georreferenciamento por camada, número de serviços e localização

Camadas	Número total de ações e serviços	Localização por região de São Paulo (SP) e demais cidades do estado
Grupos UBS	13	Oeste
Esporte, Lazer e Cultura	15	Oeste/Osasco
Rede Socioassistencial	07	Oeste/Centro
Rede de Atenção Psicossocial	10	Oeste/Centro/Cotia
Rede de Atenção à Pessoa em Situação de Violência	09	Oeste/Centro
Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência	18	Oeste/Centro/Sul
Inclusão e Qualificação Profissional	13	Oeste/Sul/Sudoeste/Osasco/Centro
Cursinhos Populares/Contraturno/Inclusão Escolar	10	Oeste/Centro/Leste
Rede de Atenção à Pessoa Idosa	08	Oeste/Centro
Serviço de Atendimento ao Imigrante	05	Oeste/Centro

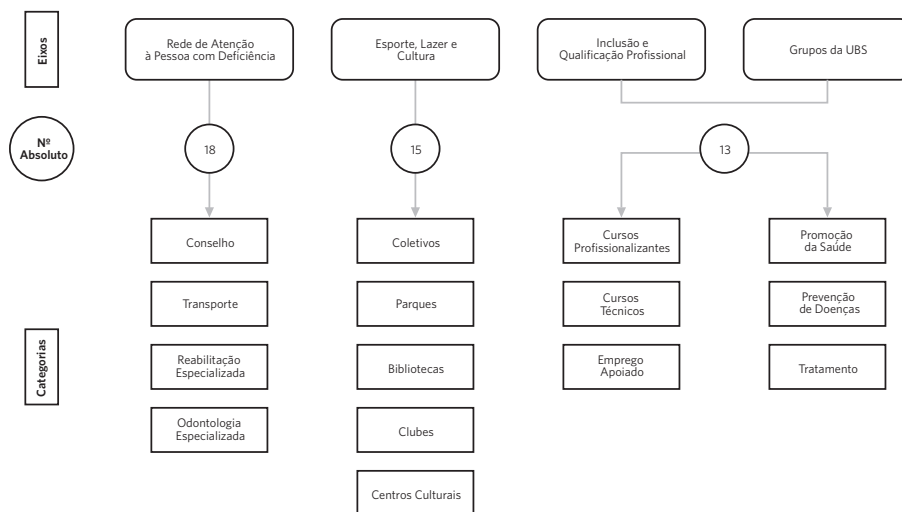
Fonte: Elaboração própria.

Em todas as camadas existem serviços localizados na região Oeste, o que pode ser um facilitador para o uso da comunidade. No entanto, algumas das camadas estão distribuídas entre cinco e três regiões. Este fato, aliado às dificuldades de acesso que algumas

populações enfrentam, pode influenciar a capacidade de efetivação do cuidado<sup>19</sup>.

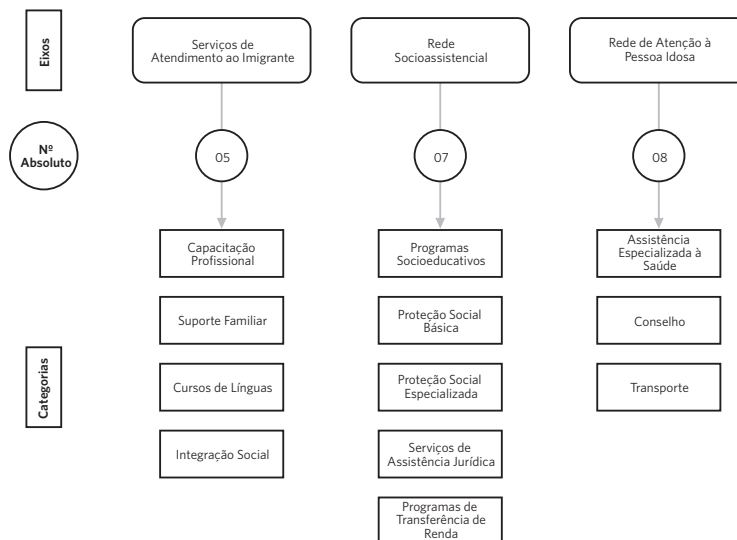
As figuras 2 e 3 representam os eixos com maior e menor número de serviços georreferenciados e a classificação dos serviços por categoria.

Figura 2. Eixos com maior presença de serviços



Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. Eixos com menor presença de serviços



Fonte: Elaboração própria.

Relaciona-se a incorporação de maior número de serviços no eixo 'Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência' na intencionalidade de atrelar o mapeamento à oferta de serviços direcionados às PcD. O eixo de 'Inclusão e Qualificação Profissional' também abarca serviços voltados para o atendimento a PcD. Outro ponto foi o maior interesse dos profissionais do Nasf-AB por esses serviços, dada as demandas apreendidas pelos mesmos e a tentativa de ofertar respostas. Esta mobilização pode se relacionar à cultura de encaminhamentos, demonstrando, assim, falta de clareza e iniciativas de ações de reabilitação no âmbito da APS.

No segundo eixo, 'Esporte, Lazer e Cultura', a busca realizada por proximidade revelou que a região é favorecida pela presença desses equipamentos. No entanto, se faz necessário ressaltar que apenas três dos equipamentos estão na área de abrangência da UBS, o que pode ser um dificultador de acesso.

O terceiro eixo é o de 'Grupos' que são oferecidos pela UBS. Em geral, os grupos são realizados exclusivamente pela equipe do Nasf-AB, com exceção de três: 1) com participação de uma enfermeira da ESF; 2) realizado por EqSF no território; 3) conduzido por ACS na UBS. Apenas dois dos grupos conduzidos pelo Nasf-AB são realizados no território e de forma intersetorial. Os demais grupos são realizados na UBS e abrangem as temáticas: promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento para questões relativas à saúde mental, dor e desenvolvimento infantil.

