



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO 124
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2020
ISSN 0103-1104

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

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

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

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

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

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

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO 124
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2020

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

5 **Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19**

Lockdown or participatory health surveillance? Lessons from Covid-19

Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Ana Maria Segall-Corrêa

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

17 **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde**

Meanings of universality at the VIII National Health Conference: between the expanded concept of health and the expansion of access to health services

Celita Almeida Rosário, Tatiana Vargas de Faria Baptista, Gustavo Corrêa Matta

32 **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista**

Family Health Support Center: reflection on its development through realist evaluation

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva, Jaslene Carlos da Silva, Sydia Rosana de Araujo Oliveira

47 **Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo**

Permanent Health Education and National Program for Improving Access and Quality of Primary Care: a cross-sectional and descriptive study

Israel Victor de Oliveira, Joacira Mota Matos Santos, Fernanda Campos Sousa de Almeida, Rogério Nogueira de Oliveira

58 **Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde**

National Policy of Primary Healthcare 2017: implications in the work of the Community Health Worker

Thais Lacerda e Silva, Amanda Nathale Soares, Gislene Aparecida Lacerda, Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita, Danielle Costa Silveira

70 **Avaliação da eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense**

Assessment of effectiveness of the Rede Mãe Paranaense Program

Daiane Ribeiro dos Santos, Cláudia Silveira Viera, Ana Tereza Bittencourt Guimarães, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

-
- 86 Hospitais de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências: o que sua produção revela?**
Medium-complexity hospitals in the Emergency Care Network: what does their production reveal?
Fabiane Gorni Borsato, Brígida Gimenez Carvalho
- 99 Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidroga-resistente em Recife, Pernambuco, Brasil**
Evaluation of care coordination of users with multi-drug tuberculosis in the city of Recife, Pernambuco State, Brazil
Denise Bezerra Marinho Barros, Juliana Martins Barbosa da Silva Costa, Ylaska Almeida Coelho dos Reis, Ana Coelho de Albuquerque, Eronildo Felisberto
- 115 Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária**
Health assessment: processual and structural dimension of child health in primary care
Simone Elizabeth Duarte Coutinho, Altamira Pereira da Silva Reichert, Jordana Almeida Nogueira, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Neusa Collet
- 130 Estado nutricional de crianças residentes em área de vulnerabilidade social: estudo longitudinal**
Nutritional status of children residing in an area of social vulnerability: longitudinal study
Dixis Figueroa Pedraza, Ricardo Alves de Olinda, Thaíse Alves Bezerra
- 141 Percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família**
Nurses' perception on child nutritional care in the Family Health Strategy
Dixis Figueroa Pedraza
- 152 Sujeitos invisíveis e acessos possíveis: cuidado à saúde bucal de pessoas com fenda orofacial e expressões**
Invisible people and possible accesses: the oral health care of the people with orofacial cleft and expressions
Priscila Figueiredo Cruz Ramos, Fábio Solon Tajra
- 169 Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores**
Access to breast cancer care in a municipality in Bahia: the perspective of users, workers and managers
Shirley Batista Oliveira, Daniela Arruda Soares

-
- 182** **As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua**
Health-interfering streets experiences: homeless people's perspective
Fabiana Aparecida Almeida Lawall Valle, Beatriz Francisco Farah, Nivaldo Carneiro Junior
- 193** **Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem**
Sexual and reproductive health in the Xukuru of Ororubá ethnic group: tell the women to go forward
Maria Rafaela Amorim de Araujo, Mariane Silva Tavares, Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza, Diana de Oliveira Bezerra
- 205** **Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ)**
Risk factors for diarrhea occurrence in children living in Guaratiba Island (RJ)
Kelly Cristina Genesio de Aguiar, Simone Cynamon Cohen, Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel, Débora Cynamon Kligerman
- 221** **Desastre de Brumadinho: contribuições para políticas públicas e gestão do saneamento em períodos emergenciais**
Brumadinho disaster: contributions to public policies and sanitation management in emergency periods
Deborah Chein Bueno de Azevedo, Graziella de Araújo Toledo, Simone Cynamon Cohen, Débora Cynamon Kligerman, Telma Abdalla de Oliveira Cardoso
- 234** **Cidade do Rio de Janeiro (RJ) sustentável? Análise da evolução do planejamento para o Esgotamento Sanitário**
Sustainable city of Rio de Janeiro (RJ)? Analysis of the evolution of planning for Sanitary Sewage
Graziella de Araújo Toledo, Simone Cynamon Cohen, Débora Cynamon Kligerman, Enrico Mendes Saggiaro
- 251** **Bacias hidrográficas transfronteiriças: saneamento e saúde ambiental sem fronteiras**
Transboundary river basins: sanitation and environmental health without borders
Maurício Pinto da Silva, Rafaela Facchetti Assumpção, Débora Cynamon Kligerman
- REVISÃO | REVIEW
- 263** **Proteção ao meio ambiente e às gerações futuras: desdobramentos e reflexões bioéticas**
Protection of the environment and future generations: bioethical developments and reflections
Isis Layne de Oliveira Machado, Volnei Garrafa
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 275** **Reforma Sanitária e outros olhares para a saúde indígena: relato de experiência com os Potyguara**
Health Reform and different perspectives for indigenous health: experience report with the Potyguara
Maria Lidiany Tributino de Sousa

Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19

Helena Rodrigues Corrêa Filho^{1,2}, Ana Maria Segall-Corrêa³

DOI: 10.1590/0103-1104202012400

ESTA EDIÇÃO DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE' TRAZ contribuições para entender o mundo da saúde coletiva no momento crítico da pandemia de Coronavírus de 2020 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 – Sars-Cov-2), em que doença em decorrência desse vírus foi chamada de Covid-19. Em editorial anterior, a 'Saúde em Debate' expressou a previsão de que o sucesso do modelo chinês traria críticas inevitáveis para o modelo ocidental de mitigação e ação estatal vertical sem participação popular direta¹.

Na segunda quinzena do mês de março de 2020, discutia-se no Brasil o fechamento indiscriminado das cidades (*Lockdown*) em oposição à experiência chinesa e coreana de vigilância epidemiológica pela mobilização popular com organização e informação pela base, fechamento seletivo e manutenção dos serviços essenciais de saúde, alimentação e sobrevivência.

A China venceu. No dia 3 de março de 2020, o governo chinês divulgou o primeiro boletim com nenhum caso novo de contágio pelo Coronavírus. No mesmo dia, a Itália anunciou a morte de mais de 600 pessoas, caminhando para o pico da epidemia estendida a todo o país depois do início na região da Lombardia, em torno da cidade de Milão.

Vários filmes feitos na China durante as ações de vigilância e controle revelaram que entrar e sair de condomínios, metrô, ônibus, locais de compra em Wuhan eram monitorados por membros do Partido Comunista Chinês e membros de Comitês Populares Locais. Esses comitês agiam como autoridades locais sob comando central definindo autorizações para sair para compras e contatos de estrita necessidade. Lembrando que necessidade ou serviço essencial é um conceito de classe segundo o qual o que é pouco para uma minoria é demais para muitos.

O controle de saída, trajeto e chegada foi feito na China utilizando aplicativos de redes sociais como 'WeChat', leitura de códigos de identificação padrão 'QR' por telefones celulares, centralização da informação e análise. O serviço estatal chinês forneceu infraestrutura de *big data* e computação para coleta, armazenamento, processamento e análise de informação visando ao controle da epidemia.

Se uma pessoa de Wuhan demonstrasse estar contagiada com sintomas ou sinais após ter andado em um vagão específico do metrô ou feito compras em supermercado, ela seria identificada quanto ao horário, trajeto, contatos e pessoas próximas a serem convocadas para exames e vigilância. Nem George Orwell imaginou um grande irmão tão presente com uma estrutura capilarizada para controlar pessoas e portadores de um vírus letal.

No mesmo período, a mortalidade na Coreia foi de 7,9 para mil (0,79%) e acometeu

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. helenocorrea@uol.com.br

²Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Brasília (DF), Brasil.



principalmente idosos e grupos conglomerados em casas de abrigo de idosos. Na Itália, a mortalidade chegou acima de 9% e passou a matar bebês. Os gráficos ascendentes dos casos e mortalidade nos países da Europa e no Brasil fizeram prever que aqui haveria maior chance de reproduzir o modelo Italiano de disseminação da Covid-19².

A semelhança do Brasil com a Itália vem da implantação do modelo neoliberal destruindo aparatos públicos de serviços e vigilância em saúde na Itália após 2010. Qual a origem da tragédia italiana do Coronavírus^{3,4}? Em 2020, a Itália completou dez anos de cortes orçamentários. Estima-se que esse país tinha um *deficit* de 56 mil médicos e 50 mil enfermeiros. Ademais, entre 2015 e 2020, foram fechados 758 estabelecimentos italianos de saúde entre clínicas, policlínicas, centros de saúde e hospitais. Essa demolição do aparato público da atenção e da vigilância à saúde na Itália decorreu das práticas denominadas de ‘austeridade’ fiscal e orçamentária dos estados exigidas pela ‘Troika’ BCE-CEE-FMI (Banco Central Europeu, Comissão Econômica Europeia e o Fundo Monetário Internacional) que exigiram dos governos que reservassem a maior parte do orçamento público para financiar juros bancários e dívidas públicas e limitaram investimentos, serviços públicos e direitos de seguridade social.

A ‘austeridade’ que fechou o aparato público de saúde italiano foi semelhante à que passou a ser aplicada no Brasil a partir da falência de governo de coalizão (2010-2015), do golpe de estado jurídico e parlamentar (2016) e da eleição fraudulenta da ultradireita em 2018.

Programas ultraliberais semelhantes ocorreram na mesma época no Chile, no Peru, na Argentina, no Paraguai, no Equador, na Colômbia e na Bolívia, forçados pela pressão de sanções financeiras e diplomáticas internacionais, por campanhas de propaganda de mídia nas eleições, por golpes parlamentares ou pela chamada ‘guerra híbrida’ derrubando governos eleitos.

A pandemia pelo Sars-Cov-2 ou simplesmente o ‘novo’ Coronavírus da Síndrome de Angústia Respiratória Grave em 2019 aplainou a agressão drástica do modelo ultraliberal e agudizou a crise de acumulação de capital de forma a obrigar verdadeiro retrocesso da implantação dos ‘estados austeros’ de países como Reino Unido, Alemanha e França.

A Covid-19 acelerou providências europeias das medidas de salvamento de pobres, de transferência de renda a trabalhadores informais e empreendedores individuais, de doentes, idosos e crianças. Governos ultraliberais que defendiam que cada pessoa devia salvar-se a si passaram a distribuir renda para evitar morte por fome e doenças agudas e uma onda de saques ao comércio.

O governo dos EUA pressionou o Brasil na direção de manter a política ultraliberal enquanto modificava drasticamente sua política interna de Renda Mínima Cidadã, prometendo distribuir renda mensal mínima a todos os pobres estadunidenses durante a pandemia. Esse movimento político paradoxal chegou ao Brasil em convulsão no pico ascendente da pandemia com 400 mil casos no mundo, e 2.200 no Brasil (25/03/2020)².

Havia e há pessoas na Internet defendendo o fechamento de fronteiras com deportação de viajantes que cheguem procedentes de área epidêmica. É desumano, cruel e epidemiologicamente ineficaz. Fechar fronteiras é ineficaz e autoritário. Serve a interesses políticos e econômicos. Sabemos que fascismo não impede a migração de bactérias, vírus, agentes tóxicos, contrabando e autoritarismo. Muito pelo contrário. O que deve ser feito é contratar pessoal capacitado para a vigilância em saúde e aumentar a participação popular ‘direta’ no direito de notificar, acompanhar a investigação e saber do desfecho dos casos. Acolher, tratar se necessário, notificar, investigar e jamais fechar fronteiras.

Restrição de viagens é política que exige controle de saída e de chegada. Deve ser feita com acompanhamento de necessidades planejadas. Pessoas com necessidade estrita de viajar

em missão de estado, casos de falecimento e necessidades logísticas de comércio das atividades consideradas essenciais viajariam sabendo que, ao sair e chegar, passarão por controle de sinais e sintomas. Em caso de contato com o público, aceitam exames de triagem, se necessário, ficam em quarentena período máximo de incubação – 14 dias. Em circunstâncias controladas, só viajariam as pessoas em situação de busca de repatriação, aquelas em retorno ao país de origem, pessoas em busca de ações de cooperação internacional, estudo, migração e trabalho nas atividades também consideradas essenciais.

A Itália fez, no início da pandemia, um vaivém na política de distanciamento social⁴. Inicialmente, preferiu fechar os cidadãos em seus velhos burgos, pequenas cidades do Norte. Depois, resolveu isolar gente idosa e pobre para, posteriormente, entender que devia parar o País, permitindo, apenas, que as pessoas pudessem sair de casa por necessidade de comida e remédios. Na sequência, liberaram saídas e chegadas sem as restrições seletivas anteriores, para depois voltar outra vez às recomendações de distanciamento social. Uma coisa é dizer aos cidadãos que não saiam de casa durante 15 dias ou 20 dias e pedir que só circulem os materiais de alimentos e saúde. Outra coisa – ineficaz – é fechar cidades, prender migrantes e votar leis em segredo.

O modelo de controle social trabalhado por estatísticos e estudiosos de ciências da computação tem como ponto de partida a situação atual graduando diferentes níveis de eficácia do ‘distanciamento social’ ou do ‘fique em casa se não quiser matar os outros ou ficar doente’.

O Brasil buscou convencer a população a não sair de casa. Pode ser que tenhamos sucesso em mudar o modelo e reduzir a velocidade da epidemia com proteção e ‘achatamento da subida da curva’. O povo saberá entender se conseguiremos um resultado que nos aproxime mais da China e da Coreia do Sul e nos distancie do que aconteceu na Itália. Desejamos que a população pobre e trabalhadora não tenha de pagar pelo risco em ônibus e metrô lotados para servir à classe que pode romantizar a quarentena.

O distanciamento social e a testagem universal de contatos assintomáticos são as explicações do sucesso da Coreia do Sul em bloquear o aparecimento de casos novos e reduzir a mortalidade a quase cem vezes menos que a Itália.

Não adianta testar os níveis de IGM cinco dias depois de contatos suspeitos, sinais ou sintomas. É necessário teste rápido para portadores de partículas virais. O Brasil tem capacidade científica e tecnológica para fabricar *kits* diagnósticos. A Universidade Federal da Bahia e a Fundação Oswaldo Cruz desenvolveram *kits* em bancada de laboratório que não encontraram financiamento para a produção em plantas industriais. Faltou financiamento público por causa da ‘austera’ Emenda Constitucional 95⁵.

O sucesso da testagem universal já mobilizou inclusive os sanitaristas estadunidenses. A lista de internet dedicada à saúde pública denominada ‘spiritof1848’ defende a testagem universal nos EUA desde o final do mês de fevereiro de 2020 e o uso de máscaras faciais por pessoas portadoras do vírus ou doentes, evitando a disseminação para os 86% que serão assintomáticos (IC 95%:[82%-90%]). A testagem universal permitiu na Coreia a busca e o isolamento dos assintomáticos positivos que são responsáveis por 55% da transmissão a casos novos (IC 95%:[46%-62%])⁶⁻⁸. O que fez diferença foi isolar assintomáticos positivos. Além disso, atuaram os deuses da higiene – a água e o sabão.

A Coreia do Sul demonstrou criatividade com improvisação de máscaras para evitar contato humano com aerossóis de saliva e secreções humanas nos transportes públicos, mesmo com lotação reduzida. Na falta de produção industrial suficiente, usaram de tudo, desde meias-calças, pedaços de pano; retalhos de papel toalha, até copos de sutiãs amarrados no rosto. Virou piada internacional, mas funcionou.

Em março de 2020, o Brasil ainda não tem um plano de mobilização e contingência para o distanciamento social e medidas de proteção coletiva e individual. Só com a Renda Mínima Cidadã poderia impedir a morte econômica da economia popular, a fome e a violência. Se nada for feito, os que não pegarem o Coronavírus vão pegar o 'guedesvírus' da falência, pobreza e falta de dinheiro para o aluguel, comida, luz, água, e tudo o que os ultraliberais privatizaram ou querem privatizar.

Apesar de o Brasil não ter modelo epidemiológico sanitário de controle, seja vertical, seja participativo, o País tem um conjunto de leis epidemiológicas autoritárias, que permitem ao governo federal aplicar medidas draconianas sem consultar e sem permitir ação de defesa dos interesses regionais ou locais⁹.

As melhores listas de necessidades essenciais e direitos da população trabalhadora sob quarentena e distanciamento social apareceram no manifesto das dez centrais sindicais brasileira e nas '16 perguntas das quebradas' publicadas pelo movimento das periferias urbanas^{10,11}.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) tem pautado sua ação de estudos e intercâmbio científico translacional entre os setores saúde, economia, direito, educação popular, e outros, com a interface formalizada nos fóruns de instituições como o Conselho Nacional de Saúde e as Frentes Nacionais criadas para a luta pela saúde e pela vida^{12,13}.

As discussões nas diversas instâncias do Cebes e o conteúdo de sua revista 'Saúde em Debate' visam denunciar que a estratégia de mitigar para aguardar a imunização do 'rebanho' (imunidade de grupo) demonstrou-se ineficaz no Irã e na Itália. O custo de vidas humanas foi devido à altíssima taxa de reprodução (R_{zero} ou R_0) que levou a casos graves de bebês, crianças e jovens, além dos adultos idosos, com doenças concomitantes. Essa experiência não existia em janeiro por causa da baixa taxa de gravidade e proporção de assintomáticos, que era desconhecida em janeiro de 2020.

Os equipamentos de proteção individual demonstraram ser inúteis ou exigir várias camadas de proteção, o que os tornam inviáveis para uso na rede de atenção primária, pelo alto custo com descarte e limpeza, e indisponibilidade consequente ao volume de demanda com o número muito alto de casos. A extensão dessa demanda não era igualmente conhecida em janeiro de 2020 e tornou-se realidade concreta após o Coronavírus chegar ao Oriente Médio e Europa, em março do mesmo ano. O impacto disso foi a mortalidade altíssima de enfermeiros, auxiliares e médicos na Itália, chegando a prejudicar o atendimento de hospitais desaparelhados e sem pessoal, com adoecimento e morte de alto número dos profissionais de saúde.

Depois do conhecimento sobre a velocidade de reprodução ($R_0=2,5$), a alta taxa de assintomáticos transmissores (86%), a persistência do vírus por até vários dias nos móveis, resíduos de hospital e nos objetos de uso individual e comunitário ('fômites' no dialeto sanitário), a incapacidade de reverter o quadro inflamatório agudo nos pacientes graves que são internados em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), mesmo com ventilação mecânica por até 20 dias consecutivos, mudaram o panorama na Europa. Tornaram igualmente insustentável a estratégia de Trump e Bolsonaro de deixar morrer muita gente para não paralisar a economia.

Denunciamos também como criminosos a estratégia de liberar comércio e atividades não essenciais, colocando em risco a população trabalhadora, na expectativa que a epidemia seja extinta e admitindo o aumento da mortalidade de muita gente pobre, da periferia, que não terá acesso aos meios que possam salvar suas vidas, como o acesso à UTI dos poucos hospitais que estarão aparelhados.

A estratégia da supressão planejada se impôs depois do conhecimento científico divulgado sobre a experiência da China, da Coreia do Sul, do Irã, da Itália, da Alemanha e do Reino Unido. O modelo adotado nos EUA, que mesmo lá sofre muita resistência, é um modelo assassino do

imperialismo colonialista que impõe medidas de mitigação com liberação comercial e bancária. O governo brasileiro busca imitar essas estratégias desde o início do ano de 2020. Se aqui vencer a estratégia de ‘liberar geral’, saberemos que a implicação será a de mandar o povo morrer para que a economia, os investidores e financistas lucrem, como sempre acontece.

Colaboradores

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)* é responsável pela elaboração do manuscrito. Segall-Corrêa AM (0000-0003-0140-064X)* contribuiu para a revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Corrêa Filho HR. A utopia do debate democrático na vigilância em saúde. *Saúde debate* [internet]. 2020 [acesso em 2020 fev 19]; 43(123)979-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912300>.
2. The Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at JHU. 2019-NCov Global Cases By Johns Hopkins CSSE – Online Accrual [Electronic Digital Media]. Baltimore – MD – USA: Johns Hopkins Whiting School of Engineering at JHU; 2020. [acesso em 2020 fev 4]. Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.
3. Nogueira K, Ruivo E, Nogueira P, et al. Em fevereiro, quando contava 17 mortos, a Itália “protegeu a economia” e cancelou isolamento. Hoje são 6 820. *Diário do Centro do Mundo* [internet]. 2020. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/em-fevereiro-quando-contava-17-mortos-a-italia-protegeu-a-economia-e-cancelou-isolamento-hoje-sao-6-820/>.
4. Cimini F. Coronavírus: os 15 dias de brigas políticas que selaram o desfecho trágico da Itália. *The Intercept Brasil* [internet]. 2020. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/03/24/coronavirus-politica-italia/>.
5. Brasil. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 – Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, CLIV. *Diário Oficial da União*. 16 Dez 2016. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=368>.
6. Li R, Pei S, Chen B, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). *Science*. 2020. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/03/science-estudo-coronavirus-contagio-documentacao-16-mar-2020.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Silva AAM. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2020 [acesso em 2020 mar 26]; 23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100100.
8. Silva AAM. Sobre a importância da ampliação da capacidade de testagem dos sintomáticos para a contenção da epidemia pela COVID-19 no Brasil. Agência Bori [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://abori.com.br/artigos/sobre-a-importancia-da-ampliao-da-capacidade-de-testagem-dos-sintomaticos-para-a-contencao-da-epidemia-pela-covid-19-no-brasil/>.
9. Corrêa Filho HR. Comentário à Lei do Coronavírus 2019: Uma lei autoritária sem garantias de cidadania. CEBES Portal Eletrônico [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/comentario-a-lei-do-coronavirus-2019-uma-lei-autoritaria-sem-garantias-de-cidadania/>.
10. Borges T. Coronavírus e as quebradas: 16 perguntas ainda sem resposta sobre impacto da pandemia nas periferias. Periferia em Movimento – Informação dos extremos ao centro [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://periferiaemmovimento.com.br/coronavirus-e-as-quebradas-16-perguntas-ainda-sem-resposta-sobre-impacto-da-pandemia-nas-periferias/>.
11. Central Única dos Trabalhadores. Medidas de proteção à vida, à saúde, ao emprego e à renda dos trabalhadores e trabalhadoras. [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/coronavirus-cut-e-centrais-vaio-exigir-medidas-de-protecao-ao-emprego-e-a-renda-0d5d>.
12. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Cebes e a Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores apoia, endossa e recomenda o posicionamento do MPT sobre a pandemia do COVID-19. [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/03/cebes-e-a-frente-ampla-em-defesa-da-saude-dos-trabalhadores-apoia-endossa-e-recomenda-o-posicionamento-do-mpt-sobre-a-pandemia-do-covid-19/>.
13. Athaide C. Propostas de medidas para reduzir os impactos da pandemia de Covid19 nos territórios das favelas brasileiras – #Afavelacontraovirus. CUFA – Central Única de Favelas [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.cufa.org.br/noticia.php?n=MjYx>.

Lockdown or participatory health surveillance? Lessons from the Covid-19

Heleno Rodrigues Corrêa Filho^{1,2}, Ana Maria Segall-Corrêa³

DOI: 10.1590/0103-1104202012400

THIS ISSUE OF THE JOURNAL 'SAÚDE EM DEBATE' BRINGS CONTRIBUTIONS to understand the world of collective health at the critical moment of the 2020 Coronavirus pandemic (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 – Sars-Cov-2), in which the disease caused by this virus was named Covid-19. In a previous editorial, 'Saúde em Debate' expressed the prediction that the success of the Chinese model would bring inevitable criticism to the Western model of mitigation and vertical state action without direct popular participation¹.

In the second half of March 2020, the indiscriminate closure of cities (Lockdown) was discussed in Brazil, as opposed to the Chinese and Korean experience of epidemiological surveillance by popular mobilization with organization and information by the base, selective closure, and maintenance of essential services such as health, food, and survival.

China was victorious. On March 3rd, 2020, the Chinese government released the first bulletin with no new cases of Coronavirus contagion. On the same day, Italy announced the death of more than 600 people, heading for the peak of the epidemic spread across the country after it started in the region of Lombardy, around the city of Milan.

Several films made in China during the surveillance and control actions revealed that entering and leaving condominiums, subways, buses, shopping venues in Wuhan were monitored by members of the Chinese Communist Party and members of Local People's Committees. These committees acted as local authorities under a central command, defining authorizations to go out for purchase of supplies and contacts of absolute necessity. One must keep in mind that essential need or service is a class concept according to which what is little for a minority is too much for many.

The control of departure, route, and arrival was done in China using social networking applications such as 'WeChat', reading of standard identification 'QR' codes by cell phones, centralizing information and analysis. The Chinese state service provided big data and computing infrastructure for collecting, storing, processing, and analyzing information to control the epidemic.

If a person in Wuhan demonstrated to be infected with symptoms or signs after riding in a specific subway car or shopping in a supermarket, they would be identified as to the time, route, contacts, and close people to be called in for examinations and surveillance.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. helenocorrea@uol.com.br

²Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Brasília (DF), Brasil.



Not even George Orwell could have imagined a big brother so present with a capillary structure to control people and those carrying a lethal virus.

In the same period, mortality in Korea was 7.9 per thousand (0.79%) and affected mainly the elderly and conglomerate groups in homes for the elderly. In Italy, mortality reached over 9% and went on to killing babies. The upward graphs of cases and mortality in European countries and in Brazil made it possible to predict that, here, there would be a greater chance of reproducing the Italian model of dissemination of the Covid-19².

The similarity between Brazil and Italy comes from the implantation of the neoliberal model destroying public devices of health services and surveillance in Italy after 2010. What is the origin of the Italian tragedy of the Coronavirus^{3,4}? In 2020, Italy completed ten years of budget cuts. It is estimated that the country had a deficit of 56,000 doctors and 50,000 nurses. In addition, between 2015 and 2020, 758 Italian health establishments were closed, including clinics, polyclinics, health centers, and hospitals. This demolition of the public apparatus of health care and surveillance in Italy resulted from the practices called fiscal and budgetary 'austerity' of the states, required by the ECB-EEC-IMF 'Troika' (European Central Bank, European Economic Commission and the International Monetary Fund), which required governments to set aside most of the public budget to finance bank interest and public debt and limited investments, public services, and social security rights.

The 'austerity' that closed the Italian public health apparatus was similar to that which came to be applied in Brazil after the failure of the coalition government (2010-2015), the legal and parliamentary *coup d'état* (2016), and the fraudulent election of the ultra-right wing in 2018.

Similar ultraliberal programs took place at the same time in Chile, Peru, Argentina, Paraguay, Ecuador, Colombia, and Bolivia, forced by the pressure of international financial and diplomatic sanctions, by media propaganda campaigns during the elections, by parliamentary coups, or by the so-called 'hybrid war', overthrowing elected governments.

The Sars-Cov-2 pandemic or simply the 'new' Coronavirus of Severe Respiratory Distress Syndrome in 2019 flattened the drastic aggression of the ultraliberal model and exacerbated the capital accumulation crisis in order to force a real setback in the implementation of the 'austere States' of countries like The United Kingdom, Germany, and France.

The Covid-19 accelerated European measures to save the poor, to transfer income to informal workers and individual entrepreneurs, the sick, the elderly, and the children. Ultraliberal governments that argued that each person should save themselves began to distribute income to prevent death by starvation and acute illnesses and a wave pillaging and plundering.

The US government pressured Brazil to maintain ultraliberal policies while drastically modifying its domestic Minimum Citizen Income policy, promising to distribute a minimum monthly income to all poor Americans during the pandemic. This paradoxical political movement came to Brazil in convulsion at the rising peak of the pandemic, with 400,000 cases worldwide, and 2,200 in Brazil (3/25/2020)².

There were and still are people on the Internet defending the closing of borders with the deportation of travelers arriving from an epidemic area. It is inhumane, cruel, and epidemiologically ineffective. Closing borders is ineffective and authoritarian. It serves political and economic interests. We know that fascism does not prevent the migration of bacteria, viruses, toxic agents, smuggling, and authoritarianism. Quite the opposite. What must be done is to hire trained personnel for health surveillance and to increase the 'direct' popular participation in the right to notify, monitor the investigation, and learn about the outcome of the cases. To take in, treat if necessary, notify, investigate, and never close borders.

Travel restriction is a policy that requires departure and arrival control. It must be done with planned monitoring of necessities. People with a strict need to travel on state missions, cases of death, and logistical needs for trade in activities considered essential would travel knowing that, when leaving and arriving, they should undergo signs and symptoms control. In case of contact with the public, they would accept screening tests, if necessary, be in quarantine for the maximum incubation period – 14 days. In controlled circumstances, only people in search of repatriation would travel, those returning to their country of origin, people in search of international cooperation actions, study, migration, and work in activities also considered essential.

Italy, at the beginning of the pandemic, took a swing in the policy of social distancing⁴. Initially, it preferred to close its citizens within their old burghs, small towns in the North. Then, it decided to isolate the elderly and the poor to only later understand that the country should be stopped, allowing solely that people could leave the houses due to the need for food and medicine. Subsequently, they released departures and arrivals without the previous selective restrictions, and then returned again to the recommendations of social distancing. It is one thing to tell citizens not to leave their homes for 15 or 20 days and ask that only food and health materials circulate. It is another thing – and ineffective – to close cities, arrest migrants, and vote on laws in secret.

The social control model worked by statisticians and computer science scholars has as its starting point the current situation grading different levels of effectiveness of the ‘social distancing’ or the ‘stay home if you don’t want to kill others or get sick’.

Brazil sought to convince the population not to leave home. We may be successful in changing the model and reducing the speed of the epidemic with protection and ‘flattening the curve’. The people will be able to understand if we can achieve a result that brings us closer to China and South Korea and distances us from what happened in Italy. We hope that the working and poor population do not have to pay for the risk in crowded buses and subways in order to serve the class that can romanticize the quarantine.

Social distancing and universal testing of asymptomatic contacts are the explanations of South Korea’s success in blocking the emergence of new cases and reducing mortality to almost 100 times less than Italy.

There is no point in testing IGM levels five days after suspicious contacts, signs or symptoms. Rapid testing is required for carriers of viral particles. Brazil has scientific and technological capacity to manufacture diagnostic kits. The Federal University of Bahia and the Oswaldo Cruz Foundation have developed kits on laboratory bench that did not find financing for production in industrial plants. Public funding was lacking because of the ‘austere’ Constitutional Amendment 95⁵.

The success of universal testing has already mobilized even North American health workers. The internet list dedicated to public health called ‘spiritof1848’ has advocated universal testing in the USA since the end of February 2020, and the use of facial masks by people with the virus or sick people, preventing the spread to the 86% that will be asymptomatic (95% CI: [82% -90%]). Universal testing has allowed Korea to search for and isolate positive asymptomatic patients who are responsible for 55% of the transmission to new cases (95% CI: [46% -62%])⁶⁻⁸. What made a difference was to isolate positive asymptomatic patients. That in addition to the action of the gods of hygiene – water and soap.

South Korea demonstrated creativity with improvised masks to avoid human contact with aerosols of saliva and human secretions in public transport, even those with reduced capacity. In the absence of sufficient industrial production, they used everything from

tights, pieces of cloth; scraps of paper towels, even cups of bras tied to the face. It became an international joke, but it worked.

In March 2020, Brazil still does not have a mobilization and contingency plan for social distancing and collective and individual protection measures. Only with the Minimum Citizen Income could it prevent the economic death of the popular economy, starvation, and violence. If nothing is done, those who do not catch the Coronavirus will catch the 'Guedesvirus' of bankruptcy, poverty, and a lack of money for rent, food, electricity, water, and everything that ultraliberals have privatized or want to privatize.

Although Brazil does not have an epidemiological health control model, whether vertical or participatory, the country has a set of authoritarian epidemiological laws, which allow the federal government to apply draconian measures without consulting and without allowing actions to defend regional or local interests⁹.

The best lists of essential needs and rights of the working population under quarantine and social distancing appeared in the manifesto of the ten Brazilian Union centrals and in the '16 questions from the slums' published by the urban periphery movement^{10,11}.

The Brazilian Center for Health Studies (Cebes) has guided its action of studies and translational scientific exchange between the sectors of health, economy, law, popular education, and others, with the interface formalized in the forums of institutions such as the National Health Council and the National Fronts, created to fight for health and for life^{12,13}.

The discussions in the various instances of the Cebes and the content of its journal 'Saúde em Debate' aim to denounce that the strategy of mitigating to await the immunization of the 'herd' (group immunity) has proved ineffective in Iran and in Italy. The cost of human lives was due to the very high rate of reproduction (R_{zero} or R_0) that led to serious cases of babies, children and young people, besides elderly adults, with concomitant diseases. This experience did not exist in January because of the low severity rate and proportion of asymptomatic patients, which was unknown in January 2020.

Personal protective equipment has proven to be useless or to require several layers of protection, which make them unfeasible for use in the primary care network, due to the high costs of disposal and cleaning, and unavailability due to the volume of demand with the very high number of cases. The extent of this demand was also not yet known in January 2020, and became a concrete reality after the Coronavirus arrived in the Middle East and Europe, in March of the same year. The impact of it was the extremely high mortality of nurses, assistants, and doctors in Italy, even harming the attendance of hospitals that were dismantled and without staff, with the sickening and death of a high number of health professionals.

After understanding the speed of reproduction ($R_0 = 2.5$), the high rate of asymptomatic transmitters (86%), the persistence of the virus for up to several days on furniture, hospital waste, and objects for individual and community use ('fomites' in the health dialect), the inability to reverse the acute inflammatory condition in critically ill patients who are admitted to the Intensive Care Unit (ICU), even with mechanical ventilation for up to 20 consecutive days, have changed the scenario in Europe. They have also made Trump and Bolsonaro's strategy of letting many people die so as not to paralyze the economy equally unsustainable.

We also denounce the strategy of liberating non-essential trade and activities as criminal, putting the working population at risk, in the expectation that the epidemic will be extinguished and admitting the increase in mortality of many poor people from the peripheries, who will not have access to the means that can save their lives, such as access to the ICU of the few hospitals that will be equipped.

The strategy of planned suppression was imposed after the dissemination of scientific

knowledge on the experience of China, South Korea, Iran, Italy, Germany, and The United Kingdom. The model adopted in the US, which suffers much resistance even there, is a murderous model of colonialist imperialism that imposes mitigation measures with commercial and banking liberation. The Brazilian government has sought to imitate such strategies since the beginning of the year 2020. If the ‘liberate all’ strategy wins here, we will know that the implication will be to send the people to die so that the economy, the investors, and financiers may profit, as it always happens.

Collaborators

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)* is responsible for elaborating the manuscript. Segall-Corrêa AM (0000-0003-0140-064X)* contributed to the revision of the manuscript.

References

1. Corrêa Filho HR. A utopia do debate democrático na vigilância em saúde. *Saúde debate* [internet]. 2020 [acesso em 2020 fev 19]; 43(123)979-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912300>.
2. The Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at JHU. 2019-NCov Global Cases By Johns Hopkins CSSE – Online Accrual [Electronic Digital Media]. Baltimore – MD – USA: Johns Hopkins Whiting School of Engineering at JHU; 2020. [acesso em 2020 fev 4]. Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.
3. Nogueira K, Ruivo E, Nogueira P, et al. Em fevereiro, quando contava 17 mortos, a Itália “protegeu a economia” e cancelou isolamento. Hoje são 6 820. *Diário do Centro do Mundo* [internet]. 2020. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/em-fevereiro-quando-contava-17-mortos-a-italia-protegeu-a-economia-e-cancelou-isolamento-hoje-sao-6-820/>.
4. Cimini F. Coronavírus: os 15 dias de brigas políticas que selaram o desfecho trágico da Itália. *The Intercept Brasil* [internet]. 2020. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/03/24/coronavirus-politica-italia/>.
5. Brasil. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 – Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, CLIV. *Diário Oficial da União*. 16 Dez 2016. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=368>.
6. Li R, Pei S, Chen B, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). *Science*. 2020. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/03/science-estudo-coronavirus-contagio-documentacao-16-mar-2020.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Silva AAM. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2020 [acesso em 2020 mar 26]; 23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100100.
8. Silva AAM. Sobre a importância da ampliação da capacidade de testagem dos sintomáticos para a contenção da epidemia pela COVID-19 no Brasil. Agência Bori [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://abori.com.br/artigos/sobre-a-importancia-da-ampliao-da-capacidade-de-testagem-dos-sintomaticos-para-a-contencao-da-epidemia-pela-covid-19-no-brasil/>.
9. Corrêa Filho HR. Comentário à Lei do Coronavírus 2019: Uma lei autoritária sem garantias de cidadania. CEBES Portal Eletrônico [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/comentario-a-lei-do-coronavirus-2019-uma-lei-autoritaria-sem-garantias-de-cidadania/>.
10. Borges T. Coronavírus e as quebradas: 16 perguntas ainda sem resposta sobre impacto da pandemia nas periferias. Periferia em Movimento – Informação dos extremos ao centro [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://periferiaemmovimento.com.br/coronavirus-e-as-quebradas-16-perguntas-ainda-sem-resposta-sobre-impacto-da-pandemia-nas-periferias/>.
11. Central Única dos Trabalhadores. Medidas de proteção à vida, à saúde, ao emprego e à renda dos trabalhadores e trabalhadoras. [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/coronavirus-cut-e-centrais-vaio-exigir-medidas-de-protecao-ao-emprego-e-a-renda-0d5d>.
12. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Cebes e a Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores apoia, endossa e recomenda o posicionamento do MPT sobre a pandemia do COVID-19. [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/03/cebes-e-a-frente-ampla-em-defesa-da-saude-dos-trabalhadores-apoia-endossa-e-recomenda-o-posicionamento-do-mpt-sobre-a-pandemia-do-covid-19/>.
13. Athaide C. Propostas de medidas para reduzir os impactos da pandemia de Covid19 nos territórios das favelas brasileiras – #Afavelacontraovirus. CUFA – Central Única de Favelas [internet]. [acesso em 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.cufa.org.br/noticia.php?n=MjYx>.

Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde

Meanings of universality at the VIII National Health Conference: between the expanded concept of health and the expansion of access to health services

Celita Almeida Rosário¹, Tatiana Wargas de Faria Baptista¹, Gustavo Corrêa Matta¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012401

RESUMO O artigo discute os sentidos de universalidade da saúde presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). A partir da análise de documentos elaborados na Conferência e de documentos históricos produzidos pela mídia e por instituições de saúde coletiva, inferiu-se que, embora o termo universalidade tenha sido utilizado superficialmente, a identificação de eixos temáticos evidenciou a existência de uma disputa discursiva entre um sentido de universalidade como ampliação do direito à saúde versus a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Contudo, o sentido atrelado ao conceito ampliado de saúde e à concepção de direito à saúde abrangente foi predominante. Esse sentido foi vocalizado por atores inseridos no cenário acadêmico, representantes de sindicatos, militantes de movimentos sociais e movimento da reforma sanitária. Foram, ainda, identificados como as principais condições de possibilidades para a emergência desse sentido no contexto da VIII CNS: o processo de redemocratização do Estado no final da década de 1980 e a disseminação de propostas para uma reforma ampla nos setores sociais, atreladas à ideia de garantia de direitos de cidadania.

PALAVRAS-CHAVE Universalização da saúde. Conferências de saúde. Sistema Único de Saúde. Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT *This paper discusses the meanings of universality of health care present at the VIII National Health Conference (CNS). Based on the analysis of documents produced at the Conference and historical documents produced by the media and by Public Health institutions, it was inferred that, although the term universality has been used in a superficial way, the identification of thematic axes evidenced the existence of a discursive dispute between a sense of universality as an extension of the right to health care versus as an expansion of the access to health services. However, the meaning coupled to the expanded concept of health care and to the conception of a comprehensive right to health care was predominant. This meaning was mainly voiced by actors included in the academic scene, labor union representatives, social movement activists and health care reform movement. They were, also, identified as the main conditions of possibility for the emergence of this sense in the context of the VIII CNS: the process of redemocratization of the State in the late 1980s and the dissemination of proposals for a broad reform in the social sectors linked to the idea of guaranteeing citizenship rights.*

KEYWORDS *Universal of health. Health conferences. Unified Health System. Health care reform.*

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



Introdução

O tema da universalidade retorna ao debate da saúde no Brasil através do reconhecimento de uma possível modificação em seu sentido, a partir dos anos 2000. Essa percepção de mudança sugere que o termo vem sendo utilizado e confundido como simples expansão da oferta e da cobertura, descaracterizando-o como princípio atrelado ao direito do indivíduo e dever do Estado, à equidade e à democracia¹⁻³.

Segundo Paim e Silva⁴, a noção de universalidade está relacionada ao princípio de igualdade e à ideia de justiça. Na ciência política, é atribuído ao campo do direito, mais especificamente dos direitos humanos, e refere-se aos “direitos que são comuns a todas as pessoas, como um direito positivo que visa à manutenção da vida individual e social no mundo moderno”²⁽⁴⁶⁵⁾.

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como

direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁵⁽¹⁰⁷⁾.

Já a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, promulgada em 1990, parte do artigo 196 da Constituição e retoma a perspectiva da concepção ampliada de saúde no artigo 3, onde:

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País⁶⁽²⁾.

Mas tal incorporação ocorre também mediada pela ampliação da responsabilidade sobre a saúde pelas pessoas, famílias, empresas

e sociedade, o que se apresenta no artigo 2 da Lei Orgânica⁶. O debate em torno da responsabilidade sobre a saúde foi explorado na Constituinte e refutado⁷, retornando como contraditório nesse novo contexto.

Na década de 1990, o debate sobre a organização de sistemas de saúde insere-se num contexto de ajuste e liberalização econômica⁸. Inicia-se uma disputa política e discursiva em torno da ideia de universalização, com importante protagonismo de agências internacionais, como o Banco Mundial. O caminho apontado para universalização passa a estar associado à proteção do risco financeiro e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial. Nesse momento, já se delineava uma diferenciação entre a proposta de sistemas de saúde universais, atrelados à defesa do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde e a construção de sistemas embasados na lógica de cobertura universal, com ampliação do acesso aos serviços de saúde sem o compromisso com a equidade e a justiça social^{3,9}.

Essa percepção de mudança de sentido da universalidade se apresenta de forma explícita no debate da saúde brasileiro nos anos 2000, mas é possível observar nos discursos de diferentes atores envolvidos com o sistema de saúde brasileiro que o conceito de universalidade é vocalizado de diversas formas ao longo do tempo^{4,10,11}. Reconhecer o uso variado da terminologia e o conceito de universalidade no debate da saúde no Brasil é um passo importante para aprofundar a análise das estratégias e ações políticas desenvolvidas no âmbito estatal nos últimos tempos.

A proposta deste artigo é contribuir para esse debate trazendo para análise os sentidos de universalidade presentes no debate da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) no Brasil, visando a identificar os conflitos e disputas em torno desse princípio, bem como as condições de possibilidades para que um determinado sentido ganhasse maior expressão no debate da Conferência.

A VIII CNS foi elencada neste estudo como espaço privilegiado para a identificação do

processo discursivo do conceito de universalidade e das controvérsias presentes no debate da política de saúde. Primeiro, por possibilitar a investigação dos principais argumentos, discursos, sentidos e disputas existentes acerca da temática da universalidade no debate da saúde brasileiro, devido à sua importância para a questão do direito à saúde – tema central da Conferência. Segundo, por simbolizar um marco para o movimento da Reforma Sanitária, cujas propostas apresentadas tornaram-se as principais diretrizes para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Terceiro, pelo seu ineditismo, ao contar com a intensa presença e participação de diferentes representantes da sociedade – usuários, profissionais, trabalhadores da saúde, entre outros – nas deliberações da política de saúde¹²⁻¹⁴.

A partir dos discursos presentes na VIII CNS, o artigo aborda: 1) os principais argumentos e propostas políticas relacionadas ao debate da universalização em saúde; 2) os sujeitos e grupos que vocalizaram sentidos relacionados à universalização da saúde; 3) a existência de condições de possibilidades para que um determinado sentido de universalidade ganhasse maior expressão em detrimento de outros sentidos no debate da VIII CNS.

Material e métodos

O estudo apoiou-se na abordagem teórico-metodológica de Spink e colaboradores¹⁵ sobre a produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas.

Os sentidos são compreendidos como construções sociais, produzidas nas interações cotidianas, e estão presentes nos discursos, o que faz da linguagem uma ferramenta para a construção da realidade. Apresentam regularidades linguísticas, que orientam as práticas cotidianas das pessoas e tendem a manter e reproduzir certos discursos tanto no nível macro dos sistemas políticos e disciplinares quanto no nível restrito dos grupos sociais¹⁶.

A fim de identificar os discursos e os respectivos sentidos acerca da universalidade no

debate da VIII CNS, foram escolhidos como fonte de análise os principais documentos elaborados na VIII CNS: Anais da Conferência, textos preparatórios para debate e o Relatório Final. Foram também analisados materiais produzidos pela mídia (jornais, vídeos e outros), documentos divulgados pelas instituições relacionadas à saúde coletiva (revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, e documentos da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco) e documentos históricos disponíveis no acervo da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Os documentos da Conferência utilizados neste estudo foram formulados através de debates prévios, grupos de trabalho, discussão de propostas, negociações e disputas entre diferentes posições e constituíram-se como materiais históricos privilegiados, capazes de apreender os principais argumentos, sentidos, continuidades e deslocamentos argumentativos existentes acerca da universalidade na saúde. Os demais materiais e documentos analisados, por sua vez, permitiram reconhecer e dar visibilidade ao contexto e aos processos político-institucionais que davam sentido aos enunciados, evidenciando os discursos em disputa e as possíveis condições em que esses se apresentavam e foram formados.

A análise foi realizada a partir do seguinte percurso: 1) leitura prévia dos documentos selecionados, seguida da identificação de trechos que continham conteúdo relevante à temática da universalidade; 2) identificação de eixos temáticos que atravessavam o objeto de estudo e que se apresentavam em relação com a temática da universalidade: Direito à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Responsabilidade do Estado; Unificação do Sistema Nacional de Saúde (SNS); Estatização do SNS; Setor Privado como Concessão; 3) organização do material em tabelas divididas por documentos e subdivididas pelos eixos temáticos identificados; e 4) análise dos sentidos existentes no contexto de fala e condições de possibilidade, reconhecendo núcleos argumentativos.

Resultados

Contexto e pretexto para VIII CNS

A VIII CNS foi organizada num contexto político de transição democrática como resultado das propostas e das lutas do movimento da Reforma Sanitária. É considerada um marco para a saúde no País por simbolizar o processo de construção da plataforma e de estratégias de um movimento de democratização da saúde e por inaugurar um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde^{14,17-20}.

Sua principal finalidade era obter subsídios que contribuíssem para uma reformulação do SNS e proporcionar elementos para o debate da saúde na Assembleia Nacional Constituinte (ANC)¹¹. Foi reconhecida como pré-constituente da saúde, onde as principais pautas discutidas seriam conduzidas à ANC como resultantes da vontade de todos os profissionais de saúde e de todos os segmentos da sociedade²¹.

A VIII CNS ocorre no período de 17 a 21 de março de 1986 no ginásio de esportes de Brasília, com a participação de mais de 4.000 pessoas, propondo e discutindo os temas ‘Saúde como direito’, ‘Reformulação do sistema de saúde’ e ‘Financiamento do setor’¹³. Foi possível inferir neste estudo que a escolha de um local amplo e a convocação de diferentes segmentos sociais foram utilizadas como estratégia de pressão social para que os acordos afirmados fossem legitimados.

Para a composição de delegados, foram escolhidos e/ou indicados representantes de instituições, organizações e entidades segundo critérios definidos internamente por cada uma delas¹⁹. A proporcionalidade entre categorias representantes gerou diversos conflitos, destacando-se os representantes do setor privado prestador de serviço contratado e autônomo, que se ausentaram da Conferência alegando baixa representatividade em relação à sociedade civil.

Entre as 500 vagas destinadas à sociedade civil: 150 foram destinadas aos trabalhadores e às associações de bairro, no intuito de priorizar esses segmentos; 300 vagas foram distribuídas para representantes de instituições religiosas, representantes dos direitos da mulher, entre outras instituições que apresentavam contribuições para a reformulação do sistema de saúde; 50 vagas foram atribuídas ao setor governamental, com a representação de todos os ministérios e de todas as instituições que, no âmbito estadual, municipal ou da união, tratavam da saúde.

A busca de articulação com outros ministérios foi uma importante tentativa de discutir a saúde de forma ampliada e não setorializada. Os sindicatos, as associações e os conselhos de todos os profissionais de saúde e os empresários da área de saúde também foram contemplados. A *tabela 1*, abaixo, ajuda a visualizar a distribuição das vagas e representações na Conferência.

Tabela 1. Distribuição de vagas para delegados na VIII CNS

Distribuição de vagas por órgão do Estado	Vagas	Distribuição de vagas para representações de trabalhadores, prestadores de serviço e sociedade civil	Vagas
Ministério da Saúde	80	Associações e órgãos de representação de produtores privados de serviços de saúde	75
Ministério da Previdência e Assistência Social	80	Entidades das diversas categorias de profissionais do setor saúde	100
Ministério da Educação	40	Sindicatos e associações de trabalhadores urbanos e rurais (Contag, Conclat, CUT)	150

Tabela 1. (cont.)

Distribuição de vagas por órgão do Estado	Vagas	Distribuição de vagas para representações de trabalhadores, prestadores de serviço e sociedade civil	Vagas
Outros Ministérios e Órgãos Federais	100	Confederação Nacional de Associações de Moradores (Conam)	50
Secretarias Estaduais	110	Entidades comunitárias e outras entidades civis	100
Secretarias Municipais	90	Partidos políticos	25
Total de vagas para órgãos do Estado	500	Total de vagas para representações de trabalhadores, prestadores de serviço e sociedade civil	500
Total de vagas: 1000			

Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios da VIII CNS.

A convocação da VIII CNS também serviu como espaço para refazer alianças, traçar estratégias correspondentes e realinhar propostas entre atores para o aprofundamento da reforma no setor saúde¹⁴. Contudo, uma intenção explícita também era firmar as bandeiras de luta²².