## Discussão

Propõe-se uma leitura de sobreposição dos produtos. Ao visibilizar populações, são apresentadas estratégias de trabalho, possíveis parcerias e propostas de desenvolvimento de trabalho intersetorial que envolvam saúde, educação, justiça, ação social e cultura. Tudo isto, considerando concepção ampliada de saúde, com vistas à afirmação e à validação do direito dessas populações.

As apresentações para as equipes tiveram retorno positivo. Os profissionais revelaram uma prática que se limitava a procedimentos e se mantiveram no próprio consultório. Neste sentido, é possível considerar os produtos como auxílio e provocação para mudanças, ainda que tímidas, da prática assistencial.

A inserção de ações/serviços no georreferenciamento iniciou-se por equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em seguida, foram incorporadas as que possuíam atuação no território da UBS. Optou-se por essa realização dada a dificuldade dos profissionais de vislumbrarem o que havia disponível na rede já com pactuações pré-estabelecidas.

Já as camadas foram criadas em diálogo com as necessidades expressas, e para a incorporação de dados foram consideradas informações partilhadas por trabalhadores da rede, obtidas por meio de visitas, ligações telefônicas, consultas em guias e informações em páginas da web. Consideraram-se serviços que extrapolavam a rede de saúde instituída formalmente, incorporando serviços do Sistema Único de Assistência Social (Suas); da Secretaria de Esporte, Lazer e Juventude; da Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente; da Secretaria da Educação; de movimentos sociais; da Secretaria Municipal de Mobilidade e Transportes; de ações do terceiro setor; de universidades públicas e particulares; e ações desenvolvidas pelos moradores do território.

## Considerações finais

Os produtos propiciaram a visita dos profissionais em locais de interesse, o que foi fundamental para o início do processo de territorialização, de trabalhos de base territorial e/ou intersetorial, objetivando o cuidado compartilhado, produzindo parcerias em ações ainda durante o período de execução deste trabalho.

Houve boa receptividade por parte dos profissionais, e perspectivas de uso. Houve, ainda, relatos de que o processo de territorialização se apresentava como um gargalo, e

que produtos como esse poderiam subsidiar o início do processo de superação. O Nasf-AB não apenas recebeu os resultados, mas foi parceiro no percurso de construção e se deixou afetar pelas possibilidades de um processo de territorialização, o que se mostra como desafio constante.

Entende-se que o tempo atuou como um dos limitadores principais, pois o processo de apreensão do problema, junto ao planejamento e à execução dos produtos, compreende parâmetros que extrapolam o tempo cronológico, mas exigem inserção qualificada. Outro fator dialoga com o gargalo apresentado, sendo ele o cumprimento de certos padrões assistenciais/gerenciais que atuam como elementos hegemônicos das práticas, deixando pouco diálogo com ações contra-hegemônicas. Destaca-se que a leitura aqui realizada é apenas uma das possíveis, sendo esta escolhida porque disponibiliza uma experiência de territorialização que pode ser útil em outros pontos da rede.

Como continuidade, indica-se mais do que o seguimento do processo de territorialização pautado na atualização dos produtos. Estes podem indicar caminhos ou pontos de partida

de uma prática subjugada ao território. No entanto, outras formas de uso podem otimizar o trabalho das equipes, como, por exemplo, a incorporação da distribuição espacial de populações acompanhadas, a proporção de pessoas por faixa etária, a visualização de cada microárea a partir do grau de vulnerabilidade, a incorporação de ações que acontecem no pulsar da vida no território e a qualificação dos serviços a partir do acesso dos usuários.

Pretende-se, com a visibilização de serviços e disponibilização de meios para acesso, facilitar o trabalho territorial e em rede. É possível dizer que esse foi apenas o início do georreferenciamento que pode ser feito na UBS. O propósito não foi o de apresentar um trabalho acabado ou sem margens para alterações e sim, de ser o início de um dos modos possíveis de compor o processo de territorialização.

## Colaboradores

Camargos MA (0000-0002-7899-8451\*) e Oliver FC (0000-0002-7288-8921\*) contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 24 Set 2017.
4. Faria RM. A Territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos per-