De um lado, os reformistas da previdência – representados por atores vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps), como o então presidente Hésio Cordeiro – apresentavam propostas para uma reforma de cunho mais administrativo do setor saúde através de uma ‘unificação por baixo’, descentralizando e unificando o Ministério da Saúde (MS) e o Inamps de forma progressiva, e não no nível federal²². Por outro lado, os reformistas da saúde – representados por atores vinculados ao MS, como Sergio Arouca, Presidente da Fiocruz, e Eleutério Rodrigues Neto, secretário-executivo do MS no período – buscavam na Conferência o aprofundamento da proposta de unificação do SNS ‘pelo alto’, através da transferência imediata do Inamps ao MS. A participação de diferentes segmentos sociais serviria de argumento e pressão para o fortalecimento político-institucional do setor saúde, possibilitando avançar na desvinculação da previdência social²².

Portanto, o processo de construção e a execução da VIII CNS, além de contribuir para a reformulação do SNS no período de redemocratização do País, propiciaram a abertura de uma grande arena de debates. Nessa arena,

evidenciaram-se disputas entre diferentes concepções do conceito de saúde, de reorganização do sistema e de financiamento, que acirraram-se e tornaram-se notórias no setor saúde brasileiro no período pós-Conferência.

Sentidos de universalidade na VIII CNS

Um primeiro aspecto relevante elucidado na análise dos sentidos de universalidade na VIII CNS refere-se à ausência de uma preocupação com a conceituação do termo e seu sentido, diferentemente do que ocorre no debate da saúde no Brasil a partir dos anos 2000. Contudo, a percepção da ausência de uma discussão conceitual sobre o termo universalidade na Conferência não descarta a existência de seus diferentes sentidos e ênfases. Assim, a partir dos enunciados expressos nos documentos analisados, buscou-se reconhecer quais e de que forma os temas debatidos associavam-se à questão da universalidade.

Um primeiro tema associado à universalidade foi o de ampliação do acesso, subdividido em dois eixos de discussão: ampliação do acesso vinculado ao conceito ampliado de saúde e ampliação do acesso como garantia da prestação de serviços de saúde. A ampliação do acesso como conceito ampliado de saúde referia-se ao debate da saúde como um direito social e atrelado à cidadania. Paim²³ resume o espírito da discussão em seu texto preparatório para a Conferência:

[...] promover saúde implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação, enquanto que respeitar o direito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços²³⁽⁴⁷⁾.

Portanto, a manutenção do estado de saúde da população estaria vinculada a ações articuladas em um conjunto de serviços e políticas relativas a emprego, renda, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, entre outros. Da mesma forma, Sergio Arouca, em discurso como Presidente da Conferência, expressa claramente a ideia de direito à saúde atrelado a um conceito ampliado de saúde:

[...]. Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito do trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo²⁴⁽³⁶⁾.

Nesse debate, a garantia do direito à saúde e a ampliação de seu acesso exigiam a definição de políticas sociais e econômicas que fossem capazes de enfrentar as situações de desigualdades. Nesse argumento, explicita-se a perspectiva da determinação social da saúde e da doença, elemento-chave no debate teórico da saúde coletiva e da reforma sanitária.

Portanto, o debate em torno de um conceito ampliado de saúde sugeria a necessidade de mudanças sociais mais profundas e uma nova concepção de Estado, o que também remetia

ao processo político de democratização. Nesse sentido, para Fleury²⁵, em texto preparatório apresentado para a Conferência intitulado ‘Cidadania, direitos sociais e Estado’, a forma de garantir uma ampliação do acesso ao direito à saúde seria também através da

[...] democratização do próprio Estado, para que um controle social efetivo seja exercido, de maneira transparente, desconcentrada e descentralizada. Só assim será possível redefinir a política nacional de saúde de maneira efetiva, atribuindo ao Estado democrático a competência não só de normatização e financiamento, mas de real controle e dever e assegurar a universalização do direito à saúde²⁵⁽¹¹⁰⁾.

O contexto de abertura para o processo de redemocratização do Estado, no final da década de 1980, e a disseminação de propostas para uma reforma ampla nos setores sociais atreladas à ideia de garantia de direitos de cidadania também influenciaram fortemente a emergência da utilização do conceito de universalidade como direito à saúde numa concepção ampliada de saúde.

Já a ampliação do acesso como garantia da prestação de serviços de saúde restringia-se ao debate da oferta de serviços médico-hospitalares. Esse eixo emerge de maneira mais discreta em alguns discursos da Conferência, sobretudo nos trabalhos apresentados pelos expositores do painel ‘Reformulação do Sistema Nacional de Saúde’. Nesse painel, a participação de atores com trajetória institucional no MS ou no Inamps foi majoritária, o que pode justificar o menor aprofundamento do debate político-ideológico e o maior enfoque em propostas técnicas e organizacionais para o novo SNS.

Entre os trabalhos apresentados, a fala de Adib Jatene – representante da Comissão do Ensino Médico do Ministério da Educação na Conferência – focaliza bem a questão da garantia da ampliação do acesso aos serviços médico-hospitalares:

É claro que o setor hospitalar está melhor aparelhado talvez porque a preocupação com a doença é maior. Enquanto que para manter a saúde e fazer prevenção da doença é necessário um trabalho de conscientização e criação de uma mentalidade preventiva [...]. O que realmente precisamos é melhorar e ampliar o atendimento hospitalar e, simultaneamente, empreender uma vigorosa ação no campo da atenção primária, esta, seguramente, responsabilidade governamental. [...]. O segundo aspecto sobre o qual gostaria de fazer uma consideração diz respeito aos recursos para financiar todo o sistema de saúde. Não pretendo nesta minha intervenção incluir os aspectos do problema relacionado com as condições sanitárias, serviço de água e esgoto, alimentação, habitação, higiene do trabalho, salário, etc., mas restringir-me aos recursos para a assistência médico-hospitalar. Uma boa parte da nossa rede hospitalar é anterior à universalização do atendimento feita pelo Inamps²⁶⁽¹³⁰⁾.

A elucidação dos eixos acima permitiu reconhecer, portanto, um tensionamento com relação ao tipo de ampliação de acesso ideal para o novo SNS. Deve-se considerar, contudo, que o acesso vinculado ao conceito ampliado de saúde não implica a negação da garantia da prestação de serviços de saúde, mas busca abarcar um conjunto mais amplo de questões e políticas que visem à garantia da saúde. Já na perspectiva da ampliação do acesso como prestação de serviços, há uma indicação de redução das políticas ao setor saúde. No debate da Conferência, a ideia de ampliação do acesso atrelada ao conceito ampliado de saúde demonstrou-se predominante e entoada mais fortemente na arena de debate, sendo o grande mote de todo o temário da VIII CNS.

A análise dos documentos propiciou, ainda, elencar outros eixos norteadores que, embora não definissem o conceito de universalidade, atravessavam-no de forma significativa: Responsabilidade do Estado; Unificação do SNS; Estatização do SNS; Setor Privado como Concessão.

No debate sobre a Responsabilidade do Estado, este deveria garantir o acesso ao direito à saúde de forma ampliada. Logo, a saúde é concebida como bem público e extrapolaria a noção de oferta de serviços de saúde, garantindo condições dignas de vida com políticas sociais e econômicas que resguardassem os direitos dos cidadãos. No entanto, a questão da responsabilidade social e dos indivíduos também emerge nessa discussão, como bem ilustra a fala de Carlyle Macedo, representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em um dos primeiros discursos de abertura da Conferência:

Esse direito [à saúde], esse bem público e esse valor têm que ser assegurados na medida em que todos esses três componentes são atendidos da mesma forma. É aí que a saúde deixa de ser responsabilidade de só uma parte da sociedade para ser responsabilidade de todos, os indivíduos, da sociedade e do Estado. E essa responsabilidade se expressa numa obrigação do poder público, e ao mesmo tempo no dever de cada cidadã²⁷⁽²⁵⁾.

Logo, observa-se que este eixo remete à discussão sobre o conceito ampliado de saúde e ao direito à saúde, mas também exige o desenvolvimento de estratégias para que o Estado e a sociedade possam garanti-lo. O aprofundamento desse debate sobre as estratégias de organização gerou tensionamentos importantes na VIII CNS e aparecem nos próximos eixos analisados.

No eixo identificado como Unificação do SNS, é evidente a tensão entre os atores da saúde e da previdência. Isso porque havia um consenso quanto à proposta de unificação da saúde, mas divergências quanto à operacionalização dessa proposta. Destacavam-se duas propostas: 1) a defesa de uma unificação 'por baixo', através do fortalecimento do processo de descentralização, passando o Inamps ao MS de maneira gradual; e 2) a defesa de uma unificação 'por cima', através da transferência do Inamps ao MS.

A justificativa para o apoio à unificação do SNS ‘por baixo’ era que a transferência imediata, sem antes haver uma reforma no interior do sistema previdenciário, enfraqueceria a capacidade negociadora do Inamps e fragilizaria as relações institucionais no setor. Antes era preciso fortalecer as ‘bases’ para configuração de um novo SNS conjuntamente à transferência ao nível federal através das Ações Integradas em Saúde (AIS). Essa iniciativa do Ministério da Previdência nos anos 1980 promovia a transferência financeira de recursos do governo federal aos demais entes federativos com o objetivo de subsidiar a organização de uma infraestrutura de saúde nos estados e municípios e era apresentada como uma ‘estratégia-ponte’ exitosa.

Segundo Raphael de Almeida Magalhães²⁸ – Ministro do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) durante a Conferência –, o fortalecimento das AIS e sua reformulação corresponderiam ao processo de municipalização.

A municipalização, como instrumento que já nos deixou entrever as possibilidades de êxito, pelo que tem atestado as Ações Integradas de Saúde, e sobretudo como alternativa de integração descentralizada, construída de baixo para cima, precisa atingir consequências maiores: deve incorporar o nível hospitalar público e privado, descentralizando em favor do município, que precisa assumir, como instância governamental, o papel de núcleo gestor do seu sistema de saúde, incorporando sistematicamente e não esporadicamente, como vem acontecendo, a participação da população²⁸⁽²²⁾.

Para os defensores da unificação do SNS ‘pelo alto’, era necessária a construção de um sistema único e abrangente, diferenciando o significado de Sistema Unificado de Saúde – integração administrativa e burocrática – e o Sistema Único de Saúde –, ideia que pressupunha a criação de outro órgão unificando todos os serviços de saúde. Nesse sentido, embora

estivessem na direção correta, as AIS não poderiam ser consideradas a solução definitiva para o problema da unificação dos serviços de saúde. Roberto Figueira Santos, Ministro do MS, em discurso na Conferência, apontava a necessidade de

[...] que a Conferência reconheça como imprescindível a unificação dos serviços de saúde, a curto prazo, e que assinala, de forma justa e com insofismável clareza, a fonte dos recursos que hão de sustentar a prestação destes serviços. [...]. Com efeito, de nada adianta a unificação dos serviços caso parte destes continuassem a merecer financiamento oriundo da contribuição dos trabalhadores, de mistura com o que deles se arrecada para aposentadoria e pensão, enquanto as atividades preventivas, de relevância ao menos igual, continuasse sujeita às minguadas fatias oriundas do Tesouro Nacional²⁹⁽¹⁷⁾.

O eixo Estatização do SNS surge na medida em que o debate se volta para as formas possíveis de ampliação do acesso aos serviços de saúde. A proposta de estatização defendida na Conferência concebia o Estado como único responsável e prestador dos serviços de saúde, e pôde ser observada principalmente nos trabalhos e debates de cunho mais político-ideológico. Na análise desses discursos, destacaram-se duas posições distintas quanto ao eixo: 1) A defesa de uma estatização gradual; 2) A defesa de uma estatização imediata.

A primeira foi defendida por um conjunto de atores que entendia o setor público ainda fortemente dependente do setor privado, sendo mais adequado apostar numa estatização progressiva. Para Francisco Beduschi, médico sanitário e representante da Federação Nacional dos Médicos,

[...] a prestação direta dos serviços de saúde pelo Estado é a única garantia que a população tem de sua continuidade, de que o sistema seja participativo e democrático e que as prioridades maiores sejam as realmente

almejadas e necessitadas pela comunidade. Achamos que a convivência com a iniciativa privada no setor saúde deverá ocorrer na medida em que haja necessidade de se repartir um espaço, mas que a participação direta pelo Estado deverá ser uma meta a ser conseguida dentro de um prazo, dentro de um direcionamento da saúde, no sentido da real promoção da saúde e não do tratamento da doença²¹⁽¹⁵³⁾.

A estatização imediata surge como alternativa, sobretudo na fala dos representantes de sindicatos e associações de trabalhadores, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT). Para esses participantes, a prestação de serviços de saúde deveria passar imediatamente para a reponsabilidade do Estado através da prestação direta, evitando a ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços. Arlindo Chinaglia Júnior, representante da CUT durante a VIII CNS, assinalava que:

[...]. Sob a égide de que a estatização pode ser autoritária podemos assistir à abertura da porta, escancaradamente, apesar do discurso, à iniciativa privada. Então, Professora Sônia [Fleury], defendemos a estatização sim, mas com o controle dos trabalhadores. Aí não haverá autoritarismo. Portanto, convocamos aqui todos os presentes para defender a estatização e, ao mesmo tempo, defender a democracia do Estado, defender a participação dos trabalhadores²¹⁽¹²⁰⁾.

Contudo, se para alguns atores a estatização (imediata ou gradual) era a principal aposta de reorganização da oferta de serviços do novo SNS, para outros, a viabilidade desse processo gerava preocupação. O último eixo, identificado como 'Setor Privado como Concessão', propunha a reorganização do sistema de saúde através da ação conjunta ou mista entre o setor público e o privado na oferta de serviços, onde este último atuaria como prestador ao Estado por um contrato de concessão de serviços. Nelson Rodrigues dos

Santos – médico sanitário e ex-secretário de saúde no município de Campinas –, em entrevista concedida ao Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde (Lateps) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, descreve que essa seria:

[...] uma relação não só contratual, mas de compromisso público, porque o contratante é o Estado, é o poder público, e, ao contratar, contrata uma oferta de serviços planejada pelo Estado³⁰⁽⁶⁵²⁾.

Da mesma forma, Fleury²⁵, em seu trabalho apresentado na Conferência, também não descartava a possibilidade de se considerarem novas formas de relacionamento entre o setor público e o privado para a oferta de serviços, sobretudo diante do panorama de sucateamento dos serviços públicos, que na época havia redundado no incremento dos serviços médico-hospitalares privados no País.

A saúde e, portanto, a assistência, são serviços essenciais e não podem ser vistos de outra forma do que como um bem público. O que isto quer dizer em termos da Configuração do Sistema Nacional de Saúde? Seria a sua estatização? Não necessariamente. Há que considerar que a situação consolidada garante atualmente ao Estado (via recursos previdenciários) o controle financeiro, mas não passa o mesmo com a oferta de serviços. [...]. Já existem experiências na sociedade brasileira em que serviços essenciais, como os transportes e telecomunicações, são monopólios estatais, sendo a prestação de serviços realizada por empresas privadas, consideradas, como concessão. Neste caso, o serviço é assumido como um bem público essencial, permitindo ao Estado mecanismos legais de controle e intervenção sobre os prestadores privados. É necessário avaliar a aplicabilidade destas experiências ao setor saúde²⁵⁽¹¹⁰⁾.

Um dado relevante a se considerar nessa análise é que o setor privado não participou da

Conferência, alegando pouca representatividade na composição de delegados. Sérgio Arouca em discurso admite que a representatividade do setor privado seria de suma importância para a discussão, dada a sua relevância na oferta de serviços do sistema de saúde vigente, mas que a VIII CNS tinha como peculiaridade a participação popular, e, por isso, a representatividade do setor privado seria menor. Segue trecho a respeito desse impasse:

[...] algumas entidades ligadas ao setor privado se retiraram da Conferência, alegando que, como representavam uma grande porcentagem dos serviços de saúde prestados ao País, deviam ter maior número de delegados. Mas se equivocaram. No meu entender, essa proporção de serviços prestados não corresponde à proporção da população brasileira. Esta é uma Conferência da população brasileira e não uma Conferência dos prestadores de serviços.

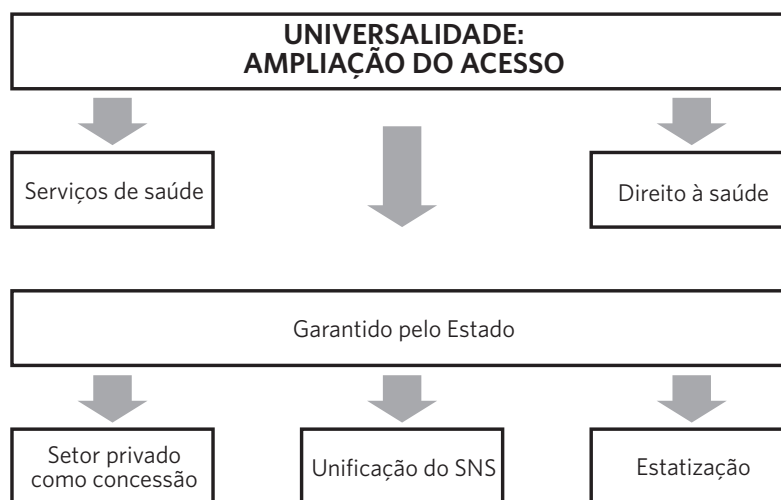
Mas eu lamento profundamente a sua ausência, porque nesta Conferência está se tratando de criar um projeto nacional que não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos

na prestação de serviços, na construção da saúde do povo brasileiro. Assim, a eles queria deixar uma mensagem: que, mesmo na ausência, vamos estar defendendo os seus interesses, desde que estes não sejam os interesses da mercantilização da saúde. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir aterrorizado, porque aqui ele vai ser defendido²⁴⁽³⁹⁾.

A ausência de representantes do setor privado na VIII CNS não permitiu, portanto, que a questão relação público/privado ganhasse uma discussão de maior dimensão, já que sobressaiu o consenso entre os atores de que o setor privado poderia atuar como prestador de serviços ao Estado. Logo, não foi possível inferir se a participação do setor privado alteraria as decisões pactuadas e levadas ao Relatório Final.

A fim de sistematizar os eixos encontrados nos discursos da VIII CNS, bem como a relação existente entre eles e a temática, segue a *figura 1* abaixo:

Figura 1. Eixos que atravessam a temática da universalidade no debate da VIII CNS



Consensos: quais sentidos de universalidade vigoraram após o debate da VIII CNS?

A construção do Relatório Final da VIII CNS levou em consideração os principais consensos acerca dos temas postos em debate, entre eles os eixos identificados na análise deste estudo. Com relação ao termo universalidade, foi possível concluir que sua utilização no debate e nos discursos da Conferência estava atrelada à ideia de ampliação do acesso, sendo a ampliação do direito à saúde, numa perspectiva ampliada, o eixo predominante e pactuado na construção do Relatório Final³¹.

O eixo Responsabilidade do Estado seguiu para a construção do Relatório Final como uma posição predominante durante todo o debate da Conferência. No documento final, a ampliação e a garantia do direito à saúde foram defendidas como dever do Estado, sendo consideradas de caráter essencialmente público.

O eixo Unificação do SNS – tema que gerou diversos conflitos e tensionamentos durante a VIII CNS, como um reflexo de disputas anteriores em jogo no cenário do setor saúde e na previdência – foi pactuado no Relatório Final com a defesa de uma unificação ‘pelo alto’, ou seja, a transferência imediata do Inamps para o MS e a constituição de um comando único do sistema de saúde, porém, com uma separação progressiva dos recursos para financiamento da previdência.

No eixo Estatização do SNS, recusou-se a proposta de estatização imediata no Relatório Final, e em seu lugar pactuou-se a “expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor”³¹⁽¹²⁾. Fica explícita no documento a preocupação quanto à viabilidade de estatização de um sistema de saúde altamente dependente da oferta de serviços privados. Por essa razão, optou-se por pactuar a participação do setor privado sob o caráter de serviço público ‘concedido’ e por contrato regido sob as normas do direito público.

Por fim, o eixo Setor Privado como Concessão aparece no Relatório Final como o consenso de que os prestadores de serviços privados passariam a ter os seus procedimentos operacionais controlados e suas ações no campo da saúde direcionadas, a fim de coibir lucros abusivos. Seriam subordinados ao papel diretivo da ação estatal, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados.

A análise dos eixos identificados nos documentos da Conferência e no Relatório Final permitiu inferir, portanto, que os posicionamentos ‘vencedores’ e pactuados buscaram sustentação no discurso político-ideológico da Reforma. Isso significa que, ao considerar uma concepção ampliada de saúde e afirmá-la como um direito social garantido pelo Estado, tais propostas apontavam para uma profunda reformulação do Estado e de suas políticas, transcendendo, assim, o próprio setor saúde.

As orientações retiradas na Conferência serviram ao debate da Comissão pré-constituente da Reforma Sanitária (Comissão Nacional da Reforma Sanitária) e fundamentaram o texto constitucional de 1988. O conceito de universalidade foi adotado como diretriz central da política de saúde. Contudo, não se especificou o debate sobre as diferentes estratégias que se apresentaram na Conferência.

Nos anos 1990, assiste-se a uma ampliação da oferta de serviços de saúde em todo o território nacional, ao mesmo tempo que surgem constrangimentos importantes para a consolidação do SUS, como as restrições orçamentárias vividas pelo setor saúde³², a lógica de financiamento setorial atrelada ao modelo de seguridade social sem um aprofundamento do modelo de desenvolvimento³³, a descentralização atomizada para os municípios com o incentivo à lógica de produção de serviços³⁴, o distanciamento do debate político com a sociedade, sem enfrentar a pauta de combate às desigualdades sociais e territoriais e a necessária ampliação dos direitos sociais³⁵.

A trajetória do SUS foi marcada por momentos de grandes dificuldades, e os

avanços obtidos estiveram marcados pelas contradições e pelos contrassensos de cada período. Conforme Machado, Lima e Baptista³⁶,

nenhum governo nacional do período [1990-2016] assumiu como prioridade política a consolidação de um sistema de saúde universal, o que implicaria mudança no estatuto político da saúde e da Seguridade, inseridas em modelo de Estado e de desenvolvimento mais redistributivo. Assim, não se enfrentaram obstáculos estruturais no âmbito do financiamento e das relações público privadas; ao contrário, diversos incentivos do Estado aos mercados em saúde foram mantidos ou ampliados. Não houve a conformação de uma coalizão de poder abrangente, além do setor saúde, em torno de uma agenda universalista, o que implicaria rupturas drásticas com os arranjos econômicos vigentes.

Considerações finais

O princípio de universalidade é um conceito que possui diferentes sentidos no debate do setor saúde no Brasil. O reconhecimento dessa premissa e de um tensionamento no debate atual no Brasil – a mudança discursiva do princípio de universalidade como sistemas universais para cobertura universal – suscitou a necessidade de compreender o processo discursivo desse conceito em um momento marcante da história das políticas de saúde no País: a VIII CNS.

O mergulho nos materiais referentes à VIII CNS, assim como o retorno ao contexto político e institucional ao qual estava inserida, possibilitou identificar os principais sentidos de universalidade que se apresentavam no debate, os principais atores que os vocalizam e as condições de possibilidades no contexto daquele período que influenciaram a maior expressão de um sentido de universalidade, em detrimento de outros sentidos.

Embora muito utilizado nos discursos e debates proferidos na VIII CNS, o termo universalidade foi utilizado majoritariamente de maneira superficial, não evidenciando a existência de uma tensão discursiva com relação ao termo naquele determinado contexto. Isso sugere, portanto, que o debate acerca dos sentidos do conceito de universalidade, bem como a percepção de uma mudança de seu sentido é recente no campo da saúde no Brasil.

No entanto, através da identificação dos eixos que atravessavam a temática estudada, foi possível observar que o sentido de universalidade predominante nos discursos da VIII CNS estava atrelado à ideia de conceito ampliado de saúde, remetendo a uma concepção de direito à saúde abrangente. Sentido este vocalizado sobretudo por atores inseridos no cenário acadêmico, representantes de sindicatos, militantes de movimentos sociais e atores do movimento sanitário – o que permite inferir a influência desse sentido de universalidade nos espaços e no cenário da saúde pós-VIII CNS. Além disso, foram identificados como as principais condições de possibilidades para a emergência desse sentido no contexto da VIII CNS: o processo de redemocratização do Estado no final da década de 1980; e a disseminação de propostas para uma reforma ampla nos setores sociais atreladas à ideia de garantia de direitos de cidadania.

Contudo, o estudo conclui que se, por um lado, o sentido de universalidade atrelado ao direito à saúde numa concepção ampliada de saúde foi majoritário e tenha influenciado fortemente o discurso político-ideológico dos atores atuantes no campo da saúde no Brasil, por outro, houve um esvaziamento e uma simplificação do sentido de universalidade nos documentos oficiais elaborados após a VIII CNS, inclusive na Constituição Federal de 1988 – atribuindo-o a um sentido mais restrito.

A indicação de uma disputa de sentidos entre a universalização vista como ampliação do acesso vinculado ao conceito ampliado de saúde e a universalização vista como ampliação do acesso como garantia da prestação de

serviços de saúde aponta, portanto, para a necessidade de uma maior compreensão sobre possíveis desdobramentos que esse tensionamento gerou para o processo de construção e consolidação do SUS, sobretudo nas décadas de 1990 e 2000. Da mesma forma, tornam de grande relevância as investigações no campo da saúde que procurem melhor explorar as condições de possibilidades existentes no cenário atual que contribuem para um distanciamento do conceito de universalidade

dos valores e ideias concebidas e propagadas pelo movimento sanitário e de uma efetiva Reforma Sanitária.

Colaboradores

Rosário CA (0000-0003-3518-9141)*, Baptista TWF (0000-0002-3445-2077)* e Baptista TWF (0000-0002-5422-2798)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Noronha J. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios [internet]. Blog do Cebes. Publicado em 05 de junho de 2013. [acesso em 2013 out 15]. Disponível em: <http://cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4518&idSubCategoria=56>.
2. Matta G. Universalidade. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [internet]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. [acesso em 2013 set 6]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html>.
3. Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Cad. Saúde Pública [internet]. 2009 [acesso em 2013 julho 13]; 25(7):1614-1619. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020&lng=pt.
4. Paim J, Silva L. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde [internet]. 2010 [acesso em 2020 jan 20]; 12(2):109-114. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>.
5. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
6. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 Set 1990. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Faria T. Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
8. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*. 2002 [acesso em 2014 out 30]; 18(4):905-925. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en.
9. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio. 2014. [acesso em 2014 nov 28]. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/09/ManifestoCebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf.
10. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2001 [acesso 2013 abr 24]; 6(2):319-328. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200004&lng=en.
11. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198.
12. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Manifesto Cebes: Por que defender o sistema único de saúde? 2014. [acesso em 2014 ago 17]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/layout-7-para-internet2.pdf>.
13. Gadelha PE, Martins R. A política nacional de saúde e a 8ª CNS. *Saúde debate*. 1988; (20):79-83.
14. Neto ER. Saúde: Promessas e Limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
15. Spink M, organizador. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004.
16. Spink M, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink M, organizador. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004. p. 41-61.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde (MS/SAS); Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório Final Projeto “Investigação Sobre a Produção de Conhecimento no Campo da Saúde Coletiva no Brasil e a Trajetória de Formulação e Implementação da Política de Saúde”. Rio de Janeiro: OPAS; 2001.
19. Escorel S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC, et al., organizadores. Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.
20. Guizardi F, Pinheiro R, Mattos RA, et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*. 2004; 14(1):15-39.
21. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
22. Baptista T. Seguridade Social no Brasil. *Rev Serv Públ*. 1998; 49(3):101-122.
23. Paim J. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 45-60.

24. Arouca S. Conferência: Democracia é Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 35- 44
25. Fleury SM. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 91-12, 1987.
26. Jatene A. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: algumas considerações In: In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 129-132.
27. Macedo C. Discurso do Diretor-Geral da OPAS. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 25-28.
28. Magalhães R. Discurso do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 19-24.
29. Santos RF. Discurso do Ministro de Estado da Saúde, In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 15-18.
30. Santos NR. Entrevista: Nelson Rodrigues dos Santos. Revista Trabalho, Educação e Saúde, [internet]. 2008. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/15.pdf>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
32. Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciênc. Saúde Colet. 2007; 12(supl):1851-1864.
33. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2010 [acesso em 2013 mar 19]; 15(5):2367-2382. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500012&lng=en.
34. Levcovitz E. Transição e Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde. [tese]. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
35. Pires MRG, Demo P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. Saúde Soc., [internet]. 2006 [acesso 2014 ago 2]; 15(2):56-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200007&lng=en.
36. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad. Saúde Pública, [internet]. 2017 [acesso 2018 maio 21]; 33(supl2):e00129616. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en.

Recebido em 08/04/2019

Aprovado em 10/01/2020

Conflito de interesses: inexistente

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

Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista

Family Health Support Center: reflection on its development through realist evaluation

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva¹, Jaslene Carlos da Silva¹, Sydia Rosana de Araujo Oliveira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012402

RESUMO O estudo objetiva avaliar o desenvolvimento de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) da cidade do Recife (PE). Trata-se de um estudo avaliativo, com enfoque qualitativo, com base na avaliação realista. Foram realizadas a identificação e a análise dos contextos, mecanismos e resultados produzidos por uma equipe do Nasf. A pesquisa se iniciou com a formulação da teoria inicial da intervenção, a partir de pesquisa documental e oficinas com informantes do programa. Em seguida, foram realizados grupos focais, com os profissionais de uma equipe de Saúde da Família apoiada e de usuários do território, assim como entrevistas semiestruturadas com os gestores do programa, nos níveis distrital e municipal. Foram identificados treze contextos, sete mecanismos e quatro resultados que, juntos, interagem produzindo seis Contextos-Mecanismos-Padrão de Resultado. A equipe Nasf avaliada produz um perfil dual que compartilha o aspecto técnico-pedagógico em concomitância com o aspecto clínico-assistencial. Essa dualidade produz resultados que, em conjunto, significam uma maior resolutividade da Atenção Básica (AB). Entretanto, observa-se, em determinados momentos, a produção de uma lógica ambulatorial em sua atuação junto à AB e aos usuários no território. A identificação dos elementos e suas interações são fundamentais para a sustentabilidade e a disseminação dessa intervenção no contexto brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Mecanismos de avaliação da assistência à saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This study aims to assess the development of a Family Health Support Center (Nasf) team in the city of Recife, Pernambuco, Brazil. This is a qualitative study based on realist evaluation. Identification and analysis of the contexts, mechanisms and results were carried out by an Nasf team. The research was initiated by the formulation of the initial theory of intervention based on documentary research and workshops with program informants. Next, focus groups were formed with professionals from a Family Health Team (FHT) receiving support and users from the area, as well as semi-structured interviews with program managers at district and municipal level. Thirteen contexts, seven mechanisms and four results were identified, which together produced six Context-Mechanism-Outcomes (CMOs). Evaluation of the Nasf team revealed a dual profile that combines technical-pedagogical features with clinical ones relating to care. This duality produces results that, together, generate higher resolution Primary Care (PC). On some occasions, however, an outpatient-centered approach can be seen to emerge in its work with PC and the users in the locality. Identification of elements and the interactions among them is fundamental for ensuring sustainability and replication of this intervention throughout Brazil.*

KEYWORDS *Health evaluation. Health care evaluation mechanisms. Primary Health Care.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.
jonatanwillian22@hotmail.com



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), denominada Atenção Básica (AB) no Brasil, é estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreende a realização de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, ao diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde¹. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida para consolidar o processo de municipalização da organização da APS e para coordenar a integralidade da assistência à saúde com as equipes de Saúde da Família (eSF) junto ao território adscrito².

Diante das demandas e necessidades de saúde presentes no território e dos limites e dificuldades encontrados no processo de implantação das eSF, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com o objetivo de ampliação do escopo de ofertas de cuidados aos usuários e maior resolubilidade da AB³.

Em 2017, com a revisão da PNAB⁴ (Política Nacional da Atenção Básica), o Nasf passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), devendo atuar de forma integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais da ESF. Neste estudo, utilizar-se-á a nomenclatura Nasf, por compreender que sua proposta de atuação deva ser baseada na metodologia de trabalho do apoio matricial, na ampliação da clínica, corresponsabilização, gestão integrada do cuidado e integralidade na AB⁵.

A proposta do Nasf e seu processo de implantação direcionam a AB para uma diversidade de configurações, incompreensões e distorções⁶. Ao mesmo tempo que o Nasf se apresenta relevante e desafiador, as necessidades de saúde da população têm se mostrado mais complexas e relacionadas aos contextos e condições de vida das pessoas, ordenando uma atenção interdisciplinar e multiprofissional¹.

Neste sentido, o Nasf apresenta-se como uma intervenção/programa complexa, sendo compreendida a partir da interação de componentes

múltiplos, com diferentes dimensões de complexidade, incluindo a dificuldade de sua implementação, e os seus níveis organizacionais⁷.

As intervenções complexas apresentam características comuns, quais sejam: ter uma série de componentes que podem atuar de forma independente ou dependente; possuir fatores e ingredientes ativos que não são fáceis de definir; podendo ser entregues no nível individual, organizacional ou populacional e direcionados aos usuários, direta ou indiretamente, por meio de profissionais de saúde ou sistemas de saúde^{8,9}. Não seguem padrões estabelecidos, tendo diferentes formas em diferentes contextos¹⁰.

O processo de desenvolvimento das intervenções é etapa do modelo explicativo para entender o ciclo de vida das intervenções^{11,12}. A perspectiva de ciclo de vida compreende que novos programas de saúde prosseguem por meio da sobreposição de uma série de etapas: implementação, desenvolvimento, avaliação, manutenção/interrupção e, às vezes, disseminação para outros lugares ou beneficiários¹³⁻¹⁵.

A compreensão do desenvolvimento de uma intervenção é imprescindível para sua replicação e sustentação. Através da identificação dos fatores contextuais e mecanismos, é possível refletir sobre os entraves e as potencialidades que a intervenção possui, trazendo a possibilidade de um planejamento maior das ações, incidindo na sua sustentabilidade¹⁶.

Em intervenções complexas e abrangentes onde os limites entre o contexto e a intervenção não são claramente evidentes, como o Nasf, estudos avaliativos que se proponham a compreender o desenvolvimento das intervenções podem se utilizar de avaliações diferenciadas, como as baseadas pela teoria¹.

Compreendendo a necessidade de expressar como as intervenções complexas evoluem em seu contexto e adquirem continuidade, este estudo tem como objetivo avaliar o desenvolvimento de uma equipe Nasf (eNasf) na cidade do Recife (PE) e, a partir disso, identificar os elementos contextuais, mecanismos e resultados produzidos pelo programa Nasf.

Reconhece-se que tais elementos são fatores que impulsionam ou dificultam a sustentabilidade do programa nos diferentes contextos brasileiros e seu perfil clínico-assistencial e técnico-pedagógico.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa, do processo de desenvolvimento de uma equipe do Nasf, a partir da tríade Contexto-Mecanismo-Padrão de Resultado (CMR) da avaliação realista¹⁷, na cidade do Recife (PE). A avaliação realista é considerada uma avaliação baseada pela teoria e parte de uma epistemologia realista crítica. Orienta-se por modelos teórico-conceituais e, por meio desses modelos, formula lições cumulativas e transferíveis do processo de evolução das intervenções.

Para entender melhor as relações estabelecidas pela Tríade CMR, que influencia o desenvolvimento e a implantação do Nasf, é essencial considerar diferentes pontos de vista das partes interessadas e promover sua participação ativa no processo de avaliação. Pawson e Tilley¹⁸ afirmam que uma avaliação realista inclui diferentes tipos de participantes, a fim de alcançar os objetivos de pesquisa.

Seguindo as recomendações da literatura para avaliações realistas, a presente pesquisa seguiu quatro etapas: (1) Desenvolvimento da teoria inicial da equipe Nasf; (2) Produção de dados; (3) Análise dos dados e validação; (4) Refinamento da teoria da equipe Nasf^{17,18}.

Primeira etapa: desenvolvimento da teoria inicial da equipe Nasf

A pesquisa se iniciou com a formalização da teoria inicial da equipe Nasf, através de uma pesquisa documental e pela realização de oficinas com indivíduos ligados ao programa Nasf, os quais foram chamados de informantes.

Foram utilizados as portarias e os decretos do Nasf desde a sua criação, assim como o

modelo lógico do Nasf¹⁹ e o modelo teórico do Nasf²⁰, identificando os elementos contextuais e mecanismos subjacentes que explicam os resultados do programa. Após a leitura dos documentos, foi construída uma pré-teoria inicial da equipe Nasf.

A pré-teoria inicial foi apresentada aos informantes que deram subsídios e alteraram os elementos presente na Pré-teoria para a construção da teoria inicial da equipe Nasf, através de duas oficinas. Participaram dessas oficinas: um gestor da Secretaria Estadual de Saúde ligado ao Nasf de Pernambuco; um gestor de uma cidade circunvizinha de Recife, que coordena o programa Nasf; e um trabalhador do Nasf de uma cidade circunvizinha de Recife, que está no programa há mais de 1 ano.

Ao fim das duas oficinas, foram consolidados a teoria inicial da equipe Nasf e seus elementos do contexto, mecanismos e resultados. A partir dos elementos presentes na teoria inicial, foram criados os roteiros dos grupos focais e as entrevistas semiestruturadas da etapa seguinte da pesquisa.

Segunda etapa: produção de dados

O processo de produção de dados validou e melhorou as informações dos elementos do contexto, mecanismos e resultados descritos na teoria inicial. A medição desses elementos do Nasf foi realizada com os usuários cobertos pela eSF, apoiada pela equipe Nasf do estudo, pelos trabalhadores da eSF, da equipe Nasf e pelos gestores distrital e municipal, através de grupos focais e entrevistas semiestruturadas.

Foram realizados três grupos focais: um grupo focal com os trabalhadores do Nasf, com o objetivo de identificar os diferentes elementos do contexto e mecanismos que subsidiam os resultados encontrados; um grupo focal com os trabalhadores da eSF e um grupo com usuários da ESF, ambos com o objetivo de identificar os resultados produzidos pelo Nasf aos usuários e profissionais da eSF referenciada, bem como elementos do contexto.

Grupos focais podem ser entendidos como

uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais²¹. A escolha da realização dos grupos focais como principal estratégia de coleta de dados considerou que as percepções, atitudes e opiniões e suas expressões são mais facilmente identificadas durante um processo de interação. Nos grupos focais, os comentários de alguns sujeitos podem fazer emergir a opinião de outros. Além disso, é possível perceber não somente 'o que' pensam os sujeitos, mas os motivos de eles pensarem daquela forma²².

Os grupos focais foram coordenados pelos pesquisadores, que atuaram como moderadores da discussão, buscando viabilizar que cada participante pudesse expressar suas opiniões e seus pareceres a respeito do tema proposto e dando enfoque nos debates para as questões mais pertinentes. A fim de garantir a fidedignidade na coleta dos dados, as discussões foram audiogravadas e transcritas, com o conhecimento e a autorização dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os gestores distrital e municipal do Nasf foram entrevistados através de um questionário semiestruturado, com o objetivo de coletar informações que complementem os elementos do contexto e de mecanismos identificados com os trabalhadores da equipe Nasf avaliada.

Terceira etapa: análise dos dados e validação

A terceira etapa da pesquisa consistiu na análise dos dados coletados para identificar e destacar as regularidades e relações entre elementos do contexto, os mecanismos e resultados e o desenvolvimento das cadeias CMR. A análise dos dados foi feita de forma interativa e não linear.

As categorias utilizadas para análise dos dados foram definidas com base na avaliação realista, que se orienta por modelos teórico-conceituais inspirados por CMR. O *quadro 1*, abaixo, sistematiza as 4 categorias de análise que foram utilizadas.

Quadro 1. Categorias analíticas, suas definições e operacionalizações

Categoria	Definição	Operacionalização
Contexto	Condições da realidade em que os programas são introduzidos para a operação dos mecanismos;	Condições sociais, ambientais, econômicas e biológicas do território, dos usuários e dos trabalhadores do Nasf e da eSF em que o programa Nasf é implementado.
Mecanismo	Formas em que os componentes ou qualquer conjunto deles trazem mudanças a partir do programa. A lógica de uma intervenção do programa, as maneiras pelas quais os recursos oferecidos permeiam a mudança;	Lógica de uma ou do conjunto de intervenção/ação do Nasf com o objetivo de mudança comportamental e de eventos do território coberto pela USF e dos trabalhadores da eSF.
Resultado	Consequências pretendidas e não intencionais de programas, resultantes da ativação de diferentes mecanismos em diferentes contextos;	Consequências e efeitos encontrados pelo processo de implantação do Nasf na equipe eSF referenciada e usuários do território.
Contexto-Mecanismo-Padrão de Resultado (CMR)	Modelos que indicam a relação dos diferentes contextos associados aos mecanismos do programa que trazem alterações em regularidades comportamentais ou de eventos, a partir do programa.	Cadeias da inter-relação dos contextos apresentados, dos mecanismos escolhidos pelos agentes implementadores e dos resultados encontrados pelo programa Nasf na USF e no território de abrangência.

Fonte: Adaptado de Pawson e Tilley¹⁷.

A análise dos dados foi feita a partir da análise de conteúdo, que permitiu a identificação dos temas recorrentes. Bardin²³ define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, em que utilizam-se procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo das mensagens.

Os grupos focais foram gravados e transcritos pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa; a interpretação dos dados se deu através da análise das transcrições verbais, dos debates e das falas dos indivíduos participantes dos grupos focais e das entrevistas, bem como das anotações registradas.

Quarta etapa: refinamento da teoria da equipe Nasf

A quarta e última etapa consistiu no refinamento da teoria inicial da equipe Nasf, acoplando as modificações encontradas por essa pesquisa, introduzindo elementos do contexto, mecanismos, resultados e CMR que não estavam contempladas antes e retirando elementos que não foram encontrados durante a pesquisa.

Foram atendidas todas as considerações éticas e o cumprimento dos requisitos da Resolução nº 466/12 e suas complementares. A pesquisa, estando dentro da pesquisa maior, 'Avaliação de intervenções de Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco',

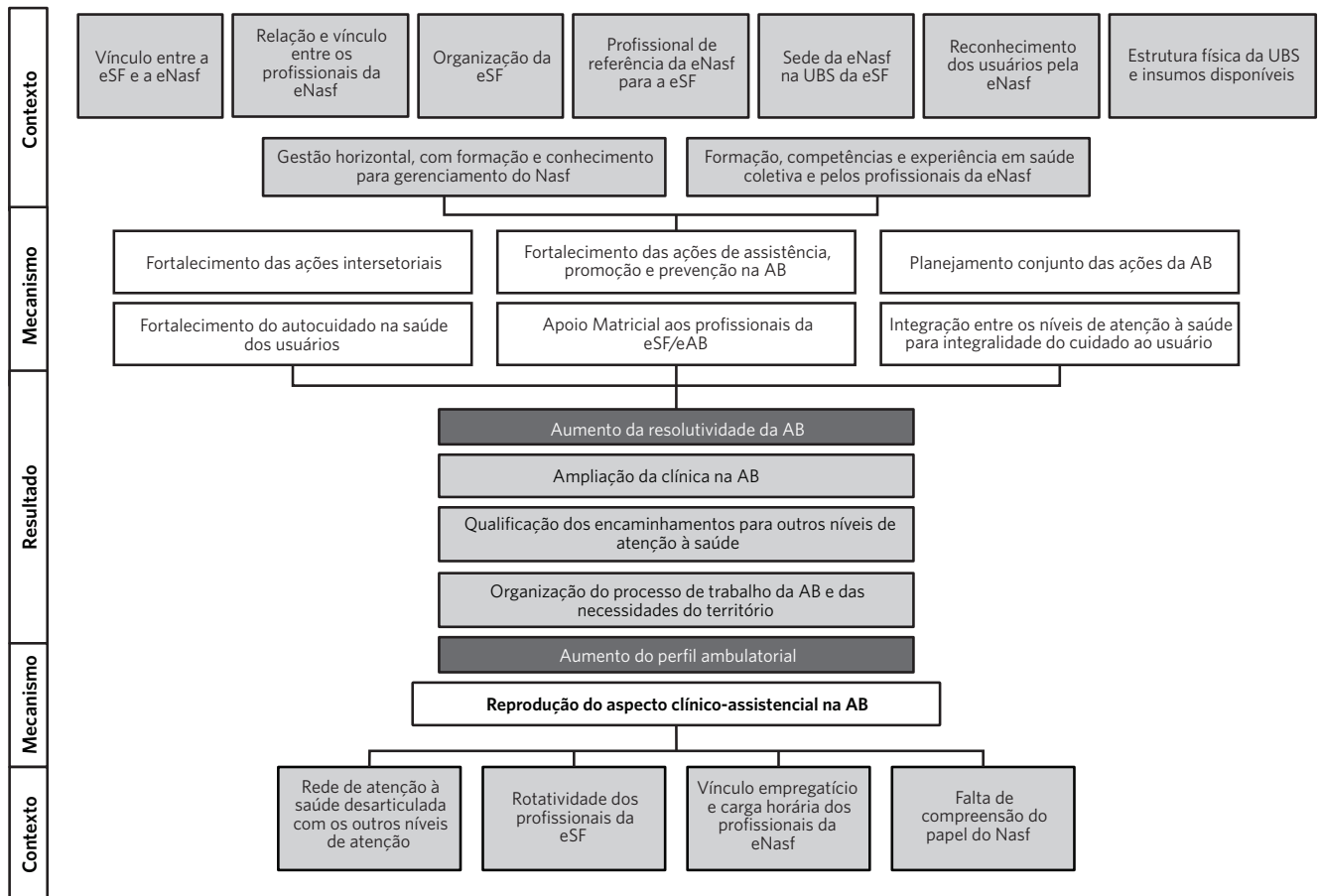
foi aprovada pelo comitê de ética do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/PE), através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 73416217.3.0000.5190, parecer 2.622.899. Os dados e materiais coletados foram utilizados, exclusivamente para os fins da pesquisa, e todos os indivíduos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o anonimato e o sigilo das informações relativas a cada indivíduo.

Resultados

Foram identificados 13 contextos que influenciam o processo de desenvolvimento da equipe Nasf avaliada, sete mecanismos e quatro resultados. A *figura 1* ilustra a teoria da equipe Nasf.

Os resultados encontrados na parte superior representam os efeitos positivos e esperados pelo programa desde sua criação, representados pelo objetivo principal do Nasf, o aumento da resolutividade da AB. No entanto, a pesquisa nos mostra que a equipe produz, em concomitância aos resultados esperados, o efeito negativo de aumento do perfil ambulatorial da AB, reproduzindo a lógica de ambulatorio em alguns momentos, ativados através de contextos específicos.

Figura 1. Teoria da equipe Nasf



Fonte: Elaboração própria.

Foram construídas seis CMR, as quais articulam e demonstram como os diferentes contextos influenciam e permitem a ativação

dos sete mecanismos, produzindo os quatro resultados encontrados (*quadro 2*).

Quadro 2. CMR da teoria da equipe Nasf

	Contexto	Mecanismo	Resultado
CMR1	Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNasf (C1) Gestão horizontal, com formação e conhecimento para gerenciamento do Nasf (C2) Vínculo entre a eSF e a eNasf (C3) Profissional de referência da eNasf para a eSF (C4)	Fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção na AB (M2) Apoio Matricial aos profissionais da eSF/eAB (M1) Integração entre os níveis de atenção à saúde para integralidade do cuidado ao usuário (M3)	Qualificação dos encaminhamentos (R1)
CMR2	Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNasf (C1) Gestão horizontal, com formação e conhecimento para gerenciamento do Nasf (C2) Estrutura física da UBS e insumos disponíveis (C5) Profissional de referência da eNasf para a eSF (C4) Sede da eNasf na UBS da eSF (C6) Relação e vínculo entre os profissionais da eNasf (C7)	Apoio Matricial aos profissionais da eSF/eAB (M1) Fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção na AB (M2)	Ampliação da clínica na AB (R2)
CMR3	Vínculo entre a eSF e eNasf (C3) Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNasf (C1) Reconhecimento dos usuários pela eNasf (C8)	Fortalecimento do autocuidado na saúde dos usuários (M4)	Ampliação da clínica na AB (R2)
CMR4	Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNasf (C1) Profissional de referência da eNasf para a eSF (C4) Sede da eNasf na UBS da eSF (C6) Relação e vínculo entre os profissionais da eNasf (C7) Vínculo entre a eSF e a eNASF (C3)	Fortalecimento das ações intersetoriais (M5) Integração entre os níveis de atenção à saúde para integralidade do cuidado ao usuário (M3)	Ampliação da clínica na AB (R2)
CMR5	Estrutura física da UBS e insumos disponíveis (C5) Vínculo entre a eSF e a eNasf (C3) Organização da eSF (C9) Sede da eNasf na UBS da eSF (C6) Profissional de referência da eNasf para a eSF (C4)	Fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção na AB (M2) Planejamento conjunto das ações da AB (M6)	Organização do processo de trabalho da AB e das necessidades do território (R3)
CMR6	Falta de compreensão do papel do Nasf (C10) Vínculo empregatício e carga horária dos profissionais da eNasf (C11) Rede de atenção à saúde desarticulada com os outros níveis de atenção (C12) Rotatividade dos profissionais da eSF (C13)	Reprodução do aspecto clínico-assistencial na AB (M7)	Aumento do perfil ambulatorial (R4)

Fonte: Elaboração própria.

CMR 1 – A qualificação dos encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde

A CMR 1 ilustra que a qualificação dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção à saúde (R1), resultado produzido e encontrado pela atuação da eNasf na eSF apoiada, é produzida a partir da atuação dos três mecanismos: o apoio matricial aos profissionais da eSF (M1), associado ao fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção (M2) e a integração entre os níveis de atenção à saúde para integralidade do cuidado ao usuário (M3).

Os contextos presentes na CMR1 são: formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNasf (C1); Vínculo entre a eSF e a eNasf (C2); gestão horizontal, com formação e conhecimento para gerenciamento do Nasf (C3); e profissional de referência da eNasf para a eSF (C4). Ao analisar as falas dos grupos focais e as entrevistas com coordenações municipal e distrital, foram identificados esses quatro elementos, como contextos necessários para a ativação dos mecanismos de mudança.