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



- fis do território. *Hygeia*. 2013; 6(16):131-147.
5. Chaves MMN, Mafrá MRP. O Processo de Territorialização e a Atenção à Saúde no Programa Saúde da Família. *Família, Saúde e Desenvolvimento (UFPR)*, 2004; 6(2):127-133.
  6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. 24 Jan 2008.
  7. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznalwar LI, et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. bras. saúde ocup.* 2015; 40(131): 59-74.
  8. Klein AP, d'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(1).
  9. Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm UERJ*. 2007; 15(2):276-283.
  10. Santos SR. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *J Pediatr*. 1999; 75(6):401-406
  11. Lima TCS, Míoto RCT, Prá KR D. A documentação o cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Revista Textos & Contextos*. 2007; 6(1):93-104.
  12. Nicolau SM, Aoki M, Oliver FC. A atenção às pessoas com deficiências no território: uma experiência da Terapia Ocupacional no Programa de Saúde da Família em um bairro periférico da cidade de São Paulo. *Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana*, 2007; 20(3):5-10.
  13. Oliver FC, Aoki M, Nicolau SM, et al. Reabilitação com Ênfase no Território: atenção a pessoas com deficiência e formação de terapeutas ocupacionais. In: Silva S, Digiampietri L, organizadores. (Re) Conhecendo a USP – contribuições do ensino, da pesquisa e da extensão no campo das deficiências. São Paulo: FEUSP, 2017. p. 121-131.
  14. Oliver FC, Tissi MC, Castro LH. Reabilitação baseada na Comunidade – produzindo ações no contexto sociocultural. *Quaestio (UNISO), Sorocaba – SP*. 2000; 2(1):75-84.
  15. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde e Sociedade*. 2012; 21(3):572-586
  16. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, et al. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al., organizadores. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. p. 1-22.
  17. Santos MA. *Natureza do Espaço: Técnica e tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Hucitec. 1996.
  18. Silva RAS, Silva ACC, Oliver FC. In: Cavalcante Neto JL, Silva OON. *Diversidade e movimento: diálogos possíveis e necessários*. Curitiba: CRV. 2016. p. 183-204.
  19. Silveira IH, Oliveira BFA, Junger WL. Utilização do Google Maps para o georreferenciamento de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade no município do Rio de Janeiro, 2010-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017; 26(4):881-886.
  20. Oliver FC, Aoki M, Nicolau SM. Pessoas com deficiências e participação na vida social: a emergência de um campo de atenção em saúde. In: 8º CBSC e 11º CMSP, RJ, 2006.

---

Recebido em 27/03/2019

Aprovado em 04/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Promoção da saúde para pessoas no regime semiaberto do sistema penitenciário: relato de experiência

*Health promotion for people in the semi-open prison system: a case study*

Anne Evelyn Gomes Serra<sup>1</sup>, Reângela Cintia Rodrigues de Oliveira Lima<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912322

**RESUMO** Relatou-se a experiência da profissional de enfermagem na execução de ações de promoção da saúde, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional, para pessoas que cumprem o regime semiaberto em município do interior do Ceará. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir de relatórios mensais e com auxílio de um diário de campo. Acredita-se que, apesar da implantação de políticas públicas voltadas para a população privada de liberdade, ainda existe muita dificuldade em sua implementação. Observa-se um contexto ainda muito marcado por uma assistência em saúde precária e, em alguns casos, inexistente, além de estigma e preconceito com essa população. É importante instigar discussões sobre saúde no sistema penitenciário nos centros educacionais formadores de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, tendo em vista a apreensão de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e competências, a fim de contribuir para a adequada atuação dos profissionais de enfermagem e demais trabalhadores da saúde nesse cenário.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do homem. Promoção da saúde. Educação em saúde. População institucionalizada.

**ABSTRACT** *The Nursing professional experience in the implementation of health promotion actions, through the performance of a multidisciplinary team, for people who meet the semi-open regime in city in the interior of Ceará was reported. Descriptive study, of case studies type, carried out from monthly reports and with the help of a field diary. It is believed that, despite the implementation of public policies aimed at the population deprived of freedom, there is still a lot of difficulty in their implementation. A context that is still very marked by precarious health care is observed and, in some cases, non-existent, in addition to stigma and prejudice against this population. It is important to instigate discussions on health care in the prison system in educational centers trainers of human resources for the Unified Health System, with a view to apprehending knowledge and the development of skills and competencies, in order to contribute to the proper performance of nursing professionals and other health workers in this scenario.*

**KEYWORDS** *Men's health. Health promotion. Health education. Institutionalized population.*

<sup>1</sup>Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) - Fortaleza (CE), Brasil.  
anneserra14@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza (CE), Brasil.



## Introdução

Os direitos sociais, previstos na Constituição Federal (CF), não foram implementados de forma simultânea à população brasileira<sup>1</sup>. A exemplo, tem-se o direito à saúde assegurado pelo artigo 196 da CF como um direito de todos e dever do Estado, e pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), deixando lacunas na garantia de ações efetivas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde às Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) ou que estejam em regime semiaberto das penitenciárias<sup>2</sup>. Assim, com o objetivo de orientar a reintegração social do prisioneiro, somente nos últimos anos, foram adotadas medidas governamentais para cumprir o dever do Estado na assistência à saúde, conforme disposto na Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210, de 1984.

A LEP traz no capítulo II, seção III, o direito do preso e do internado de caráter preventivo e curativo à assistência à saúde, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico<sup>3</sup>. Em 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou o projeto de saúde no sistema prisional com o objetivo de promover a saúde pública e os cuidados nas prisões, bem como de facilitar a interlocução entre o sistema prisional e os sistemas de saúde. As ações do projeto envolvem o controle às doenças transmissíveis, sobretudo a tuberculose, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a hepatite, o uso de drogas ilícitas e a redução de danos, e a saúde mental<sup>4</sup>.

Foi estabelecido pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, dos Ministérios da Justiça e da Saúde, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), implementado numa lógica de atenção à saúde baseada nos princípios do SUS, objetivando promover atenção integral à população privada de liberdade<sup>5</sup>. Em 2014, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), objetivando o direito à saúde e a garantia do acesso desse público ao SUS,

respeitando os preceitos dos direitos humanos e de cidadania<sup>6</sup>. Porém, mesmo existindo um arcabouço jurídico para legitimar os direitos à população encarcerada, a implementação da atenção à saúde na prática do sistema e das instituições prisionais ainda é um desafio.

No cenário do encarceramento, as elevadas taxas de doenças infecciosas, como: HIV, sífilis, hepatite B, tuberculose, pneumonia, entre outras, conferem ao sistema prisional o status de problema de saúde pública em potencial<sup>7</sup>. As condições insalubres nos ambientes prisionais, como alimentação de má qualidade, estrutura física inadequada, com ventilação e iluminação precárias, celas lotadas, ociosidade, violência e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, contribuem para situações de vulnerabilidade com relação à aquisição de agravos à saúde<sup>7</sup>.