M1, M2 e M3 só poderão ser ativados em concomitância se os profissionais da eNasf tiveram em seu processo de formação a construção de competências e experiências para o trabalho em equipe e com as singularidades que a AB possui, associado a uma gestão do programa horizontal e com conhecimento para seu desenvolvimento pleno.

O processo de trabalho do Nasf e seu papel de apoio para a eSF devem, antes de mais nada, passar pela construção do vínculo e da confiança entre as equipes, o que foi potencializada pela determinação de um técnico de referência da eNasf para a eSF.

CMR 2 – Ampliação da clínica na AB pelo apoio matricial e fortalecimento das ações

A ampliação da clínica (R2) caracteriza-se pelo aumento do escopo de ações que a ESF realiza,

pela melhora na qualidade do atendimento e das atividades individuais e coletivas que são ofertadas no território adscrito e para a própria eSF. Ao se analisar tal resultado, identifica-se que ele é produzido a partir de mecanismos diferentes, associados a contextos específicos.

Nesta CMR 2, observa-se que o R2 é ativado a partir do compartilhamento de dois mecanismos, M1 e M2, e estes só são ativados dentro da realidade da eNasf a partir dos contextos C1, C2, C4, C5, C6 e C7.

Ao analisar os dados, identificou-se que a relação interpessoal e o vínculo positivo entre os profissionais da eNasf formam um contexto importante para a produção do R2, pelo apoio matricial e fortalecimento das ações da eSF. A eNasf precisa se enxergar enquanto equipe, atuar de forma compartilhada e estabelecer conexão constante entre os seus componentes, para, então, dialogar com a eSF.

CMR 3 – Ampliação da clínica na AB pelo fortalecimento do autocuidado

O R2, apresentado nesta CMR3, é produzido a partir da ativação do fortalecimento do autocuidado na saúde dos usuários (M3). O programa Nasf, dentro do seu campo de atuação, realiza atividades que potencializam a corresponsabilidade dos usuários com sua saúde e seu cuidado.

Ao conduzir um grupo de dor e realizar atividades de promoção da saúde, a eNasf avaliada amplia a clínica da AB, através do incentivo ao autocuidado, com mudanças nas práticas alimentares e exercícios físicos.

O território e os usuários precisam enxergar a eNasf como pertencente à ESF e à própria eSF, dando aos profissionais da eNasf confiança para o trabalho e a realização das atividades educativas e clínico-assistenciais. Os usuários podem até não compreender como um todo o papel que o programa e a eNasf possuem dentro da Unidade Saúde da Família (USF), mas reconhecem que esses profissionais são parte da equipe e demonstram confiança em suas práticas.

CMR 4 - Ampliação da clínica na AB pelo fortalecimento das ações intersetoriais e serviços de saúde

O CMR 4 ainda traz como resultado a ampliação da clínica na AB, encerrando as CMR que explicam como o R2 é produzido pela eNasf avaliada. Nesta CMR, observam-se os mecanismos M3 e o Fortalecimento das ações intersetoriais (M5), ambos mecanismos que discorrem sobre as ações extramuros da própria ESF.

Ainda que a rede de atenção à saúde esteja desarticulada e que os profissionais eNasf precisem criar sua própria rede de contatos para direcionar os usuários com casos que surjam do território (C10), a eNasf avaliada realiza várias articulações com diversos setores públicos e privados, assim como procura diálogo com a rede de atenção à saúde do SUS.

CMR 5 - Organização do processo de trabalho da AB e das necessidades do território

O CMR 5 ilustra como a organização do processo de trabalho da AB e das necessidades do território (R3) é produzida pela eNasf avaliada. O processo é feito através da ativação dos mecanismos M2 e do planejamento conjunto das ações da AB (M6). A eNasf planeja e fortalece as ações que serão realizadas junto à eSF, a partir das demandas colocadas nas reuniões mensais.

De forma concomitante e contrastante com os outros CMR, foi identificado o aumento do perfil ambulatorial da AB (R4) e que ele é produzido pela reprodução do aspecto clínico-assistencial na AB (M7).

CMR 6 - Aumento do perfil ambulatorial na AB

A presente avaliação, durante seu percurso metodológico, encontrou elementos favoráveis à produção dos resultados esperados, resultados estes que a própria normativa do programa Nasf indica. No entanto, dentro do processo de avaliação, verificou-se a presença

de fatores contextuais que impulsionam a eNasf a ativar o M7, relacionado com a supremacia da dimensão clínico-assistencial em dados momentos do trabalho, em comparação ao seu teor educativo e matricial.

Apesar da eNasf produzir os resultados R1, R2 e R3 que reverberam no aumento da resolutividade da AB, de forma concomitante e antagônica, reproduz e reforça um perfil ambulatorial muitas vezes marcado por consultas individuais. A falta de rede de atenção à saúde articulada (C9), junto à falta de compreensão por parte da eSF e dos usuários do papel do programa Nasf, ativa o M7, que produz o resultado inesperado.

Discussão

Avaliar o desenvolvimento de uma equipe Nasf na cidade do Recife-PE através da avaliação realista foi o resultado almejado por este estudo. Através da identificação dos elementos do contexto, mecanismos, resultados e suas relações com a construção das CMR, é possível fomentar a discussão em torno desses elementos e sua influência na continuidade, no perfil e nos resultados a serem produzidos por essa intervenção na AB.

Ao analisar a teoria da equipe Nasf, observa-se uma equipe que produz hegemonicamente o aumento da resolutividade da AB, mas que de forma concomitante reforça um perfil clínico-assistencial, que produz, muitas vezes, um cuidado ambulatorial e fragmentado. Essa informação proporciona um questionamento em torno do processo de implementação e desenvolvimento do Nasf, em diferentes contextos, que, em níveis heterogênicos, fogem do texto político e dos resultados esperados, desde a sua criação.

A qualificação dos encaminhamentos, resultado produzido pela intervenção, aponta para a relação do Nasf com os outros níveis de atenção à saúde, que se dá através da ativação do apoio matricial aos profissionais da eSF, junto ao fortalecimento das ações e à

integração entre os níveis de atenção à saúde.

Andrade et al.²⁴ discorrem que é fundamental a compreensão das ações do Nasf, para que este atue na qualificação e na redução dos encaminhamentos para a atenção especializada. Entretanto, é importante ressaltar e refletir sobre como essa qualificação é produzida. O Nasf e seu processo de implantação devem propor o redirecionamento e a formação das práticas de saúde da AB, utilizando ferramentas tecnológicas de trabalho, como o apoio matricial, o fortalecimento e o planejamento das ações e a integração entre os níveis⁵.

A falta de serviços especializados pode induzir o Nasf ao funcionamento equivocado, gerando propostas de atendimentos ambulatoriais²⁵ e produzindo um Nasf com caráter substitutivo aos serviços especializados insuficientes da rede de atenção, o que dialoga com os achados deste estudo na CMR 6.

Ao analisar a CMR 6, verifica-se que os contextos disparadores do M7 e a produção do R4 estão ligados à falta de rede de atenção à saúde, à quebra de vínculo dada pela alta rotatividade dos profissionais da eSF e aos diferentes vínculos e cargas horárias da eNasf. Assim como pela falta de compreensão do papel do Nasf pela eSF e pelo território, o que perpassa os achados de Souza e Medina²⁶ por relacionar a falta de articulação e vínculo entre os diferentes atores/atrizes da ESF, SUS e Nasf e seu potencial de produzir um resultado negativo ao programa.

Santos et al.²⁷ afirmam que, ao discutir o processo de trabalho e desenvolvimento da eNasf, é preciso considerar os fatores que dificultam as ações do perfil técnico-pedagógico, como a elevada demanda de atendimentos, a formação e a experiência dos profissionais, as exigências da população e da gestão local e a rede de serviços especializada, que é insuficiente para a demanda existente, gerando sobrecarga constante em todos os níveis de atenção, assim como na AB e no Nasf.

A dificuldade relativa à disponibilidade e ao modo de funcionamento da atenção especializada, problema estrutural do SUS, influencia

a realização do trabalho do Nasf. Devido à escassez de serviços especializados, ocorre uma utilização equivocada das eNasf de maneira substitutiva a tais serviços²⁸.

As eNasf, muitas vezes, vão ser vistas como um modo de suprir a falha da rede de saúde e a ausência de centros de serviços especializados, aproveitando um recurso disponível que não foi previsto para tal função²⁵. Reconhecida como heterogênea e insuficiente, a rede de cuidados especializados constitui um gargalo para o SUS^{29,30}. Em muitas regiões do País, existe insuficiência na oferta de serviços e carência de profissionais, assim como a dependência do setor privado, que fragmenta o sistema²⁹.

Tesser e Poli-Neto³⁰ discorrem sobre a necessidade de construção de diretrizes operacionais claras e organizativas para a rede especializada, como ocorreu com a ESF, assim como sobre a elaboração e a indução de um formato organizacional para os serviços de cuidados especializados que tenha por base a experiência do Nasf.

O Nasf e seu processo de desenvolvimento e implantação possuem um componente fundamental para o seu funcionamento e sustentabilidade, dentro da ESF: o Apoio Matricial. O Apoio Matricial configura-se como um dos principais mecanismos geradores dos resultados positivos da eNasf avaliada, além da qualificação dos encaminhamentos (CMR1) e da ampliação da clínica na AB (CMR 2).

Cunha e Campos²⁵ discorrem que o apoio matricial é o referencial teórico-metodológico de orientação do trabalho do Nasf que objetiva assegurar retaguarda especializada às eSF de forma personalizada e interativa. Cunha³¹ afirma que o que se pretende com o apoio matricial é a clínica ampliada, ferramenta eficaz para ampliação do escopo de trabalho da ESF.

Hirdes³² considera necessário o entrosamento das eNasf e eSF para que haja a prática do apoio matricial, e que, para tal, sejam considerados os princípios que a sustentam: vínculo, integralidade do cuidado, interprofissionalidade, acessibilidade e resolutividade, dialogando com os achados desta pesquisa,

que descreve os contextos C2, C4 e C6 como elementos que favorecem a ativação do M1 para a ampliação da clínica.

Ilustra-se o papel inovador e importante que o apoio matricial possui para a própria sustentabilidade e para o desenvolvimento do Nasf. O Brasil e o SUS avançam na ampliação dos serviços e na articulação entre eles, a partir de atores e atrizes matriciadores, na coordenação e integralidade do cuidado ao indivíduo. Entretanto, enfrenta diversos contextos que impedem sua ativação plena, seja na micropolítica (C10-C13) ou na macropolítica, que é o caso da revisão e do direcionamento da nova PNAB⁴.

A republicação da PNAB, em 2017, foi fruto de muitos protestos e questionamentos de atores e atrizes dos segmentos do SUS e da saúde coletiva. Souza e Medina²⁶ alertam para o fato de que a nova PNAB retira o termo apoio matricial de sua nomenclatura, produzindo dúvidas em torno do papel educativo e de matriciamento do Nasf. Ao analisar os achados desta pesquisa, observa-se uma eNasf que já possui um compartilhamento dos dois aspectos e que, por muitas vezes, perde seu caráter de apoio matricial para assumir um papel de ambulatório.

Brocardo et al.³³ afirmam que a atual PNAB expressa a dimensão assistencial como o núcleo central da atividade do Nasf, contudo, os autores afirmam que é prematuro, ainda, tecer considerações sobre aquela, tendo em vista que ainda está por ser operacionalizada.

No entanto, os achados desta pesquisa alertam para o caminho que o desenvolvimento do programa trilha. Existiam portarias e normativas que colocavam explicitamente o apoio matricial como eixo central do programa, como o próprio nome Núcleo de Apoio à Saúde da Família, passando para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, e, mesmo assim, a eNasf encontra dificuldade de organização do processo de trabalho e produção de um cuidado amplo.

Ao retirar tais direcionamentos da PNAB que regem o programa Nasf, o Ministério da

Saúde impulsiona os municípios e equipes a produzirem um Nasf cada vez mais fragmentado, ambulatorial e puramente clínico-assistencial. O posicionamento político da gestão do programa, no município deste estudo, é o de manter a nomenclatura antiga e direcionar o apoio matricial como cerne no programa, o que remete que a CMR2 continuará sendo ativa, mas que o contexto político nacional impulsiona a concomitância com a CMR6.

Ainda sobre os elementos que influenciam o desenvolvimento e a sustentabilidade da eNasf avaliada, aponta-se o reconhecimento dos usuários ao programa, contexto que ativa o mecanismo de fortalecimento do autocuidado e produz a ampliação da clínica. Aciole e Oliveira³⁴ e Souza et al.³⁵ afirmam que existe o reconhecimento das atividades realizadas pela eNasf, mesmo quando não estejam associadas ao nome da proposta. Os usuários demonstram reconhecimento das categorias profissionais do Nasf, a partir da participação nas atividades desenvolvidas por esses profissionais³⁶.

A sustentabilidade do programa Nasf está diretamente relacionada aos resultados positivos produzidos e pelo reconhecimento que as partes interessadas possuem dele. A compreensão do papel do Nasf e do seu potencial na produção do cuidado, ampliação da clínica e (re)direcionamento da própria ESF é imprescindível para sua continuidade e garantia de financiamento. Dessa forma, aponta-se a necessidade de criar estratégias que divulguem e ampliem a compreensão das eNasf no território adscrito e aos profissionais do SUS.

A ampliação da clínica (R2) também foi produzida através da ativação do fortalecimento das ações intersetoriais e dos serviços de saúde (CMR 4). Através dos M5 e M6, articulando e fortalecendo as ações intersetoriais e dos demais serviços de saúde, o Nasf produz um aumento no escopo de oferta de atendimento e ampliação da clínica para todos os usuários cobertos pela AB.

A produção do cuidado e sua integralidade dentro da AB devem ser estabelecidas a partir da comunicação entre os diferentes

equipamentos, dentro e fora do setor, criando uma rede de proteção e atenção ao usuário. A articulação entre os serviços, estruturada por meio do diálogo e do vínculo entre os diversos profissionais, ações e projetos, cria uma rede de interdependência e corresponsabilidade entre os equipamentos na direção da garantia do atendimento integral ao usuário³⁷.

A eNasf avaliada neste estudo realiza espaços de discussão com a eSF, os quais reverberam no planejamento e no fortalecimento das ações da AB. Além disso, a articulação com programas como Academia da Saúde, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e Organizações Não Governamentais (ONG) presentes no território significa um diálogo e planejamento contínuos para a ampliação da clínica e a integralidade do cuidado.

Entretanto, o estudo demonstrou que a falta de rede estabelecida entre os níveis de atenção à saúde, assim como do diálogo institucional entre o setor saúde e os demais setores, fragilizam e dificultam as articulações. A articulação fica dependente das relações e dos contatos interpessoais que os profissionais da eNasf possuem. Corroborando esse achado, Machado, Colomé e Beck³⁸ afirmam que o cotidiano dos serviços de saúde, bem como o sucesso e a agilidade dos encaminhamentos realizados, dependem, em sua maioria, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, muito mais do que de um fluxo sistematizado e pré-estabelecido entre os níveis de complexidade, nos quais as vias de acesso formais, muitas vezes, não funcionam adequadamente.

Nesse contexto, torna-se urgente a implementação de técnicas de gerenciamento que viabilizem a estruturação de espaços de elaboração conjunta de ações, metas e divisão estratégica de funções entre os profissionais dos diferentes equipamentos³⁹.

Por fim, aponta-se que o programa Nasf está intrinsecamente ligado à organização, ao direcionamento e ao planejamento da eSF e da AB como um todo. Seu processo de trabalho precisa estar atrelado ao da AB e do próprio SUS, desde a relação dos profissionais na USF

até a gestão dos programas e suas articulações, o que remete à transversalidade que o processo saúde-doença-cuidado possui e à sua complexidade, que exigem respostas através de políticas e programas cada vez mais integrados, interprofissionais e pautados no diálogo e na construção horizontal.

Considerações finais

A eNasf avaliada produz um perfil que compartilha o aspecto técnico-pedagógico em comitância com o perfil clínico-assistencial, o qual produz resultados que, em conjunto, significam uma maior resolutividade da AB, mas que, em contrapartida, reproduzem a lógica ambulatorial. A reprodução isolada do aspecto clínico-assistencial representa um aspecto da eNasf que, de certa forma, foi programado na formulação do programa, mas cuja operacionalização não foi projetada, bem como o seu real impacto para o desenvolvimento das eNasf no território.

A prática clínico-assistencial precisa ser feita à luz do aspecto educativo e matricial, caso contrário, esse mecanismo reproduz o ambulatório, transformando o Nasf numa equipe substitutiva dos serviços de especialidades clínicas na AB. O Nasf possui um grande potencial de articulação e redirecionamento da eSF e seu território, fortalecendo e planejando as ações, assim como integrando a eSF com os diversos serviços de saúde e equipamentos sociais. No entanto, determinados contextos dificultam a ação de todo seu potencial e manifesta a fragilidade na garantia de sua sustentabilidade e produção dos resultados.

O estudo possui limitações, por ser um estudo de caso, representa um recorte do programa Nasf na realidade local da eNasf avaliada e de uma eSF apoiada. Contudo, a pesquisa produziu informações e análises importantes que poderão ser usadas para se avançar no processo de desenvolvimento do Nasf e para uma maior compreensão de seu funcionamento e sustentabilidade.

Colaboradores

Silva JWSB (0000-0002-5640-8481)* e Oliveira SRA (0000-0002-6349-2917)* contribuíram para a concepção, o planejamento,

a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Silva JC (0000-0002-1210-9121)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. ■

Referências

1. Pannizi M. Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
2. Andrade LOM, Barreto ICH, Bezerra RCR. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 783-830.
3. Santos RAG, Uchoa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. Saúde debate. 2017; 41(114):694-706.
4. 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.
5. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde. 2010; 34(1):92-96.
6. Nascimento CMB. A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
7. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, et al. Quadro de desenho e avaliação de intervenções complexas para melhorar a saúde. BMJ. 2000; 321:694-696.
8. Lewin S, Hendry M, Chandler J, et al. Assessing the complexity of interventions within systematic reviews: development, content and use of a new tool (iCAT_SR). BMC. 2017; 17(76).
9. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008; 337.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *Br Med J*. 2004; 328:1561-1563.
11. Scheirer MA. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *Am. j. eval*. 2005; 26(3):320-347.
12. Bopp M, Saunders RP, Lattimore D. The tug-of-war: fidelity versus adaptation throughout the health promotion program life cycle. *J. prim. prev*. 2013; 34(3):193-207.
13. Livit M, Wandersman A. Organizational functioning: Facilitating effective interventions and increasing the odds of program success. In: Wandersman DMFA, editor. *Empowerment evaluation principals in practice*. New York: Guilford; 2004. p. 123-142.
14. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning [internet]*, 2004; 27(2):121-133.
15. Oliveira SRA. Sustentabilidade da estratégia saúde da Família: o caso de um município baiano [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014.
16. Oliveira SRA, Potvin L, Medina MG. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. *Saúde debate*. 2015; 39(107):1149-1161.
17. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. London: Sage; 1997.
18. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluation*. London: Sage; 2004.
19. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde debate*. 2017; 41:345-359.
20. Souza TT, Calvo MCM. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Rev. saúde pública*. 2018; 52(41):01-11.
21. Morgan DL. *Focus group as qualitative research*. 2. ed. California: Sage; 1997.
22. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Oficina Sanit. Panam*. 1996; 120(6):472-481.
23. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
24. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde transform. soc*. 2012; 3(1):18-31.
25. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):961-970.
26. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde debate*. 2018; 42(esp):145-158.
27. Santos RABG, Uchoa-Figueiredo LR, Lima LC, et al. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. *Saúde debate*. 2017; 41(114):694-706.
28. Castro CP, Campos GSW. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*. 2016; 26(2):455-481.
29. Magalhães JHM. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. *Divulg. saúde debate*. 2014; 52:15-37.
30. Tesser CD, Polí Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 2VV2(3):941-951.
31. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec; 2010.
32. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em Saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(2):371-382.

33. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde debate*. 2018; 42(esp):130-144.
34. Acirole GG, Oliveira DKS. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate*. 2017; 41(115):1090-1101.
35. Souza FLD, Chacur EP, Rabelo MRG, et al. Implantação do núcleo de apoio a saúde da família: percepção do usuário. *Saúde debate*. 2013; 37(97):233-240.
36. Souza FLD, Chacur EP, Martins RCC, et al. Percepções sobre qualidade de vida das usuárias de um núcleo de apoio à saúde da família. *Investigação*. 2013; 13(3):34-38.
37. Bourguignon JA. Concepção de rede intersetorial. [internet]. 2001 [acesso em 2019 fev 15]. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.html>.
38. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. *R. Enferm*. 2011; 1(1):31-40.
39. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, et al. Interdisciplinaridade e intersectorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*. 2014; 38(2):129-138.

Recebido em 23/05/2019

Aprovado em 16/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

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

Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo

Permanent Health Education and National Program for Improving Access and Quality of Primary Care: a cross-sectional and descriptive study

Israel Victor de Oliveira^{1,2}, Joacira Mota Matos Santos², Fernanda Campos Sousa de Almeida¹, Rogério Nogueira de Oliveira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012403

RESUMO A Educação Permanente em Saúde, contemplada pelo Ministério da Saúde como política institucional, constitui um dos pilares de estratégico potencial de transformação dos processos no Sistema Único de Saúde. Este estudo transversal e descritivo obteve um painel brasileiro da Educação Permanente em Saúde, a partir de dados secundários do Ministério da Saúde, extraídos do censo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no 2º Ciclo (2013), realizado com Equipes de Saúde da Família com adesão ao Programa no período (n=10.213/100%); 90% (n=9.184) das equipes afirmaram participar de atividades de Educação Permanente em Saúde, com maiores frequências das regiões Sudeste, Nordeste e Sul. As principais atividades de Educação Permanente em Saúde relatadas foram seminários, mostras, oficinas e grupos de discussão (n=8.243/80,71%), além de cursos presenciais (n=7.808/76,45%). Das opções ofertadas pelo Ministério da Saúde, a menos frequente foi a Rede Universitária de Telemedicina (n=475/4,65%); 87,62% (8.948) Equipes de Saúde da Família tiveram suas demandas de Educação Permanente em Saúde atendidas pela gestão. O instrumento apresenta robustez de dados e contempla diversos aspectos da gestão, incluindo elementos importantes de Educação Permanente em Saúde que podem nortear a tomada de decisão e interferir em políticas e programas próprios nos serviços.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Educação continuada. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The Permanent Health Education, contemplated by the Ministry of Health as an institutional policy, is one of the pillars of strategic potential for the transformation of the processes in the Unified Health System. This cross-sectional and descriptive study investigated the Brazilian panorama of Permanent Health Education, from secondary data of the Ministry of Health, extracted from the external evaluation census of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care in the 2nd Cycle (2013), carried out with Family Health Teams, with adherence to the Program in the period (n=10.213/100%); 90% (n=9.184) of the teams responded to participate in Permanent Health Education activities, with greater frequency in the Southeast, Northeast and South regions; the main Permanent Health Education activities reported were seminars, shows, workshops and discussion groups (n=8.243/80.71%) in addition to presential courses (n=7.808/76.45%). Of the options offered by the Ministry of Health, the least frequent was the Telemedicine University Network (n=475/4.65%); 87.62% (8.948). Family Health Teams had their Permanent Health Education demands met by management. The instrument presents data robustness and contemplates several aspects of management, including important elements of Permanent Health Education that can guide decision making and interfere with their own policies and programs in the services.*

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
israelvictor@usp.br

²Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS *Unified Health System. Continuing education. Health evaluation.*



Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é definida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) como um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, ativo e contínuo, com a finalidade de análise e melhoramento da capacitação de pessoas e grupos, frente à evolução tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais. A expansão do sistema de saúde brasileiro, iniciada na década de 1970, e a consequente necessidade de desenvolvimento de recursos humanos para o setor levaram ao surgimento de diversos programas de formação, que buscaram construir modelos político-pedagógicos comprometidos com a promoção do diálogo entre educação e formação de serviços de saúde¹.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS), em um contexto mais específico da Atenção Básica (AB), por seu tamanho e abrangência, está presente na arena dos processos formativos no setor saúde como um lugar privilegiado de ensino e aprendizagem, especialmente em locais onde a assistência à saúde é prestada. Educar ‘pelo’ e ‘para’ o trabalho compreendem a assunção da EPS: onde há produção do cuidado visando à integração, à responsabilidade compartilhada e à resolução de problemas existe simultaneamente o cenário da produção pedagógica, pois é ali que se concentram os encontros entre trabalhadores e usuários²⁻⁴.

De acordo com Ceccim⁵⁽¹⁶¹⁾:

A identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os

mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos, que vão do interior das equipes em atuação conjunta – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Dessa forma, é evidente a disputa no cenário político das esferas governamentais por propostas educativas ascendentes, indutoras de mudanças nos serviços de saúde e que levem em consideração a micropolítica dos contextos locais. A complexidade do trabalho em saúde e o excesso de atribuições dos diversos profissionais da AB não podem ser aprendidos por meio de formações pontuais⁶.

A Educação Permanente (EP) promove e produz sentidos (daí, a incorporação dos conceitos de aprendizagem significativa e problematização): uma ressignifica o cotidiano do agir formativo em saúde; a outra compreende que a aprendizagem ocorre no processo ação-reflexão-ação, caracterizada pelo compromisso e autoimplicação dos atores envolvidos⁷.

Além disso, busca a valorização do trabalho e do trabalhador, a participação dos profissionais no processo ensino-aprendizagem e nas transformações compreendidas no mundo do trabalho⁸.

Constitui estratégia indispensável e necessária para a transformação da realidade da AB, na reinvenção do trabalho e consequente mudança de práticas⁹. Portanto, faz-se necessária a adoção de instrumentos que permitam a avaliação in loco dos dispositivos instituídos, participação e demandas de EPS, de modo a fornecer os subsídios para processos decisórios, o financiamento e a formulação de políticas amparadas pelos princípios e diretrizes do SUS.

A EPS contribui para a melhoria da formação profissional e favorece o fortalecimento do

SUS, bem como assegura o desenvolvimento de trabalhadores e instituições de saúde, qualificando a gestão dos sistemas e serviços¹⁰.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado em 19 de julho de 2011, através da Portaria nº 1.654 Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (MS), como resultado de um processo de negociação e pactuação das três esferas do SUS, em debates que formularam soluções para a criação de um programa que permitisse a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da AB em todo o País¹¹.

Diante dos inúmeros desafios colocados pela realidade, o PMAQ-AB propõe como modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde a indução de diversas iniciativas para a garantia de um padrão de qualidade em nível nacional, regional e local. Entre seus objetivos específicos, destacam-se:

IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e 'educação permanente nas três esferas de governo'¹¹⁽⁸⁾.

O PMAQ-AB é um avanço do MS, que busca o estabelecimento da cultura de avaliação no País e necessita de qualificação e articulação, com planejamento e formulação de políticas em consonância com os processos decisórios dos atores envolvidos¹².

É composto por três fases, em um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade das equipes: Fase 1: Adesão e contratualização; Fase 2: Certificação (na qual está a avaliação externa); e Fase 3: Recontratualização. Além destas, compõe-no um conjunto de ações desenvolvidas durante todo o ciclo, chamado de Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, composto por cinco pilares: autoavaliação; apoio institucional; monitoramento de indicadores de saúde; EP e cooperação horizontal¹³.

O programa é permeado pela lógica da EPS em todas as suas fases, desde a adesão

das equipes até a recontratualização. Há um espaço privilegiado de produção coletiva de iniciativas para o trabalho, e a possibilidade de desenvolvimento articulado dos diversos atores da AB com vistas à ampliação da resolutividade e do acesso no território. Aqui, a relação dialética (educação e trabalho) se evidencia com a aprendizagem significativa e a permeabilidade à realidade do território onde as equipes agem para a promoção de mudanças e não apenas para o cumprimento de metas e indicadores.

A avaliação e a prática da EPS passam a percorrer o mesmo caminho, pois a pactuação dos indicadores exigirá a reinvenção e a reformulação dos processos de trabalho e funcionamento do serviço:

Esse é o momento para que as equipes a serem avaliadas pelo PMAQ-AB demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente combinadas com as necessidades e ofertas de acordo com o momento e com o contexto dessas equipes, atribuindo maior sentido, valor e efetividade. [...]. Essa capacidade de repensar e refletir sobre o cotidiano laboral na Atenção Básica é o prelúdio da EPS acontecendo na primeira fase do PMAQ-AB¹⁴⁽¹³⁵⁾.

Além do exposto, os dados obtidos no censo de avaliação externa com as Equipes de Atenção Básica (eAB) na fase de certificação podem fornecer importantes subsídios para gestores, pesquisadores e formuladores de políticas públicas em nível local, regional e nacional.

Objetivos

Obter um painel brasileiro de participação, dispositivos e atendimento a demandas de EPS das Equipes de Saúde da Família (EqSF) na AB, a partir da análise dos dados secundários do MS, extraídos do censo de avaliação externa do PMAQ-AB no 2º Ciclo (2013).

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com a análise de dados secundários obtidos no 2º Ciclo do PMAQ-AB. Foram avaliadas as respostas obtidas no censo de avaliação externa das EqSF, no 2º Ciclo (2013), utilizando as variáveis do instrumento de avaliação externa relacionadas à EPS no módulo II – Entrevista com o profissional de saúde na unidade de saúde, conforme o *quadro 1*. As variáveis selecionadas foram coletadas por pesquisadores/professores das universidades/institutos de ensino e pesquisa na etapa de avaliação externa (módulo II – Entrevista com o profissional da eAB) no Ciclo 2 do PMAQ-AB. Utilizam-se

os seguintes critérios de inclusão: EqSF com adesão ao PMAQ-AB e participação no censo de avaliação externa do MS (n=10.213/100%). Foram excluídas (364/3,44%) equipes pelo fato de não terem recebido os censos do MS à época de avaliação. Os dados, de acesso livre e disponíveis em <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/> foram tratados de acordo com a frequência simples e o percentual de distribuição das variáveis. Foram utilizados filtros e tabelas dinâmicas em Microsoft Excel®, cruzando os dados obtidos a partir das variáveis selecionadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante o parecer consubstanciado no 2.943.879, de 05 de outubro de 2018.

Quadro 1. Variáveis do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB selecionadas no estudo

Variável	Questão	Respostas possíveis
ES-II.7.1	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Sim Não Não sabe/não respondeu
G-II.7.2	De qual(is) dessa(s) ação(ões) a equipe participa?	Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão Cursos presenciais Telessaúde Rede Universitária de Telemedicina (Rute) Universidade Aberta do SUS (Unasus) Curso de educação a distância Troca de experiência Tutoria/preceptorial A unidade básica como espaço de formação de ensino-aprendizagem com os alunos de graduação, especialização e residentes, entre outros Outro(s) Não participa de nenhuma ação de educação permanente
G-II.7.10	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	Contempla muito Contempla Contempla razoavelmente Contempla pouco Não contempla

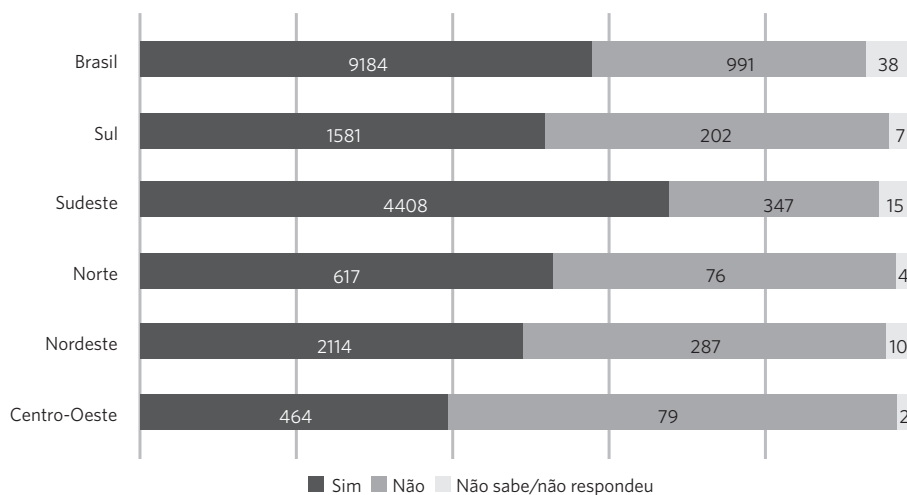
Fonte: Elaboração própria baseada no Instrumento de avaliação externa para as equipes de Atenção Básica.

Resultados

Foram utilizados dados secundários coletados no 2º Ciclo do PMAQ-AB na fase de avaliação externa, no ano de 2013. Os dados foram coletados por pesquisadores vinculados às universidades pertencentes à rede de pesquisa

do PMAQ-AB. Neste estudo, foram consideradas as EqSF, sendo a amostra de n=10.213. Na primeira questão selecionada (ES-II.7.1), se a equipe participa de ações de EP organizadas pela gestão municipal, obteve-se o seguinte panorama nacional:

Gráfico 1. A equipe participa de ações de Educação Permanente organizadas pela gestão municipal?



Fonte: Elaboração própria.

Nesse censo, 90% das equipes (n=9.184) entrevistadas responderam afirmativamente sobre a participação em atividades de EP. Cerca de 10% (n=991) responderam que não participavam de ações de EP e 38 (0,37%) equipes não souberam ou não responderam.

Analisando os dados por região, pode-se observar que a Sudeste (n=3.949/43% das EqSF entrevistadas), a Nordeste (n=2.112/23% da amostra) e a Sul (n=1.561/17% do total) foram as que mais responderam de forma afirmativa sobre a participação em ações de EP. O número de EqSF nessas regiões com adesão ao PMAQ-AB é maior do que nas outras entrevistadas no período da coleta.

As equipes que responderam de forma negativa às ações de EP foram (n=991/9,7%), e a frequência se repetiu.

A segunda questão selecionada (G-II.7.2) buscou identificar de quais ações de EP as EqSF participaram. De acordo com os dados coletados, em síntese, na *tabela 1*, pode-se concluir que, no panorama brasileiro, a participação em ações de EP, das EqSF, se materializou principalmente através de seminários, mostras, oficinas e grupos de discussão (n=8.243/80,71%), além de cursos presenciais (n=7808/76,45%). Das opções ofertadas pelo MS, a menos frequente foi a Rede Universitária de Telemedicina (Rute) (n= 475/1,32%).

Algumas equipes informaram não participar de nenhuma ação de EP (n=577/1,61%). Na região Sudeste, que contemplou a maior parte da amostragem, foi observado também que muitas equipes responderam utilizar recursos como

troca de experiência (3.033/16,42%), cursos de educação a distância (2.310/12,5%), Telessaúde (1.754/9,49%) e Universidade Aberta do SUS (Unasus) (1.261/6,83%) como recursos de EPS.

Tabela 1. Ações de Educação Permanente em Saúde por região e nacional

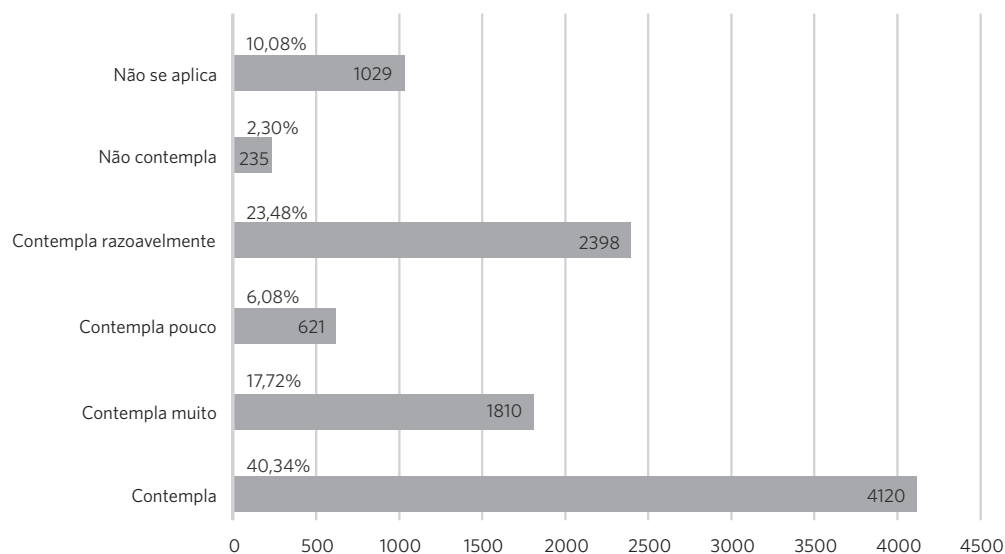
Questão G-II.7.2 (Ações de EP promovidas pela gestão)	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão	405	1894	571	3867	1506	8243
Cursos presenciais	395	1684	429	3879	1421	7808
Troca de experiência	216	1224	272	3033	1077	5822
Curso de educação a distância	86	461	94	2310	633	3584
Telessaúde	108	582	87	1754	831	3362
Universidade Aberta do SUS (Unasus)	33	288	41	1261	485	2108
Tutoria/preceptoria	49	385	100	1182	353	2069
A unidade básica como espaço de formação de ensino-aprendizagem com os alunos	60	220	72	385	195	932
Outro(s)	60	220	72	385	195	932
Não participa de nenhuma ação de educação permanente	50	197	60	182	88	577
Rede Universitária de Telemedicina (Rute)	24	57	21	237	136	475

Fonte: Elaboração própria.

A terceira questão (G-II.7.10) buscou investigar se as demandas e necessidades de EP das EqSF eram contempladas, ou seja, se as ofertas de ações formativas oferecidas pela gestão consideravam a real necessidade dos

trabalhadores da AB. De forma geral, pode-se afirmar que as necessidades formativas da maior parcela dos trabalhadores foram atendidas pela gestão.

Gráfico 2. As ações de Educação Permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

O PMAQ-AB surge em consonância com os direitos duramente conquistados nos movimentos de Reforma Sanitária e com o enorme significado do SUS e, particularmente, da AB, ordenadora do cuidado e coordenadora das redes de atenção em saúde: um enorme mapa humano de três dimensões em transformação, esta que se define como conceito-chave para a materialização da EPS nos processos de trabalho, nas práticas, na produção de novos conhecimentos e no protagonismo de todos os atores envolvidos no sistema de saúde (trabalhadores, gestores e usuários).

Os dados aqui descritos revelam um panorama nacional e por região das ofertas de EP, da participação das EqSF nessas atividades e da opinião destas equipes sobre a contemplação de suas necessidades formativas. Uma avaliação desse 2º Ciclo revela que 90% das equipes afirmaram participar

de alguma atividade de EP, o que demonstra uma ampliação, se comparada aos dados tratados por pesquisadores do MS em 2012¹⁵.

Da mesma forma, a adesão e participação das equipes nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul em atividades de EP promovidas pela gestão se revelou maior do que nas outras pesquisadas. É importante salientar que a destinação dos recursos financeiros liberados pelo MS (ou Fundo Nacional de Saúde) às EqSF é de responsabilidade da gestão municipal, que decide onde serão alocados os incentivos financeiros.

Outro fator que deve ser considerado é a descontinuidade do desenvolvimento de melhorias nos processos de trabalho, ocorridos com inúmeras substituições dos gestores e dos trabalhadores em saúde, promovendo rupturas nas ações de qualificação do serviço¹⁶. Alguns estudos demonstram a necessidade de melhor estruturação das ações da gestão com vistas à implementação de mudanças em programas municipais e estaduais de EP¹⁷⁻¹⁹.

O PMAQ-AB procura também integrar as

ofertas de atividades de EPS e apoiar os processos de qualificação intraequipes através das mudanças ocorridas no programa. Os dados tratados mostram que a participação das EqSF em ações de EP ocorrem principalmente através de seminários, mostras, oficinas e grupos de discussão (n=8.243/80,71%). O protagonismo dos trabalhadores da saúde nas ações formativas e educativas se evidencia através das tecnologias leves e leves-duras²⁰ utilizadas no cotidiano do trabalho na AB. As reuniões de equipe, a construção de projetos terapêuticos, grupos educativos, interconsultas, oficinas e o matriciamento, entre outros recursos, denotam a troca de saberes e a dinâmica de uma enorme riqueza para a produção de cuidado e conhecimento no âmbito do SUS.

Na atual conjuntura política, devem ser consideradas as inúmeras dificuldades enfrentadas em um contexto de subfinanciamento histórico do sistema, de rupturas e descontinuidades de alguns programas e de uma onda de retrocessos promovida pelo abissal congelamento dos gastos em saúde e pela austeridade fiscal. Além disto²¹, outros fatores, tais como a opção de alguns gestores que privilegiam a produção (metas) em detrimento da inclusão de profissionais de saúde em iniciativas de formação e EP, e a precariedade de infraestrutura (espaço, computadores, internet e dispositivos móveis) impõem às equipes a criação de estratégias contingentes para reinvenção do trabalho e da própria realidade. Assim, em uma realidade complexa e multifacetada, se reconhece a necessidade de maiores investimentos e qualificação do trabalhador da AB.

A oferta de cursos presenciais foi a segunda resposta mais frequente (n=7.808/21,74%), demonstrando que a prática formativa hegemônica²² (da formação pontual, transmissiva e de caráter transitório) ainda não foi rompida e que, dada a sua complexidade, a EP necessita de um aprofundamento, assim como a compreensão do seu significado para gestores e trabalhadores de saúde.

Algumas equipes informaram não participar de nenhuma ação de EP (n=577/1,61%), o

que revelou um dado preocupante sob vários aspectos, que necessitam de mais clareza: podem advir da falta de compreensão sobre o significado de EPS, da ausência de ofertas pela gestão, da sobrecarga de trabalho e/ou do desinteresse dos trabalhadores/gestores, o que demanda uma aproximação com a realidade dessas equipes.

A terceira questão buscou investigar se as demandas e necessidades de EP das EqSF foram contempladas, ou seja, se as ofertas de ações formativas oferecidas pela gestão consideraram a necessidade dos trabalhadores da AB. A participação ativa e o protagonismo dos trabalhadores da AB nos processos decisórios é um pressuposto da EPS e os dados coletados mostraram que a maior parte das equipes (n=8.949/87,62%) respondeu que teve suas necessidades atendidas pela gestão.

Rizzotto et al.¹⁸, analisando dados da gestão do trabalho e EPS no estado do Paraná, revelam que, apesar de 80,4% dos entrevistados afirmarem existir ações de EP, apenas 58,1% dos trabalhadores afirmavam que as ações de atendiam às demandas da equipe, revelando uma contradição com o pressuposto da EP, que deve surgir com a plena demanda e participação dos trabalhadores. Comparando-se a afirmação dos autores com os dados do 2º Ciclo naquele estado, verifica-se uma evolução na relação entre as demandas dos trabalhadores e gestão, pois 85% (n=535) das equipes afirmaram participar de ações de EPS e apenas 2,99% (n=16) equipes não tiveram suas necessidades formativas contempladas.

No Mato Grosso do Sul, um estudo²³ sobre as ações de EPS demonstrou uma posição privilegiada da capital sobre os municípios do interior e constatou a necessidade de se debruçar sobre os problemas inerentes à política de EPS. Após avaliação das respostas das equipes participantes, não se pode afirmar se houve mudanças significativas nos processos durante o período, pois a amostra avaliada no estudo não apresenta EqSF (n=27) aderentes ao PMAQ-AB na capital.

A despeito da quantidade de dados sobre EP

colhidos em um processo avaliativo pioneiro e inovador^{24,25}, o instrumento utilizado para o estabelecimento de políticas e processos decisórios da gestão demonstra uma modesta apropriação do significado de EP, o que deve ser objeto de novos estudos com abordagem metodológica qualitativa nos municípios onde há adesão ao programa. Diversos trabalhos convergem para a relevância de investimentos que fortaleçam a participação e o comprometimento de forma articulada com os interesses e necessidades dos trabalhadores do SUS¹⁵⁻¹⁹.

Considerações finais

Através das variáveis selecionadas do instrumento de avaliação externa, pôde-se identificar que o Programa investigou os processos formativos de forma macropolítica quando foram consideradas as grandes regiões geopolíticas brasileiras, e de forma micropolítica quando se debruçou sobre o lócus intraequipes nas Unidades Básicas de Saúde. De forma geral, obteve-se um painel da EPS, em que quase a totalidade das equipes aderentes ao PMAQ-AB afirmou participar de ações de EP, tendo suas

necessidades formativas contempladas pela gestão. O instrumento apresenta robustez de dados e contempla diversos aspectos da gestão, incluindo elementos importantes de EPS que podem nortear a tomada de decisão e interferir em políticas e programas de EPS nos serviços. Dada a posição privilegiada da EP, particularmente no SUS, recomendam-se maiores investimentos em pesquisas educacionais, que considerem outras variáveis não inclusas devido aos limites e à aplicabilidade do instrumento.

Colaboradores

Oliveira IV (0000-0002-2726-1281)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e escrita do manuscrito. Santos JMM (0000-0001-5454-5792)* contribuiu para a revisão final do artigo. Almeida FCS (0000-0003-3745-2759)* e Oliveira RN (0000-0003-0990-4834)* contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho, revisão crítica e final do conteúdo do manuscrito. ■

Referências

1. Gigante RL, Campos GWS. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab. Educ. Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 10]; 14(3):747-763. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462016000300747&lng=en&nr=iso.
2. Peixoto LS, Cortez EA, Cavalcanti ACD, et al. Educação Permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Rev. Enfermeria Global* [internet]. 2013 [acesso em 2019 maio 11]; 12(1):307-323. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2007 [acesso em 2019 jan 9]; 11(23):427-438. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000300003&lng=en.
4. Merhy EE. Educação Permanente em Saúde em movimento. [internet] 2014. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o-nApGOWgks/>.
5. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic. Saúde, Educ.* [internet]. 2005 [acesso em 2019 jan 20]; 9(16):161-178. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>.
6. Queiroz DM, Silva MRF, Oliveira LC. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2014 [acesso em 2019 set 10]; 18(supl2):1199-1210. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1199.pdf>.
7. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [internet]. 2004 [acesso em 2019 set 9]; 14(1):41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>.
8. Barth P, Aires M, Santos JL, Ramos F. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. *REE* [internet]. 2014 [acesso em 2019 set 10]; 16(3):604-11. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/22020>.
9. Bomfim E, Oliveira B, Rosa R, et al. Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? *Fund. Care Online* [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 10]; 9(2):526-535. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5464/pdf>.
10. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2006 [acesso em 2019 set 10]; 14(6):837-842. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000600002&lng=en.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade. Brasília, DF: MS, 2011.
12. Felisberto E, Albuquerque LC, Albuquerque AC. Avaliação na Estratégia Saúde da Família: os sentidos da institucionalização dessa prática. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes, 2014. p. 811-843.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015-2016) [internet]. Brasília, DF: MS: 2015. [acesso em 2019 dez 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.
14. Ribeiro DT, Nascimento DT, Cunha FM, et al. O PMAQ-AB como umas das estratégias de estímulo à Prática da Educação Permanente em Saúde. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. *A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas (Conexões para a produção de saberes e práticas)*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 129-141.
15. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB, et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apon-tado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg. saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 set 9]; (51):145-160. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.
16. Flóres GMS, Weigelt LD, Rezende MS, et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 set 9]; 42(116):237-247. Disponível em: <http://www.scielo>

- br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000100237&lng=pt.
17. Barbosa MR. Análise do 1 Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) em um município de médio porte [dissertação] [internet]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014. 105 p. [acesso em 2019 set 11]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgsaude-coletiva/files/2014/02/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Milena-Rocha-Barbosa.pdf>.
 18. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 set 8]; 38(esp):237-251. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600237&lng=en.
 19. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 set 8]; 38(esp):94-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600094&lng=en.
 20. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.
 21. França T, Pierantoni C, Belisario AS, et al. A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Atas-Investig. Qualit. Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 2019 set 10]; (2):66-75. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/738/725>.
 22. Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2019 ago 20]; 18(6):1677-1682. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000600019&lng=en.
 23. Machado JFFP, Carli AD, Kodjaoglanian VL, et al. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2019 ago 19]; 39(104):102-113. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000100102&lng=en.
 24. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 set 7]; 38(esp):358-372. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600358&lng=en.
 25. Pinto HA, Sousa A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS* [internet]. 2012 [acesso em 2019 set 10]; 6(2):1-19. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>.

Recebido em 29/04/2019

Aprovado em 13/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde

National Policy of Primary Healthcare 2017: implications in the work of the Community Health Worker

Thais Lacerda e Silva¹, Amanda Nathale Soares¹, Gislene Aparecida Lacerda¹, Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita¹, Danielle Costa Silveira^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-1104202012404

RESUMO A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 propõe alterações na composição e na atuação das equipes, com implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). O objetivo deste estudo foi investigar os sentidos que os ACS, atuantes em territórios do Norte de Minas Gerais, imprimem às mudanças propostas pela PNAB e os possíveis desdobramentos para o seu trabalho e para o cuidado à população. Foram realizados oito grupos focais, com participação aproximada de 15 ACS por grupo, no período de julho a dezembro de 2018. Os resultados apontaram distintas implicações da PNAB 2017, que, por um lado, demonstram a possibilidade de ampliação do escopo de atuação do ACS com a população residente em áreas rurais e, por outro, revelam uma descaracterização da natureza do seu trabalho educativo, com ameaça à existência da categoria e fragilização dos princípios da universalidade e da integralidade na atenção à saúde da população rural. Há que se discutir as condições e a sobrecarga de trabalho do ACS que atua em área rural e a necessidade de reorganizar o processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde para fazer com que um cuidado mais ampliado e equânime chegue aos domicílios rurais.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação permanente. Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT *The National Policy of Primary Healthcare (PNAB) 2017 proposes changes in the composition and performance of the teams, with implications in the work of the Community Health Agent (ACS). The aim of this study was to investigate the meanings that ACS, acting in territories of the North of Minas, print to the changes proposed by the PNAB and the possible unfoldings for their work and the care of the population. Eight focus groups were carried out, with an approximate participation of 15 ACS per group, from July to December 2018. The results pointed out the different implications of the PNAB 2017 which, on the one hand, demonstrate the possibility of expanding the scope of the ACS together with the population residing in rural areas and, on the other, reveal a decharacterization of the nature of their educational work with a threat the existence of the category and the fragility of the principles of universality and integrality. It is necessary to discuss the conditions and workload of the ACS working in rural areas and the need to reorganize the work process of the primary healthcare teams in order to achieve a more extended and equitable care for rural households.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Education, continuing. Community Health Workers.*

¹Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
thaislacerda@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída no Brasil buscando possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços que constituem porta preferencial do sistema de saúde, assim como desenvolver um cuidado integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e das coletividades.