Em uma pesquisa acerca das condições de vida e saúde dos presos, foi revelado que parte deles já chega na prisão com problemas de saúde, entretanto, a queixa é de que, no cárcere, eles não são cuidados, têm poucas oportunidades de se prevenir e não há uma preocupação com a sua situação. Como resultados, revelou-se que a superlotação, o ócio, escassez de perspectivas, maus tratos e relacionamentos conflituosos afetam indiretamente a saúde<sup>8</sup>.

A atenção básica caracteriza-se por ações de saúde, desde a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos até a manutenção da saúde, permitindo uma atenção integral que impacte a situação de saúde e a autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades<sup>9</sup>. É desenvolvida através de equipes multiprofissionais, em territórios definidos e perto da vida das pessoas<sup>10</sup>. Assim, segundo a PNAISP, cada unidade prisional deverá possuir uma unidade básica de saúde prisional, e, caso inexista ambiência, a unidade do território poderá se responsabilizar por essas ações<sup>6</sup>.

Acredita-se que as PPL têm acesso restrito a bens e serviços, poucas oportunidades e maior vulnerabilidade social, devido à posição que

ocupam na sociedade<sup>8</sup>. Dentro do presídio, a equipe da unidade básica do município do estudo deve realizar campanhas anuais de vacinação, atendimento médico, odontológico, de enfermagem, entre outros, acompanhamento de doenças como tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão, como também realização de exames, verificação de sinais vitais e administração de medicamentos. As ações realizadas são registradas em ata e encaminhadas mensalmente para apreciação judicial.

Destarte, o cuidado em saúde desenvolvido para a PPL, além de não dar conta de suas reais necessidades, quando realizadas, há uma predominância do modelo biomédico curativista<sup>11</sup>. Portanto, realizar ações que deem conta de abordar a promoção da saúde e a prevenção de doenças das pessoas em regime semiaberto se torna um imperativo ético e um desafio, no sentido de focar a prevenção primária, agindo antes da ocorrência de situações e de agravos desfavoráveis e com a intenção de manter o respeito e o cuidado dedicados a essas pessoas. Assim, o presente artigo tem o objetivo de relatar a experiência de uma profissional de enfermagem na execução de ações para a promoção da saúde, por meio da atuação com a equipe multiprofissional, às pessoas que cumprem o regime semiaberto em um município do interior do Ceará.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir da vivência de uma equipe de residentes da Escola de Saúde Pública do Ceará, com ênfase em saúde da família e comunidade, no qual foram utilizados os relatórios mensais e diários de campo padronizados para o registro das atividades realizadas na residência.

O relato de experiência é um tipo de fonte de informação dedicada à coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada

situação-problema<sup>13</sup>. A pesquisa qualitativa faz a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações<sup>12</sup>.

O diário de campo é muito utilizado nas pesquisas em saúde como caderno de notas no qual o pesquisador registra as conversas informais, observações do comportamento durante as falas, reações dos participantes diante dos quesitos investigados e impressões pessoais que podem ser alteradas com o passar do tempo<sup>12</sup>.

Este relato usou alguns itens como guia de orientação dos Critérios Consolidados para Relato de Pesquisa Qualitativa (Coreq). Contém 32 itens que foram elaborados para auxiliar os pesquisadores a relatar aspectos importantes da equipe de pesquisa, métodos de estudo, contexto do estudo, descobertas, análises e interpretações<sup>14</sup>.

O estudo também foi realizado a partir de uma perspectiva construtivista, valorizando o conhecimento prévio dos participantes. Na abordagem vygotskyana, o homem é considerado como alguém que transforma e é transformado nas relações que são estabelecidas na sociedade, onde acontece uma interação entre o ser humano, o meio cultural e social onde este se insere<sup>15</sup>. O ser humano está em constante aprendizado e transformação, fruto de suas interações sociais. Seguindo essa mesma lógica, o pensamento construtivista defende a ideia de que o conhecimento é constituído pela interação do indivíduo com o meio, com o mundo das relações sociais e pela força de sua ação<sup>15</sup>.

O estudo foi realizado em uma escola municipal localizada na zona urbana do município de Tauá, Ceará. Em virtude de a escola ter uma localização mais próxima ao presídio, ela foi selecionada para o desenvolvimento das atividades de ensino na modalidade Educação de Jovens e Adultos (EJA) para a população privada de liberdade.

O município de Tauá está localizado no sertão dos Inhamuns. É sede da 14<sup>a</sup> Região de Saúde. Tem sua rede de serviços composta por: 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 25 Estratégias Saúde da Família (ESF), um

hospital e maternidade, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) tipo II, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), uma policlínica, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) e um Serviço de Atenção Móvel de Urgência (Samu).

Entre as ações que os residentes em saúde da família e comunidade realizaram para a promoção e a educação em saúde está o projeto com pessoas do regime semiaberto, idealizado pela 1ª vara da justiça do município, que contou com a parceria dos profissionais residentes com o objetivo de, entre outras coisas, alcançar melhor êxito na ressocialização daqueles que cumprem pena, através da educação. Assim, foi realizada uma reunião entre os residentes e a professora responsável pelo ensino dos apenados, que explicou o planejamento das atividades e orientou sobre a necessidade da construção de um projeto explicando as ações que seriam desenvolvidas com os apenados, datas e período das atividades propostas, para apreciação da juíza municipal.

As pessoas em regime semiaberto que realizam a educação básica têm faixa etária variável a partir de 18 anos, devendo cumprir uma carga horária semanal de 12 horas, distribuídas de segunda a quinta-feira no turno noturno. A turma é constituída apenas por integrantes do sexo masculino, num total de 12 pessoas. As mulheres não participaram desse projeto, pois são de responsabilidade de outra vara da justiça.

Após parecer judicial favorável, foi iniciado o grupo com os apenados. As ações educativas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2017, com uma duração de 90 minutos, às terças-feiras, sendo uma semana para planejamento das atividades e a outra para execução das ações no grupo. Foram utilizadas diversas

metodologias de trabalho: rodas de conversas, dinâmicas de grupo e exposições dialogadas.

Os encontros foram realizados da seguinte forma:

- 1º encontro: Levantamento de demandas dos participantes

Nesse primeiro momento, foi realizada uma dinâmica de apresentação, descritos os objetivos dos encontros e elaborado coletivamente o calendário das atividades com temáticas de interesse dos apenados.

- 2º encontro: Acesso aos serviços de saúde

O objetivo desse encontro foi mostrar os serviços de saúde disponíveis no município, a função de cada um e a forma de acesso. Através de tarjetas de diferentes cores, distribuídas entre os participantes, foi construído um painel, contendo o nome do ponto de atenção à saúde, as demandas atendidas nesses locais e as formas de acesso.

- 3º encontro: Cuidar da saúde mental

Nesse encontro, o psicólogo da equipe de residentes falou sobre ansiedade, depressão e uso de drogas. Foi realizada a escuta dos participantes e o compartilhamento de atividades ocupacionais, para evitar a ociosidade da mente e, assim, proporcionar uma melhor fluidez psicológica. No momento, os participantes pediram a realização de algum teste de mensuração, sendo assim aplicado o Teste de Identificação de Distúrbio de Uso de Álcool (Audit).

O Audit é composto por dez perguntas que investigam o padrão de uso de álcool nos últimos 12 meses. Cada resposta gera uma pontuação. Da 1ª até a 8ª questão, a pontuação varia de 0 a 4 pontos; as questões 9ª e 10ª apresentam os valores 0,2 ou 4 pontos, a depender da resposta. O valor da soma das dez pontuações indica a presença e a intensidade dos problemas relacionados ao álcool<sup>16</sup>. Segue o *quadro 1*, com o questionário Audit.

Quadro 1. Questionário do Teste de Identificação de Distúrbio de Uso de Álcool. Fortaleza, Ceará, 2019

**1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?** *[Escreva o número que melhor corresponde à sua situação].*

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

**2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?**

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

**3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo de manhã para 'curar' uma ressaca?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

Quadro 1. (cont.)

**9. Alguma vez já ficou ferido ou alguém ficou por você ter bebido?**

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**10. Alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde já manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?**

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Fonte: Moretti-Pires e Corradi-Webster<sup>17</sup>.

Nota: Audit = teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária.

• 4º encontro: Saúde bucal

Foram explicados os principais agravos que atingem a cavidade bucal (cárie, gengivite, herpes e periodontite), através de imagens, e as formas de prevenção (uso de fio dental, escovação adequada). Na ocasião, foram distribuídas escovas de dente e realizada aplicação tópica de flúor.

• 5º encontro: Alimentação saudável

Orientou-se sobre a importância do autocuidado para prevenir ou controlar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), através de uma alimentação saudável e da prática de atividades físicas. Na ocasião, foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC é estimado pela relação entre o peso (em quilogramas) e a altura (em metros) do indivíduo, expresso em kg/m<sup>2</sup>. O IMC classifica o indivíduo com relação ao peso e também é um indicador de riscos para a saúde<sup>18</sup>.

• 6º encontro: Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (Sida) e o uso do preservativo

Foi utilizado para embasamento teórico o ‘Caderno de Atenção Básica nº 18’ (2006)<sup>19</sup>, do Ministério da Saúde, e explicado sobre prevenção, sinais e sintomas das ISTs, diagnóstico, tratamento, cura, reabilitação, e sobre a importância do uso do preservativo nas relações sexuais. Houve distribuição de panfletos explicativos, esclarecimento de dúvidas, quebra de

tabus e entrega de preservativos masculinos.

• 7º encontro: Encerramento das atividades

No último encontro, aconteceu uma confraternização natalina, com a presença das pessoas envolvidas nesse projeto: juíza e promotora municipal, professoras, residentes, voluntários que contribuíram para as atividades formativas, os apenados e seus familiares. Foi um momento bem gratificante e de emoções.

O presente estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Essa Resolução incorpora os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

Os riscos com o desenvolvimento da pesquisa foram mínimos, visto que não foi realizada identificação de nenhum participante. Entretanto, adotaram-se medidas para minorar esses possíveis riscos, tais como: segurança quanto à confidencialidade e à privacidade, proteção da pessoa, a não utilização das informações e o sigilo.

## Resultados e discussão

Foi realizado um total de sete encontros com os apenados, sendo o último encontro destinado ao encerramento do grupo. A frequência no grupo era variável entre os participantes. Existiam aqueles que não faltavam a nenhum encontro, mas também havia alguns com

assiduidade menor, no entanto, as atividades em nenhum encontro deixaram de acontecer por ausência de participantes.

Iniciou-se com uma dinâmica de apresentação, na qual cada um dizia seu nome e uma qualidade com a primeira letra do nome. Esse foi um momento descontraído para romper com a ansiedade, que serviu para ‘quebrar o gelo’ e diminuir a distância entre os profissionais e os apenados, ajudando na integração e na manutenção do senso de equipe, tão essencial para uma construção coletiva com resultados positivos. Falou-se também do objetivo de estar ali para a realização de ações de promoção e educação em saúde, e eles foram consultados se consideravam importante a contribuição de cada categoria profissional. Com a aceitação do grupo, foram perguntados se gostariam de adquirir conhecimentos, de modo que foi elaborado um calendário com a temática dos encontros.