Em setembro de 2017, a Portaria nº 2.436¹ instituiu a nova PNAB, que consolida conceitos, reafirma princípios instituídos nas Políticas anteriores (2006 e 2011) e propõe mudanças significativas nas modalidades e na composição das equipes, com a flexibilização da carga horária de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS); a possibilidade de redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes; a não priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF) do ponto de vista da indução financeira, além de mudanças nas atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde.

Estudos recentes vêm discutindo as implicações dessas mudanças no cotidiano de trabalho das equipes, no perfil de atuação do ACS e na produção do cuidado à saúde da população, com destaque aos riscos que a PNAB 2017¹ pode representar no aprofundamento das desigualdades de acesso e na garantia da integralidade do cuidado^{2,3}. Em estudo analítico sobre a PNAB 2017, Melo e colaboradores⁴ salientam que a priorização da atenção básica tradicional, a diminuição dos ACS, seja pela indefinição do número mínimo desses trabalhadores por equipe de saúde da família, seja pela sua não obrigatoriedade na composição das equipes de atenção básica, e a reconfiguração da natureza do trabalho do ACS são os propósitos centrais dessa política.

Nesse contexto, embora muito tenha sido discutido sobre as mudanças na PNAB 2017¹ que afetam a categoria dos ACS, ainda pouco se sabe, sistematicamente, sobre como os próprios ACS compreendem essas mudanças. Assim, e reconhecendo o ACS como um agente de mudanças, com saberes e vivências sobre

seu trabalho, este estudo buscou investigar os sentidos que os ACS atuantes em diferentes territórios do Norte de Minas imprimem às mudanças propostas pela PNAB 2017 e os possíveis desdobramentos para o seu trabalho e para o cuidado à saúde da população.

Metodologia

Pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório, realizada com ACS de oito municípios da região ampliada do Norte de Minas Gerais: Bonito de Minas, Botumirim, Cônego Marinho, Itacambira, Pai Pedro, Santo Antônio do Retiro, São Francisco e São João da Lagoa. Considerando a importância de representar as diferentes características territoriais do Norte de Minas Gerais, selecionou-se aleatoriamente um município de cada uma das sete regiões de saúde em que o Curso de Qualificação de ACS foi ofertado, em 2018, pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Uma das regiões de saúde foi contemplada por dois municípios dada a proximidade entre eles. A distribuição dos municípios em regiões ampliadas e regiões de saúde está definida no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais.

Sete dos oito municípios são de pequeno porte, com população entre 4.922 habitantes e 10.797 habitantes. Apenas um município é de médio porte, com população de 56.619 habitantes. Cinco municípios possuem mais de 70% da população em área rural, dois municípios com 47% e um com 36% de população rural⁵. Todos possuem cobertura de 100% de ESF, e quase a totalidade da sua população é Sistema Único de Saúde (SUS) dependente. Em relação ao percentual da população em extrema pobreza, varia de 18,15%, em São João da Lagoa, a 42,79%, em Bonito de Minas. Esses dados demonstram a importância da APS, que é, muitas vezes, a expressão mais concreta de proteção social à população que vive nesses municípios.

Realizou-se coleta de dados por meio de grupos focais com ACS, considerando as seguintes questões: você(s) conhece(m) a nova

PNAB? Quais são as principais mudanças que ela propõe? Você(s) considera(m) que essas mudanças impactam na organização do trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no cuidado à população? Como? A nova PNAB propõe mudanças na atuação do ACS. O que você(s) acha(m) disso? Você(s) acha(m) que essas mudanças influenciam a natureza do trabalho do ACS? Como?

Foram realizados oito grupos focais, com participação aproximada de 15 ACS em cada, no período de julho a dezembro de 2018. Foram convidados para participar da pesquisa os ACS matriculados no Curso de Qualificação de ACS da ESP-MG que tinham maior tempo de atuação, respeitando o limite de 15 participantes por grupo focal. Cada grupo contou com a participação de duas pesquisadoras, uma mediadora e uma observadora. Os grupos duraram em média 90 minutos e foram realizados em dependências de escolas públicas ou de UBS. Todos os ACS convidados estiveram presentes.

O material gravado e transcrito foi submetido à análise temática de conteúdo, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁶. A análise foi realizada por duas pesquisadoras e envolveu dois momentos: análise específica de cada grupo focal e análise cumulativa e comparativa do conjunto de grupos focais realizados. As categorias foram definidas *a posteriori*, dado o caráter exploratório da pesquisa, considerando tendências, convergências e divergências que emergiram do material analisado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Parecer CEP 2.429.103) e seguiu a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato, os participantes estão identificados pela sigla ACS, seguida de um número que os designa.

Resultados e discussão

Os ACS participantes da pesquisa foram em sua maioria mulheres (66%), com tempo de

atuação entre 1 ano e 5 anos (46%), acima de 5 anos (42%). A maioria tinha ensino médio completo (56%), enquanto o restante possuía ensino superior completo ou em curso (23%) ou somente o nível fundamental completo (14%). A partir da análise dos grupos focais, foram definidas três categorias temáticas referentes aos sentidos das mudanças propostas na PNAB 2017: i) interseções entre o trabalho do ACS e do técnico em enfermagem; ii) o ACS e as novas atribuições: qualificação e formação técnica; e iii) incorporação de novas atribuições pelo ACS: acesso da população a procedimentos e sobrecarga de trabalho.

Interseções entre o trabalho do ACS e do técnico em enfermagem

Esta categoria aborda questões que se situam nas interseções entre o trabalho do ACS e do técnico em enfermagem e que ganham relevo a partir das mudanças propostas na PNAB 2017¹, com destaque para a tendência à descaracterização da atuação do ACS como educador e para o questionamento sobre os papéis desenvolvidos por essas duas categorias profissionais na APS.

Grande parte dos ACS participantes deste estudo apontou que a incorporação das atribuições propostas na PNAB 2017¹ ao escopo de atuação do ACS descaracterizaria a natureza do seu trabalho educativo, que é realizado por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde às famílias e às comunidades que vivem na área de abrangência da UBS.

Então o trabalho preventivo do agente fica prejudicado, né? Aí ele não vai fazer a prevenção e vai fazer a parte curativa. (ACS1).

Vamos perder o foco do nosso trabalho. Nós não vamos fazer nem uma coisa nem outra e aquilo que é do nosso trabalho vai ficar a desejar. Se a família está precisando fazer um curativo, tomar uma vacina, nós vamos ficar sobrecarregados com uma família só. Aí a gente não vai atender as outras famílias como deveria fazer. Porque

tem família que tem que fazer curativo todos os dias. E aí o agente tem que ficar lá todos os dias? E quem tem 200 famílias pra acompanhar? [...] Eu tenho uma paciente que tem uma úlcera crônica. Eu não posso estar lá todo dia pra fazer curativo. (ACS2).

Essas falas denotam que os ACS reconhecem a centralidade educativa do seu trabalho e compreendem que a incorporação de atribuições como aferir temperatura e pressão, medir glicemia capilar e realizar técnicas limpas de curativo produzirá uma concorrência equivocada entre a natureza preventiva e de promoção da saúde, própria da sua atuação, e a realização de procedimentos considerados curativos. Além disso, como pode ser observado na segunda fala, a incorporação dessas atividades ao escopo de atuação do ACS pode trazer prejuízos para a periodicidade e a abrangência das visitas domiciliares. Nota-se um risco de que as novas atribuições limitem o tempo disponível para o acompanhamento de todas as famílias, já que os usuários que precisam de trocas periódicas de curativo e acompanhamento da hipertensão arterial, por exemplo, requereriam visitas diárias.

A visita domiciliar é considerada uma ação programada estratégica para o ACS prestar cuidados no domicílio, orientar as famílias, prevenir agravos, fortalecer vínculos e ampliar a visão das condições reais de vida e das interações das pessoas no contexto familiar e social. Há aí uma dimensão educativa reconhecidamente importante para a melhoria das condições de saúde da população. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a visita deve ser realizada mensalmente, mas alguns estudos já demonstram que a diversidade de atividades e rotinas impostas aos ACS, como, por exemplo, cadastramento do cartão SUS, Programa Segurança Alimentar, Bolsa Escola, muitas vezes não consideradas inerentes às funções do profissional, podem influenciar a regularidade e a qualidade da visita domiciliar⁷. Nessa mesma linha, Morosini e Fonseca⁸ destacam que atividades mais burocráticas

ocupam grande carga de trabalho do ACS, como, por exemplo, a separação de prontuários, a anotação do peso em consultas coletivas, a organização de espaços físicos para as atividades, a orientação de filas e até mesmo atividades de limpeza.

Nessa vertente, outra participante chamou a atenção para o fato de que é exatamente a natureza educativa do trabalho do ACS e a convivência com as famílias, por meio da visita domiciliar regular, que possibilitam mudanças importantes na saúde e na vida da população.

A gente tem que trabalhar com a prevenção, porque querendo ou não, depois que o agente de saúde entrou acabou muito a mortalidade infantil, muita coisa melhorou na saúde, porque igual eu falei, o convívio do dia a dia. Essa prevenção fez com que muita gente abrisse os olhos, fez com que muita gente aprendesse a viver, muita gente não sabia. Então eu penso que se vier isso vai tirar um pouco desse trabalho nosso. (ACS3).

É interessante observar nesse relato o resgate do enfoque preventivo da atuação do ACS nas famílias desde a sua incorporação ao SUS, com impactos positivos na redução da mortalidade infantil e na melhoria das condições de vida das pessoas. A contribuição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da ESF na redução da mortalidade infantil é amplamente reconhecida e divulgada na literatura⁹.

O reconhecimento das mudanças que podem acontecer na natureza do trabalho do ACS com a incorporação das atribuições propostas na PNAB 2017¹ reafirmou-se a partir do relato de experiências prévias com a aferição da pressão arterial. Alguns ACS que atuam na área rural mencionaram que aferiam a pressão arterial dos usuários cadastrados como hipertensos, mas avaliaram a experiência negativamente, tanto pelas dificuldades para desenvolver outras atividades que envolvem a visita domiciliar quanto pela falta de compreensão das famílias que exigiam que o agente aferisse a pressão arterial de todos os familiares.

A gente já teve a experiência no início de sair com o aparelho e a gente não fazia mais nada. Se você não olha a pressão daquelas outras pessoas, eles acham ruim. Não entendiam que a gente tava ali pra olhar só daquela que tava necessitada. Isso acaba atrapalhando o trabalho do agente. (ACS4).

O confronto entre a natureza educativa do trabalho do ACS e os aspectos relacionados com a realização de procedimentos considerados curativos também provocou questionamentos sobre os papéis desenvolvidos por ACS e técnicos de enfermagem na ESF. Sobre isso, os ACS destacaram as diferenças entre o seu trabalho e o do técnico em enfermagem com a população, com destaque para as distinções entre o enfoque preventivo e curativo.

Como vai ser feito esse trabalho? Porque realmente o técnico já sabe fazer aquilo. O trabalho dele é aferir pressão, fazer curativo e o nosso é promoção, prevenção. (ACS5).

Outros participantes colocaram em evidência que, com a incorporação das novas atribuições, o ACS se apropriaria de atividades que são próprias do técnico em enfermagem.

[...] no meu pensamento, a gente ia exercer mais o técnico do que o ACS. O serviço do técnico é mais curativo e do ACS é mais prevenção... a gente ia mais proteger a cura do que focar na prevenção... porque a gente não ia conseguir fazer os dois ao mesmo tempo. Acho que representa mais problema, porque o ACS tá ali pra prevenir os problemas... e como o técnico vai focar mais nos problemas vai surgir mais problema... (ACS6).

Conforme apontam Rodrigues da Silva et al.¹⁰, a PNAB 2017 incorpora como atribuições do ACS funções inerentes a profissionais de Enfermagem, previstas na Lei do Exercício Profissional nº 7498/86¹¹ e no seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87¹². As autoras chamam a atenção para o fato de que a

realização de curativos e o cuidado com feridas são, até então, de competência da equipe de Enfermagem.

As discussões sobre a duplicidade de atribuições entre ACS e técnico em enfermagem na APS levantaram, inclusive, uma ameaça quanto à necessidade do técnico na UBS:

Já existe o técnico, né? O técnico foi feito para isso. E ele? Vai acabar o papel dele? (ACS7).

É importante contextualizar essa discussão no âmbito das iniciativas desenvolvidas pelo MS que antecederam a publicação da PNAB 2017¹ e que afetariam diretamente a presença do ACS nas equipes, e não do técnico em enfermagem. Uma delas foi a publicação da Portaria nº 958/2016¹³, que abria precedentes para que os ACS fossem substituídos pelos técnicos em enfermagem. Conforme a Portaria,

[...] a incorporação de mais técnicos de enfermagem deve-se à necessidade de adequar a oferta das equipes da atenção básica à transição demográfica e ao perfil epidemiológico da população¹³.

A referida Portaria foi revogada por Ricardo Barros, Ministro da Saúde à época, diante do movimento organizado pelos ACS.

O ACS e as novas atribuições: qualificação e formação técnica

Esta categoria trata das questões relacionadas com a qualificação do ACS para o exercício das novas atribuições propostas pela PNAB 2017¹, no âmbito da proposta do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags)¹⁴.

Permanecendo no confronto entre a natureza educativa do trabalho do ACS e a natureza considerada mais curativa/biomédica do trabalho do técnico em enfermagem, alguns participantes destacaram a necessidade de qualificação técnica do ACS para o exercício das novas atribuições.

Pra gente tá desempenhando essas funções vai ter que ter uma capacitação. (ACS8).

Posso falar que sei fazer muito bem. Mas no final das contas a gente não sabe. É muito bom a gente ter uma capacitação melhor em relação a isso, porque não é todo agente de saúde que sabe fazer glicemia. Às vezes eu como técnica, né... (ACS2).

De acordo com a PNAB 2017¹, as atividades de aferir temperatura axilar e pressão, medir glicemia capilar e realizar técnicas limpas de curativo somente poderão ser desenvolvidas pelo ACS após ‘treinamento específico’. Posteriormente, o MS publicou a Portaria nº 83/2018¹⁴, que instituiu o Profags, para a oferta de curso de formação técnica em enfermagem para ACS e Agentes de Combates às Endemias (ACE).

A ideia de ofertar o Curso técnico em enfermagem para o ACS era de conhecimento de muitos dos agentes participantes do estudo. Sobre isso, alguns destacaram que a formação como técnico em enfermagem aparece como uma possibilidade de adquirir mais conhecimento sobre as questões que envolvem a relação saúde-doença-cuidado.

Imagina se eu for um técnico em enfermagem... Vou saber mais coisas ainda... vou conseguir introduzir isso na casa do paciente. (ACS9).

Outro ACS destaca que a qualificação como técnico em enfermagem oferece maior segurança no desenvolvimento dos procedimentos, como medição da glicemia e realização de técnicas de curativo.

Até mesmo quando você é técnico, cê chega na casa do paciente... igual eu mesmo... na minha área tem muitas pessoas que tomam insulina... Então, antes de ter o curso técnico, eu tinha mais receio de fazer e hoje que eu tenho faço com maior tranquilidade. (ACS10).

É interessante perceber os anseios dos ACS por profissionalização para o desempenho

de um trabalho que seja capaz de atender às necessidades de saúde da população. Diversos estudos demonstram que o trabalho do ACS é um forte propulsor para a continuidade dos estudos, pois muitos complementam sua escolaridade após ingresso na profissão⁸. Um inquérito de abrangência nacional desenvolvido para avaliar o perfil do ACS no Brasil evidenciou que 71% possuem ensino médio completo e que cerca de 20% possuem ensino superior completo ou em curso¹⁵. Morosini e Fonseca⁸ salientam que a escolha dos cursos de nível superior relaciona-se com as demandas das comunidades, como, por exemplo: enfermagem, serviço social e psicologia.

Outro sentido atribuído pelos participantes à oferta do Curso técnico em enfermagem para ACS foi a possibilidade de a população valorizar mais o seu trabalho.

Isso valoriza mais o trabalho nosso, porque, além da gente fazer nossa função, a pessoa vai olhar assim: ‘Noh, aquela pessoa, além de fazer isso, ainda faz isso... foi capacitado’... É valorizado. (ACS8).

A população ia colocar mais crédito no agente de saúde da zona rural... ia ver que a gente tem conhecimento e tá fazendo... ficar mais qualificado... porque é muito simples... pegar uma pessoa e colocar aqui você vai trabalhar de agente de saúde, mas não tem capacidade. (ACS11).

A expectativa de que o desenvolvimento dessas atividades traria maior valorização e legitimidade ao trabalho do ACS pode estar relacionada com a influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas em saúde e, também, na própria formação profissional. Gomes et al.¹⁶ evidenciaram que a formação do ACS tem sido pautada pelo controle tecnológico da doença, tendo como desdobramento uma prática em saúde, muitas vezes, fragmentada e reducionista.

Assim, embora alguns ACS avaliem que a formação em técnico em enfermagem poderia contribuir para a valorização de seu trabalho, também pautaram questões importantes

sobre os possíveis impactos dessa formação na natureza do trabalho do ACS, além da possibilidade implícita de fusão do papel desses dois profissionais, ou, até mesmo, de extinção da categoria de ACS.

Essa nova política tem o interesse de trazer o curso técnico em enfermagem pro ACS... Acho que não é tão viável pra gente! Acho que a partir do momento que eles tão trazendo o curso de enfermagem pra gente, de certa forma, tá desviando o verdadeiro sentido do agente de saúde. Eu acho que ao invés de um técnico em enfermagem seria mais interessante um técnico de ACS. A partir do momento que eles nos qualificam como técnico em enfermagem, automaticamente, abre uma brecha pra acabar com a classe dos ACS. (ACS12).

Conforme expressa o Parecer Técnico nº 081/2018¹⁷, do Conselho Nacional de Saúde, o Profags aponta para uma formação '3 em 1' das carreiras de ACS, ACE e Técnicos em Enfermagem, desconsiderando as atribuições distintas desses profissionais na APS. A formação técnica em enfermagem para agentes reedita a proposta de fusão de categorias profissionais, apresentada no relatório do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, ocorrido em 2016, em Brasília, contribuindo para o processo de precarização do trabalho, com aumento de atribuições e possibilidade de redução dos postos de trabalho, e para o fortalecimento de práticas biomédicas curativas¹⁸.

A fala do ACS expressa claramente que a proposta de formação em técnico em enfermagem fragiliza a profissão de ACS. Para ele, valorizar o trabalho do agente seria fomentar sua formação por meio do Curso Técnico de ACS.

Sobre o receio e/ou a possibilidade de extinção da categoria do ACS, por ocasião das mudanças propostas na PNAB 2017¹, houve manifestações:

Dessa nova PNAB, só via coisa ruim. E quando falava assim: 'vai extinguir a categoria'. A gente não sabe... (ACS3).

Quando a gente chegou naquela parte, no dia a gente baixou aquele trem, a gente foi lendo, aí só falava assim... reduzir, ficar um único agente por equipe [...]. Quanto mais a gente lia, ficava pior! (ACS14).

Essas falas evidenciam que, ao ler o documento da PNAB 2017¹, os ACS compreenderam a possibilidade de extinção da categoria. A segunda fala refere-se especificamente à flexibilização da presença do ACS nas equipes da ESF, sem a obrigatoriedade de um número mínimo, diferentemente da PNAB 2011¹⁹, que previa um mínimo de quatro ACS por equipe. Além disso, a PNAB 2017¹ coloca que a cobertura de 100% da população é recomendada apenas para áreas de risco e de vulnerabilidade social, ficando a cargo do gestor local essa definição, o que reitera a ameaça colocada à categoria profissional.

Somado aos riscos da fragilização da categoria profissional, destaca-se que as mudanças na composição das equipes e nos parâmetros de cobertura da população comprometem processos de cuidado já instituídos nas equipes de saúde da família, com a presença permanente de um trabalhador da saúde no território, estabelecendo vínculo com a população e apreendendo necessidades de saúde e situações de vida que possibilitam à equipe um cuidado mais integral².

Como estratégia para lidar com as questões colocadas na PNAB 2017 e com a proposta de formação do ACS como técnico em enfermagem, alguns participantes apresentaram a possibilidade de expandir a formação do ACS, com a inclusão de alguns procedimentos, mas resguardando a essência de seu trabalho.

Eu acho que deveria tirar uma parte essencial do curso de enfermagem pra agregar junto com o técnico em ACS. Não seria feito o técnico em enfermagem e, sim, o técnico em ACS... atendendo a nova política, mas não da forma que eles colocaram lá... no meu entender, na nova política, eles querem transformar o ACS num técnico em enfermagem. (ACS12).

As falas relacionadas com a qualificação denotam que as propostas de formação guardam e produzem, de algum modo, intencionalidades de mudanças na centralidade do trabalho de determinadas categorias profissionais que atuam na APS e no modelo de atenção à saúde. Quando, por exemplo, alguns participantes colocam que a formação do ACS como técnico em enfermagem pode ser importante para o cuidado prestado à população, expressam aí a intencionalidade de ofertar uma assistência mais amparada no modelo biomédico.

Quando outros participantes tensionam que a formação do ACS como técnico em enfermagem muda significativamente a natureza do seu trabalho e representa o risco de extinção de alguma categoria (ACS ou técnico em enfermagem), há subentendido que a proposta de formação colocada pelo Profags¹⁴ também guarda intencionalidades sobre outros modelos de atenção à saúde distintos daquele pretendido pela ESF. No contexto de disputas de intencionalidades, a proposta de desenvolver um curso técnico em ACS, ainda que agregue novos procedimentos, remonta à importância da valorização do trabalho próprio do ACS às famílias e às comunidades.

Incorporação de novas atribuições pelo ACS: acesso da população a procedimentos e sobrecarga de trabalho

Esta categoria aborda aspectos relacionados com as implicações da incorporação das novas atribuições pelo ACS, com destaque para a possibilidade de ampliação do acesso da população a procedimentos e, simultaneamente, para a sobrecarga de trabalho daí decorrente. Alguns participantes destacaram que a incorporação dessas atribuições poderia favorecer o acesso da população a procedimentos.

Eu acho interessante porque eles não vão deslocar até aqui só para aferir uma pressão, só pra fazer uma glicemia. É difícil o acesso. E se a gente já tá fazendo uma visita, se a gente soubesse dar uma informação direitinho: Oh sua glicose está

alta! Então a gente liga pro enfermeiro, agenda uma consulta. A gente tem médico, terça, quarta e quinta no PSF. Facilitava. (ACS15).

Evita do paciente deslocar de casa pra unidade... Às vezes é um idoso... Às vezes, não tem disponibilidade de estar pagando pra ir na UBS pra fazer o curativo, por exemplo... às vezes tá até de repouso, não tem condições de ir pra fazer um curativo, dependendo do local, né? (ACS16).

É interessante destacar nessas falas que a incorporação de atribuições que seriam, *a priori*, realizadas pelo técnico em enfermagem seria uma alternativa para fazer com que esses procedimentos cheguem ao domicílio das famílias. Infere-se daí que o deslocamento de outros profissionais da equipe de saúde até o domicílio não está ocorrendo. As UBS devem estar localizadas o mais próximo de onde as pessoas vivem, de modo a facilitar o acesso da população à porta de entrada preferencial do usuário ao SUS. No entanto, essa realidade é distinta, de modo especial, em áreas rurais, onde há grandes extensões territoriais e baixa densidade populacional. Um dos principais desafios apontados pelos ACS que atuam nessas áreas é a dificuldade de acessar os domicílios, especialmente pelas longas distâncias entre as casas, as quais são percorridas, muitas vezes, a cavalo, de motocicleta ou até mesmo a pé²⁰.

Lá na roça, a zona rural é distante do município... pra vir aqui na unidade... e nós agente de saúde da zona rural pra fazer um curativo, a gente poder abordar o paciente e fazer o curativo em invés de tá deslocando até a unidade. (ACS17).

A questão de transporte na zona rural... porque no caso o técnico pra deslocar daqui pra lá não é toda vez que acha um transporte... e da zona rural pra cá também não acha... às vezes o técnico tá até disponível pra ir, mas tá sem o transporte... teve um paciente na minha área que teve uma fratura exposta e tava precisando de curativo e a técnica na época deslocou comigo na moto pra fazer esse serviço... (ACS18).

Essas falas reafirmam que o ACS, ao realizar as novas atribuições previstas na PNAB 2017¹, pode ampliar o acesso das pessoas da zona rural a esses procedimentos, sobretudo em razão da necessidade de grande deslocamento até a UBS e das condições socioeconômicas da população nessas localidades. Isso retrata uma realidade muito comum no Norte de Minas: a existência de extensas áreas rurais, com grande distanciamento das UBS. Essa realidade, que envolve o cuidado à saúde de populações rurais, redimensiona a análise da incorporação das atribuições previstas na PNAB 2017¹ pelo ACS, porque, não raro, ele é o único caminho para fazer com que as ações de saúde cheguem a essas pessoas. Portanto, há que se destacar que o Norte de Minas Gerais, cenário deste estudo, apresenta uma conformação específica que merece ser analisada para adensar essa discussão.