No segundo encontro, os participantes construíram juntos um painel com os principais pontos da rede de atenção à saúde: UBS, hospital, UPA, policlínica, CEO, Caps II, Caps AD e Samu. Observou-se o desconhecimento de alguns sobre a existência e as funções dos serviços no município, além do fato de alguns deles também não possuírem o Cartão Nacional de Saúde (CNS). O CNS é o documento que possibilita vincular os procedimentos, ações e serviços de saúde executados no SUS ao cidadão, ao profissional de saúde que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Foi explicado o que é necessário para solicitar o documento. Na ocasião, é solicitada a apresentação de documento (não obrigatória) que permita a identificação do usuário do SUS. Essas informações são colhidas na Secretaria Municipal de Saúde, em postos de saúde, ou através do agente de saúde. Na oportunidade, foi ofertado o CNS para aqueles que desejassem possuir.

Ainda ressalta-se a deficiência com relação às orientações tanto relacionadas ao funcionamento dos serviços de saúde existentes ou sobre os tipos de atendimento que podem ser

prestados pela equipe da UBS e/ou em quais situações a equipe encaminha para atendimento em outras unidades da rede pública de saúde; quanto com relação às orientações acerca dos cuidados em saúde. No tocante à assistência à saúde, vários estudos ainda mostram a insuficiência nos cuidados ofertados, quando não se tem consultas de admissão nem tampouco periódicas, apenas de maneira pontual e que atendam casos de urgência e quando não são realizados exames laboratoriais<sup>20</sup>.

Torna-se necessário ajustar os espaços físicos das unidades de saúde para que os profissionais executem suas funções de maneira mais adequada, com atenção especial para o acesso da população penitenciária. Questões organizacionais, como o cadastramento da população carcerária nos estabelecimentos de saúde, devem ser melhoradas e atualizadas para que se possa atingir com eficiência o conhecimento, a prevenção, o controle e o tratamento de doenças no âmbito do encarceramento, bem como desenvolver ações de promoção da saúde e assistência direcionadas para os problemas mais frequentes da população carcerária<sup>7</sup>.

Na abordagem acerca das principais situações que representam o sofrimento mental comum, como as síndromes depressivas, ansiosas e de somatização (queixas físicas sem explicação médica), percebeu-se que alguns participantes estavam se identificando com sinais e sintomas (ex: tristeza, desânimo, insônia, falta de perspectiva, ansiedade, solidão etc.) das síndromes destacadas pelo psicólogo. Houve relatos de como é sentir-se cumprindo ordem judicial, sobre as dificuldades enfrentadas para reconquistar a confiança dos familiares, reconstruir os vínculos e também para conseguir emprego.

A literatura corrobora as manifestações clínicas evidenciadas pelos apenados quando traz que a ocorrência de algum acontecimento marcante na vida aumenta o risco de sofrimento mental. Pesquisas mostraram que, na maioria das vezes, o que torna esses acontecimentos marcantes é o desencadeamento de sentimentos de humilhação ou de sentir-se sem saída<sup>16</sup>.



A humilhação está normalmente associada à perda de um vínculo importante, uma separação conjugal, um ato de delinquência ou, ainda, a situações que são vividas, como uma diminuição da pessoa diante da sua comunidade. Já a sensação de sentir-se sem saída foi relacionada a eventos que de alguma forma confirmam a impossibilidade de mudar uma situação vivida como punitiva<sup>16</sup>. No estudo de Audi et al.<sup>21</sup>, a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) foi de 66,7%.

Na aplicação do Audit, foi identificado o grau de dependência de cada um quanto ao uso de álcool, e a partir daí foram dados os devidos encaminhamentos de acordo com os escores obtidos. Aqueles que obtiveram a pontuação entre zero e 15, o que representou a maioria deles, foram orientados quanto aos serviços ofertados pelas equipes das UBS. Do total dos que responderam ao questionário, três apresentaram pontuação entre 16 e 40, mostrando necessidade de uma intervenção realizada pelo serviço especializado, sendo, portanto, encaminhados para o Caps AD. Cada participante ficava com o seu próprio questionário, com seus resultados obtidos.

As PPL no País têm maior vulnerabilidade social, devido à posição que ocupam na sociedade. Suas dificuldades assumem proporção maior em vários aspectos, com acesso restrito a bens e serviços, como os relacionados à educação, à atenção à saúde e poucas oportunidades de trabalho, por exemplo<sup>20</sup>.

Durante a realização de cada encontro, os participantes apresentaram muitos questionamentos, dúvidas e receios frente às condições do regime semiaberto. Eles aparentavam ter percepções limitadas sobre a assistência à saúde, principalmente por esta ser pontual, quando em casos de doença ou de sua permanência. Os maiores questionamentos eram acerca de ações de saúde básicas, tais como necessidade de continuidade e atualização de vacinas, e higiene íntima e oral, bons hábitos alimentares e os riscos que o etilismo, o tabagismo e o abuso de outras drogas podem ocasionar em curto e longo prazo.

No quarto encontro, foi realizada a atividade sobre a saúde bucal. A maioria dos participantes relatou que há muito tempo não realizaram uma consulta odontológica. A partir da explicação da dentista, todos reconheceram a importância da procura do profissional mesmo diante da inexistência de algum sinal de anormalidade, pois a melhor maneira para evitar complicações futuras é através de ações preventivas. No momento, foi ofertada para todos os presentes a distribuição de escovas de dentes e realizada a aplicação tópica de flúor, uma vez que muitos deles não recordavam a última vez que tinham realizado a aplicação e desconheciam a importância disso.

Existe carência de profissionais médicos, psicólogos, dentistas e técnicos de enfermagem, e a maneira muito precária com que os cuidados preventivos e curativos, previstos em lei, são oferecidos aos presos agrava as condições de saúde, potencializando os sintomas físicos e mentais. A prestação de serviços de saúde nos cárceres do Estado é de flagrante descumprimento do que é prescrito na PNAISP<sup>8</sup>.

Segundo relatos informais de algumas das populações privadas de liberdade, a assistência à saúde na unidade prisional restringe-se basicamente a campanhas, na solicitação de alguns exames, tais como: anti-HIV, para tuberculose, exames de rotina e para infecções sexualmente transmissíveis; na realização de algumas vacinas e na administração de medicamentos em caso de doenças sintomáticas ou quando passam mal.

O quinto encontro foi destinado para as questões voltadas para a importância das práticas do autocuidado (alimentação saudável e prática de atividade física). Foi realizado o cálculo do IMC dos que estavam presentes. Para o cálculo do IMC, foi necessária a utilização de balança digital para verificação de peso e de fita métrica para obtenção da altura. A maioria dos participantes estava com peso adequado para sua altura, com o IMC entre 18,5 e 24,9), mesmo referindo a não restrição no consumo de alimentos ricos em gorduras, calóricos e pouco nutritivos do ponto de

vista nutricional. Não foi identificado nenhum participante com obesidade ou com relato de tratamento para problemas de hipertensão e/ou diabetes. Dos participantes, apenas três referiram a realização regular de atividade física.

Em estudo realizado com mulheres encarceradas, foi encontrado que 70% não praticavam atividade física, 45,5% classificadas como eutróficas e a maioria delas apresentava sobrepeso ou obesidade (56,9%). Com relação à presença de doenças crônicas não transmissíveis, foi encontrada uma prevalência de 21,4% de hipertensão arterial e 3,2% de diabetes mellitus<sup>21</sup>.

No penúltimo encontro, falou-se sobre a importância do uso do preservativo e da prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e do HIV. Notou-se um certo receio e, ao mesmo tempo, curiosidade dos homens quanto à abordagem dessa temática. Eles faziam perguntas acerca da forma de transmissão, dos sintomas, de como se dava o tratamento e se tinha cura. Foram explicados aspectos gerais sobre as principais ISTs, tais como: herpes genital, sífilis, gonorreia, infecção pelo papilomavírus humano/HPV, hepatites virais (B e C); e também foram mencionados os testes rápidos que são realizados nas UBS. Na ocasião, não foi possível a realização dos testes rápidos, pois, para todas as intervenções realizadas, era necessário o envio prévio da descrição da ação para avaliação e autorização judicial, portanto, a equipe realizou somente a educação em saúde.

Assim, os relatos verbais indicam que a maior preocupação no grupo de detentos, além do tempo de detenção, é o adoecimento e o acesso ao tratamento e à cura, já que as condições de confinamento vivenciadas pela população deste relato de experiência demonstram dificuldades para o controle das doenças identificadas, bem como para a realização de medidas para o tratamento eficaz.

Ressalta-se, ainda, que o medo de descobrir doenças incuráveis ou infectocontagiosas é um forte impedimento observado nessas pessoas, além de uma má adesão às orientações dos

profissionais da saúde quando estes realizam consultas. Infere-se, ainda, pela vivência e escuta durante os encontros que a condição de encarceramento, o medo de rejeição e o estigma pela condição de detento aumentam as vulnerabilidades e diminuem as chances dessas pessoas de se identificarem como objeto de cuidado em saúde.

A superlotação e a falta de avaliação para adoção de medidas ininterruptas de assistência, prevenção e promoção de saúde para as PPL podem piorar os quadros anteriores e desenvolver doenças, bem como pode ocorrer a transmissão de doenças infecciosas intrainstitucionais<sup>20</sup>. Dada a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas, identificamos a necessidade de a população encarcerada ter acesso às ações de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade<sup>22</sup>.

No desenvolvimento de todas as ações, foi valorizado o conhecimento que já possuíam, e, dessa forma, foi possível viabilizar uma melhor sistematização do conhecimento adquirido nas variadas abordagens que compõem o cuidado à saúde da pessoa encarcerada, deixando claro ao grupo que apenas lhes faltava estabelecer o elo entre o saber e o fazer da promoção da saúde, possibilitando, assim, o desenvolvimento de uma consciência crítico-reflexiva com a finalidade de transformação do sujeito inserido no contexto social<sup>11</sup>.

Ademais, foi possível perceber nos encontros que os detentos em regime semiaberto percebem a assistência à saúde de forma positiva, quando estas são bem conduzidas e aqueles são valorizados enquanto sujeitos que necessitam estar contemplados nos cuidados à saúde.

O término do período letivo coincidiu com o fim das atividades no grupo, e o sentimento gerado foi de satisfação, tanto pela possibilidade de promover ações educativas para essas pessoas como pelo convite recebido para participar do encerramento do ano com a realização de uma confraternização natalina. A turma dos residentes foi bastante elogiada pela iniciativa e recebeu mensagens de agradecimento da juíza municipal, das professoras do projeto e

também dos apenados, o que deixou claro o quanto foi importante a educação em saúde no empoderamento dos indivíduos para o seu autocuidado, garantia da autonomia e promoção da sua saúde.

De acordo com Salci<sup>23</sup>, os profissionais de enfermagem são fundamentais na construção de um contexto emancipatório, no respeito e na confiança das potencialidades dos seres humanos, com os quais interagem e pactuam parcerias nas ações de educação em saúde. Devem ter uma compressão ampliada das questões que envolvem a complexidade da temática educação em saúde e, dessa maneira, realizar ações emancipatórias de promoção da saúde que ultrapassem o modelo biomédico e atuem de forma participativa para que a pessoa obtenha conhecimento necessário para tomar decisões conscientes no seu processo saúde-doença e de viver saudável.

## Considerações finais

Apesar da implantação de políticas públicas voltadas para a população privada de liberdade, ainda existe muita dificuldade em sua implementação. Observa-se um contexto ainda muito marcado por uma assistência em saúde precária ou até inexistente. É importante instigar discussões sobre saúde no sistema penitenciário nos centros educacionais formadores de recursos humanos para o SUS, tendo em vista a apreensão de

conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e competências, a fim de contribuir para a adequada atuação dos profissionais de enfermagem e demais trabalhadores da saúde nesse cenário.

É fundamental que mais estudos sejam feitos para mostrar a realidade dessa população, visto que essa temática constitui-se, ainda, um campo pouco explorado, permitindo, também, a conscientização dos profissionais de enfermagem e das demais categorias profissionais acerca da necessidade e da importância de uma saúde mais igualitária e equânime, independentemente da população à qual ela seja prestada.

Destarte, pode-se considerar que as práticas produzidas pela equipe de residentes junto aos homens que cumprem regime semiaberto permitiram o desenvolvimento de ações educativas e de promoção da saúde que proporcionaram maior empoderamento e autonomia dessas pessoas nas questões relativas à sua saúde.

## Colaboradores

Serra AEG (0000-0002-0705-3055)\* contribuiu para a concepção, o planejamento e para a revisão crítica do conteúdo. Lima RCRO (0000-0002-7989-5104)\* contribuiu para o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Cuadernillo de jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos nº 9: personas privadas de libertad. San José: Corte Interamericana de Derechos Humanos; 2017.
2. Damas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev. saúde pública*. 2012; 5(3):6-22.
3. Brasil. Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*. 13 Jul 1984.
4. Gois SM, Junior HPOS, Silveira MFA, et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 jan 19]; 17(5):1235-1246. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a17v17n5.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. *Diário Oficial da União*. 9 Set 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2 Jan 2014.
7. Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira, LV, et al. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 jan 19]; 18(4):586-592. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0586.pdf>.
8. Minayo MC, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jan 18]; 21(7):2031-2040. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413>.
9. Santa Catarina. Governo do Estado, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania. Manual: Atribuições da Equipe de Saúde no Sistema Prisional. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania; 2016. 32 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
11. Menezes PR, Lopes L G, Vasconcelos CTM, et al. Promoção da saúde em unidade prisional: relato de experiência. In: *Anais do 4º Encontro Internacional de Jovens Investigadores*; 2017 Set 4; Fortaleza. Fortaleza: UNEB; 2017. p. 1-11.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do Trabalho Científico. 8. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
14. Allison T, Peter S, Jonathan C. Critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa (COREQ): lista de verificação de 32 itens para entrevista e grupos focais. *Rev. Inter. Qual. Assist. Saúde*. 2017;19:349-357.
15. Heimann C, Prado C, Moraes RRSP, et al. A construção do conhecimento da enfermagem baseada no método construtivista. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013; 47(4):997-1000.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica – nº 34*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

17. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2011 [acesso em 2020 jan 31]; 27(3):497-509. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300010>.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. *Cadernos de Atenção Básica – nº 12*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. *Cadernos de Atenção Básica – nº 18*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
20. Valim EMA, Daibem AML, Hossne WS. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Rev. bioética*. 2018; 26(2):282-290.
21. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, et al. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde debate*. 2016; 40(109):112-124.
22. Mourão LF, Oliveira LB, Marques ADB, et al. Promoção da Saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência. *SANARE*. 2015; 14(1):52-57.
23. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, et al. Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto & contexto enferm*. 2013; 22(1):224-230.

---

Recebido em 08/08/2019

Aprovado em 29/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Saúde em Debate

## Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A 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, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

### Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

**a) Conflito de interesses.** Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

**b) Colaboradores.** Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

**c) Agradecimentos.** (Opcional).

## OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

### 1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.



## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br

# Saúde em Debate

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

---

### SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

### GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: [www.saudeemdebate.org.br](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 seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

### ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

### Complementary information (should be sent in a separate file)

**a) Conflict of interest.** The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

**b) Contributors.** Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

**c) Acknowledgements.** (Optional).

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER**

### **1. Declaration of responsibility and assignment of copyright**

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

### **2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)**

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE**

### **1. Statement of spelling and grammar proofreading**

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

### **2. Statement of translation**

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

### **Correspondence address**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Saúde em Debate

## Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

### ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: [www.saudeemdebate.org.br](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, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

## PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

### Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

**a) Conflicto de intereses.** Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

**b) Colaboradores.** Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

**c) Agradecimientos. (Opcional).**



## **LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor**

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

### **2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)**

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

## **DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical**

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

### **2. Declaración de traducción**

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

### **Dirección para correspondencia**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](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 Karina Fuginelli (inglês/english)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

Christopher Robert Peterson (inglês/english)

Cristina Antunes - B&C Revisão de Textos LTDA.

(português e inglês/portuguese and english)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (inglês/english)

Lucas Figueiredo (normalização/normalization)

Luiza Nunes (normalização/normalization)

Simone Basilio (português/portuguese)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

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, 2019.

v. 43. n. 123; 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)