Embora a proporção de domicílios cadastrados em unidades de saúde da família seja maior na área rural²¹, os resultados deste estudo trazem à tona a necessidade de aprofundarmos o debate em torno da cobertura dessa população. É evidente que a universalidade de acesso nesses espaços fica, muitas vezes, sob a responsabilidade única e exclusiva do ACS. Assim, para além da discussão sobre a inclusão desses procedimentos no rol de atividades do ACS, sob o argumento de melhoria do cuidado à saúde da população, há que se discutir a reorganização do trabalho das equipes de APS que atuam nas áreas rurais.

Ainda sobre a possibilidade de ampliar o acesso da população rural, um dos ACS destacou que a realização dos procedimentos deveria acontecer no acompanhamento regular desenvolvido pelo ACS, e não em casos de urgência.

Sobre medida de pressão e glicemia, acho interessante, se fosse o caso de capacitar a gente para realizar isso, em questão de acompanhamento. Não é a pessoa tá passando mal, com hipoglicemia em casa e te chama pra ir lá conferir a glicemia dela. É o diabético que você já

acompanha, na visita normal, mensal, pra ver se tá tudo bem... só nesse sentido, em questão de acompanhamento. A gente sabe que é atribuição do técnico fazer esse acompanhamento, mas acontece que um técnico só pra toda a equipe não consegue atender toda a demanda. Se tem um diabético em casa e tem o restante da família, se a gente, por exemplo, pudesse conferir, que fosse de mês em mês, ou de dois em dois meses a glicemia da pessoa, poderia ser um alerta para identificar as doenças mais cedo... Nesse sentido que eu acho, de acompanhamento, de prevenção. Pra zona rural é só o agente... (ACS19).

Essa fala reafirma que, nas zonas rurais, o ACS, geralmente, é o único profissional que chega regularmente às casas das famílias, uma vez que há somente um técnico em enfermagem na equipe que, exercendo o seu trabalho na UBS, não consegue atender a todas as demandas do território. Entretanto, outros participantes deste estudo ponderaram que, embora reconheçam a possibilidade de ajudarem a população com as novas atribuições, a realização de mais funções no cotidiano de trabalho pode gerar uma sobrecarga para o ACS.

Vai sobrecarregar e vai fazer com que o próprio agente tira o propósito dele [...] Iria ajudar? Iria. Mas aí seria uma vez, quando você chegasse lá. Mas todos os dias é diferente. Nós não iríamos dar conta de atender todos os dias, todas as horas que eles acionarem a gente. (ACS3).

Além da sobrecarga de trabalho, um participante colocou também que a realização das novas atribuições pelo ACS nas zonas rurais, sobretudo a realização de curativo, pode trazer dificuldades ao trabalho, considerando as distâncias e as condições de deslocamento.

Igual o caso de fazer curativo. Como que eu vou chegar na casa do seu Zé, não concordo porque eu vou chegar lá, tá uma situação na zona rural... Você tem que carregar soro, às vezes você tá de moto, o soro tá quente... aquela luva sua, toda hora vai ter que tirar... você não sabe a situação. (ACS20).

A fala acima revela que não é necessária somente a qualificação técnica do ACS para a realização das novas atribuições propostas na PNAB 2017¹, mas que são igualmente importantes discussões sobre as condições que os ACS que atuam em zonas rurais possuem para o desenvolvimento das atividades que lhes são atribuídas.

A incorporação de atividades no rol de atuação do ACS, propostas pela PNAB 2017¹, como aferir temperatura e pressão, medir glicemia capilar e realizar técnicas de curativo, é reconhecida por eles como uma possibilidade de ampliação do acesso à população, especialmente a rural, a procedimentos considerados básicos, mas também como uma sobrecarga de trabalho. Mais uma vez, os ACS são interpelados a tamponar ineficiências na saúde pública, seja pelo subfinanciamento, seja pelas insuficiências da gestão local do SUS. Seria a incorporação desses procedimentos a garantia da universalidade e da integralidade à população rural?

Considerações finais

Os resultados da pesquisa apontam distintas implicações que podem decorrer da incorporação das atribuições propostas pela PNAB 2017 ao escopo de atuação do ACS. Reconhece-se a possibilidade de descaracterização da natureza educativa do seu trabalho, além da conformação de uma concorrência equivocada entre a natureza preventiva e de promoção da saúde, própria da sua atuação, e a realização de procedimentos considerados mais curativos, até então atribuídos ao técnico em enfermagem. Além disso, a formação do ACS como técnico em enfermagem, embora em alguns momentos seja tratada como uma possibilidade de adquirir mais conhecimento e maior valorização do trabalho por parte da população, aparece como um caminho de fragilização da categoria

do ACS, com possibilidade de sua extinção.

É importante destacar que a incorporação das novas atribuições pelo ACS também foi relacionada com a possibilidade de ampliação do acesso da população aos procedimentos, o que coloca em relevo o cenário em que se realizou este estudo – o norte de Minas, caracterizado por extensas áreas rurais e grande distanciamento das unidades de saúde. Se por um lado alargar o escopo de atuação do ACS possibilitaria a ampliação do acesso dessa população a determinados procedimentos, por outro, os dados revelam a fragilidade dos princípios da universalidade e da integralidade nessas localidades, na medida em que os reduzem às visitas domiciliares do ACS. Há que se discutir as condições e a sobrecarga de trabalho do ACS que atua em área rural e a necessidade de reorganizar o processo de trabalho das equipes da APS, no intuito de fazer com que um cuidado mais ampliado e equânime chegue às casas da população rural.

Entende-se que a composição dos grupos focais por conveniência é uma limitação deste estudo, na medida em que as especificidades dos territórios do Norte de Minas Gerais limitam as possibilidades de generalização dos resultados para outras realidades, a exemplo de áreas urbanas e de regiões metropolitanas.

Colaboradores

Silva TL (0000-0001-9869-9654)*, Soares AN (0000-0003-1341-8142)*, Lacerda GA (0000-0001-8243-378X)* e Mesquita JFO (0000-0003-4006-2356)* participaram da coleta de dados primários, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e participação da aprovação da versão final do manuscrito. Silveira DC (0000-0001-9029-4257) participou da revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
2. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.
3. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(1):12-17.
4. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(1):38-51.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
7. Barbosa DCM, Mattos ATR, Corrêa MH, et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. *Medicina*. 2016; 49(4):360-6.
8. Morosini MVGC, Fonseca AF. Os agentes comunitários de saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(1):261-274.
9. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. Saúde de Colet*. 2018; 23(6):1915-1928.
10. Rodrigues da Silva HP, Meneses MD, Toassi RFC. O papel do Agente Comunitário de Saúde frente ao desafio da nova Política Nacional de Atenção Básica. *Saberes Plurais*. 2018; 2(3):83-90.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências; 1986. Diário Oficial da União. 26 Jun 1986.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto nº 94.406, de 25 de junho de 1986. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 Jun 1986.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 11 Maio 2016. [acesso em 2020 mar 4]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Diário Oficial da União. 11 Jan 2018.
15. Pinto ICM, Medina MG, Pereira RAG, et al. Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil [relatório de Pesquisa]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015. 430 p.
16. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*. 2010; 20(4):1143-1164.
17. Conselho Nacional de Saúde. Parecer Técnico nº 081/2018. Brasília, DF: CNS; 2018.

18. Nogueira ML, Barbosa IC. Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde: quando uma formação profissional se torna mais uma ameaça ao SUS. *Trab. Educ. Saúde*. 2018; 16(2):393-396.
19. Brasil. Ministério da saúde. Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 21 Out 2011.
20. Oliveira EN. Entre experiências e conversas: a mobilização dos ACS em defesa de melhores condições de trabalho. In: Soares AN, Silva TL, organizadores. *Sobre vivências de agentes do SUS: travessias pelo Norte de Minas*. Belo Horizonte: ESP-MG; 2018.
21. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(2):327-338.

Recebido em 29/05/2019

Aprovado em 01/10/2019

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Avaliação da eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense

Assessment of effectiveness of the Rede Mãe Paranaense Program

Daiane Ribeiro dos Santos¹, Cláudia Silveira Viera¹, Ana Tereza Bittencourt Guimarães¹, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso¹, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari²

DOI: 10.1590/0103-1104202012405

RESUMO A avaliação da implantação de políticas e programas para melhorias na saúde infantil é essencial. Este estudo pretende avaliar a eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense, criando um índice avaliativo para os objetivos do programa referentes ao seguimento da criança, a fim de estipular o grau em que foram concretizados. Foram entrevistadas 139 mulheres usuárias do programa. A pesquisa utilizou dados do instrumento elaborado e analisou a Caderneta de Saúde da Criança. A análise de dados foi realizada a partir da comparação entre frequências relativas obtidas no estudo e as propostas do programa, calculando-se a razão entre essas frequências para se obter o índice avaliativo, ou seja, para descobrir quanto foi alcançado da meta estipulada. As variáveis foram categorizadas em domínios definidos no programa, gerando um índice avaliativo para cada um deles. No domínio ‘Satisfação Materna’, a meta foi 68% atingida; no ‘Acompanhamento na Puericultura’, foram atingidos 67%; na ‘Qualidade e Resolubilidade na Assistência’, 55%; e na ‘Estratificação de Risco’, somente 6% da meta foram alcançados. Conclui-se que os índices avaliativos retratam baixa eficácia no seguimento da criança. O estudo evidenciou a necessidade de revisão das estratégias utilizadas no seguimento da saúde da criança para melhorar os índices assistenciais na Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de programas e projetos de saúde. Saúde da criança. Indicadores básicos de saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Assessing the implementation of policies and programs for improving child health is essential. This study aimed at assessing the effectiveness of the Rede Mãe Paranaense Program, creating an evaluative index for the objectives of the program regarding child follow-up, in order to stipulate the degree to which they were implemented. 139 women who used the program were interviewed. The research used data from the elaborated instrument and analyzed the Child Health Handbook. Data analysis was performed by comparing the relative frequencies obtained in the study and those proposed by the program, calculating the ratio between these frequencies to obtain the evaluative index, i.e., to find out how much was achieved from the stipulated goal. The variables were categorized into domains defined in the program, generating an evaluative index for each of these. In the ‘Maternal Satisfaction’ domain, the goal was 68% achieved; in ‘Follow-up in childcare’, 67% was achieved; in ‘Quality and Resolvability in Care’ 55%; and ‘Risk Stratification’, only 6% of the goal was achieved. It is concluded that the evaluative indexes portray low efficacy in following the child. The study evidenced the need to review the strategies used in the follow-up of child health to improve care indices in Primary Health Care.*

KEYWORDS *Program evaluation. Child health. Health status indicators. Primary Health Care.*

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
dainurse.enf@gmail.com

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



Introdução

O sistema de saúde brasileiro, a partir do final dos anos 1980, se configurou como único e universal, denominando-se Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema buscou superar os programas de saúde desenvolvidos até então, os quais tinham como característica a fragmentação da assistência, o que resultava em baixo impacto nos indicadores de saúde da população, especialmente da mulher e da criança¹.

Não é recente a tentativa de mudanças no cenário de morbimortalidade infantil no Brasil. Para tanto, surgiram várias políticas ao longo das últimas décadas. Contudo, as políticas até então eram focadas em intensa medicalização do processo de nascimento, o que, apesar do conhecimento e desenvolvimento tecnológico envolvidos, ainda favorecia a elevada taxa de morbimortalidade materna, perinatal e infantil, que para alguns autores se constitui como ‘um paradoxo perinatal brasileiro’².

Com o processo de industrialização, na primeira metade do século XX, a preocupação no País girava em torno do crescimento econômico, que contrastava com as altas taxas de mortalidade infantil. Os programas de saúde infantil eram direcionados a grupos com maior vulnerabilidade e estruturados de modo vertical, sem articulação com políticas sociais e distribuição de renda, e ainda desvalorizavam as necessidades específicas da população. Percebe-se, assim, que programas de saúde fragmentados e implantados de maneira impositiva pelo Estado resultam em políticas pouco resolutivas e desconexas da realidade^{1,3}.

Isso demonstrou a urgente necessidade de reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento, puerpério e seguimento da criança após o parto, embasado nas evidências de que ofertar maior número de procedimentos técnicos e consultas não tem trazido resultados satisfatórios, e a qualidade do seguimento da criança ainda está comprometida. Uma das estratégias utilizadas em países desenvolvidos tem sido buscar a articulação dos programas de saúde com as políticas sociais,

visto que a condição de saúde dos indivíduos está diretamente relacionada a condições sociais, que refletirão futuramente nos indicadores de morbimortalidade materno-infantil. Isto reforça a lógica de que as maiores taxas de mortalidade materno-infantil estão nos países subdesenvolvidos⁴.

Nesse sentido, pautadas nas necessidades locais, nas taxas de mortalidade materno-infantil, bem como na tentativa de superar o modelo fragmentado de saúde vigente, emergem as Redes de Atenção à Saúde. Na saúde materno-infantil, surge o Rede Cegonha, pela Portaria nº 1.459/2011, a partir da qual cada Estado passou a implementar o seu próprio programa.

No Paraná, em 2012, foi implantado o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), que tem entre seus objetivos a redução da mortalidade materno-infantil e a garantia do funcionamento da rede para esse grupo, em todo o Estado. Observou-se redução na taxa de mortalidade infantil no Estado, a partir da implantação do PRMP, de 11,6/mil Nascidos Vivos (NV), em 2012, para 10,4/mil NV, em 2017. Porém, a maioria dos óbitos registrados foi considerada evitável – aproximadamente 66,6%, de 2011 a 2013, e 35,7%, de 2014 a 2016⁵.

As estratégias utilizadas pelo PRMP para garantir uma rede de atenção materno-infantil com padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com mínima ocorrência de óbitos materno-infantis foram: melhorar a qualidade e a responsabilidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério; implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Materno-Infantil; implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança; vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco; melhorar a assistência ao pré-natal de risco e o acompanhamento das crianças de risco menores de 1 ano; implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças em situação de risco; disponibilizar exames de apoio e diagnóstico de pré-natal padronizados pela linha guia⁵.

Cada programa social e de saúde implementado tem suas metas e objetivos, que devem ser atingidos ao longo de sua implementação. Deste modo, torna-se imprescindível mensurar

o alcance de tais programas em longo prazo, para que se obtenham subsídios capazes de impulsionar o desenvolvimento ou aprimoramento das políticas públicas.

Uma vez que o PRMP foi recentemente implantado, os estudos acerca do mesmo se referem a aspectos específicos do programa como consultas de pré-natal, gestão, seguimento da criança (cobertura vacinal), risco e mortalidade infantil, obtido por meio de dados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS)^{6,7}, outros estudos investigaram as taxas de mortalidade infantil após implantação do PRMP^{8,9}. Ainda, estudos se debruçaram na análise do programa sob a ótica dos profissionais médicos¹⁰ e enfermeiros¹¹, porém estes estudos não abordaram a visão do usuário, demonstrando assim uma lacuna neste aspecto.

Ainda, considerando o acompanhamento da criança após o nascimento, proposto pelo PRMP como estratégia que pode promover a saúde da criança e, conseqüentemente, reduzir os óbitos evitáveis, bem como a ausência de estudos sobre o PRMP relativos a este objetivo, é incontestável a necessidade de avaliar como está o desenvolvimento do seguimento da saúde da criança no programa.

Nesse contexto, é pertinente a avaliação do referido objetivo do PRMP quanto à sua eficácia, a qual busca analisar a “relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um programa e seus resultados efetivos”¹²⁽³⁴⁾. A avaliação das metas estipuladas pelo programa como meio de identificar sua eficácia pode ser analisada sob pontos de vista distintos, ou seja, pelo olhar dos proponentes do programa e gestores da atenção primária com foco no impacto econômico desde sua implantação, dos profissionais de saúde que avaliam o êxito do programa, a partir da exequibilidade de sua implantação e do alcance dos objetivos, ou pelos usuários beneficiados pelo programa.

Dessa forma, emerge a necessidade de identificar a eficácia do PRMP relativa ao seguimento da criança após seis meses de vida, por meio da avaliação do alcance de seus objetivos e metas, de acordo com a ótica materna. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a eficácia do PRMP, a partir da criação de um Índice

Avaliativo (IA) para cada objetivo do programa, referente ao seguimento da criança na Atenção Primária à Saúde, para que seja possível mensurar se os objetivos e metas foram concretizados desde sua implantação.

Material e métodos

O município em estudo tem população estimada em 319.608 habitantes, e está localizado na Região Oeste do Estado do Paraná, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicados em agosto de 2017. A Secretaria Municipal de Saúde (Sesau) possui Atenção Primária à Saúde do município com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 31 Unidades de Saúde da Família (USF), que acompanham as crianças nas consultas de puericultura¹³.

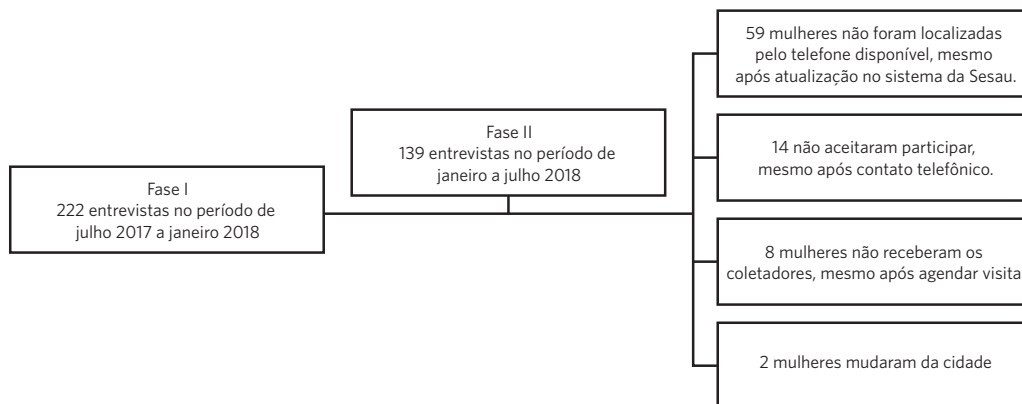
O presente estudo apresentou abordagem quantitativa com desenho transversal. Para cálculo amostral, considerou o total de 2.288 partos ocorridos no hospital universitário do município em estudo, no ano de 2016. A amostra foi calculada com erro amostral de 10% e nível de confiança de 99%. Assim, 222 usuárias foram arroladas no estudo logo após os nascimentos, contudo, após o contato para o agendamento da entrevista seis meses após o parto, para a avaliação do seguimento da criança na atenção primária, obteve-se acesso somente a 139 dessas puérperas, captadas nas diferentes regiões do município, conformando a amostra final deste estudo.

Como critérios de inclusão, as usuárias deveriam ter realizado parto no hospital universitário entre julho de 2017 e janeiro de 2018; o lactente deveria estar com seis meses de vida na data da entrevista; as usuárias deveriam ter endereço e telefone atualizados no cadastro do sistema de saúde municipal; estar na residência no dia da visita, agendada via telefone com até quatro tentativas. Foram excluídas as usuárias que não tinham a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) no dia da entrevista; que manifestaram impeditivos de compreensão da língua portuguesa (haitianas e paraguaias, entre outras); menores de 18 anos,

desacompanhadas de um responsável; mães de natimortos; que sofreram óbito do lactente; e, ainda, que perderam a guarda do filho.

No fluxograma (*figura 1*), descreve-se como aconteceu a captação, bem como as perdas da amostra do estudo.

Figura 1. Fluxograma da composição da amostra do estudo, Cascavel (PR), Brasil, 2018

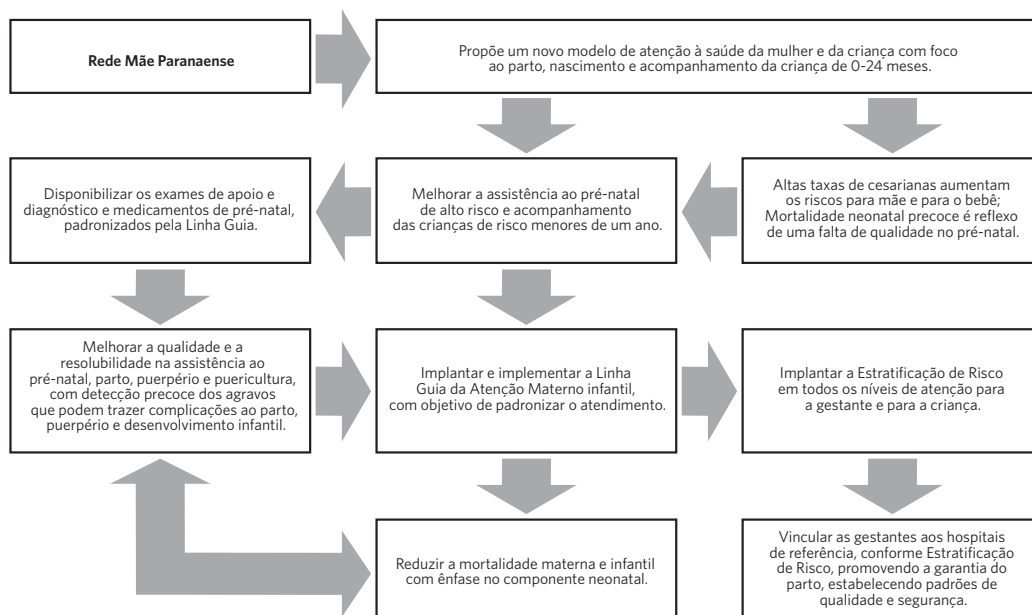


Fonte: Elaboração própria.

Para melhor compreensão da teoria, dos mecanismos de ação e das estratégias propostas

pelo PRMP, criou-se o fluxograma abaixo (*figura 2*).

Figura 2. Teoria dos mecanismos de ação e das estratégias propostas pelo PRMP



Fonte: Elaboração própria adaptada de Magalhães¹⁴.

As entrevistas foram realizadas por pesquisadores após capacitação. Durante as visitas domiciliares, a equipe aplicou formulário com base nos objetivos do PRMP, com questões abordando as condições clínicas maternas e da criança, aspectos sociodemográficos e dados de registros da CSC e da mãe. O referido formulário, elaborado pela equipe da pesquisa, foi testado e validado por

conteúdo e aparência. Devido à deficiência de dados na CSC, em relação à estratificação de risco, houve necessidade de busca de dados das Declarações de Nascidos Vivos (DNV), encontradas nos arquivos da secretaria de saúde do município em estudo.

As variáveis analisadas, bem como os cruzamentos de análises realizados e metas propostas pelo PRMP, estão dispostos no *quadro 1*.

Quadro 1. Objetivos, estratégias e ações, indicadores, meta proposta pelo PRMP e variáveis, e os cruzamentos analisados e meta do IA estipulado. Cascavel (PR), Brasil, 2018

Subdomínio (itens do questionário da pesquisa)	Indicador	Cruzamentos	Meta proposta PRMP	Fórmula
Domínio: 1. Satisfação materna em relação ao seguimento do bebê.				
Número de consultas até o sexto mês.	Número de consultas de puericultura.	Acompanhamento na puericultura.	100% das crianças menores de 2 anos.	100% das crianças menores de 1 ano, da área de abrangência, cadastradas na UBS.
Índice de satisfação das usuárias do PRMP.	Satisfação da usuária.	Acesso a consultas.	Satisfação da usuária acima de 80%.	- verificação do registro de nascimento e cadastramento.
Domínio: 2. Acompanhamento na puericultura.				
Itens básicos de puericultura.	PC, PT, peso, estatura, temperatura, FC, FR.	Dados verificados/dados anotados na CSC.	100% das crianças acompanhadas.	100% das crianças cadastradas realizam primeira consulta de acompanhamento, para: - avaliação da história perinatal; - avaliação clínica geral; - avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor; - avaliação do resultado da triagem neonatal; - estratificação do risco; - avaliação do calendário vacinal; - preenchimento da CSC; - continuação do Plano de Cuidado.
Qualidade dos registros.	Dados registrados na CSC (PC, PT, peso, estatura, temperatura, FC, FR). Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (reflexos).	Registro de dados.		
Educação em saúde.	Presença ou ausência de orientações referentes a aleitamento materno, cuidados com RN/coto umbilical e cuidados de higiene, prevenção de acidentes domésticos (queimaduras, quedas), cuidados para evitar engasgos, vacinação, introdução de alimentação complementar, situações de urgência (febre alta, engasgos, traumas e ferimentos).	Manutenção do AME; Problemas de saúde; Causas de atendimentos em urgência.	100% dos RN e 100% das mães da área de abrangência.	100% dos RN da área de abrangência recebem visita domiciliar pelo enfermeiro logo após o nascimento, para: - ações de educação em saúde; - cadastro na puericultura; - identificação de sinais de alerta. 100% das mães participam de atividades educativas referentes à saúde infantil, conduzidas por profissional de nível superior, sendo: - grupos de 20 participantes; - duração de uma hora; - periodicidade: duas vezes/ano.

Quadro 1. (cont.)

Subdomínio (itens do questionário da pesquisa)	Indicador	Cruzamentos	Meta proposta PRMP	Fórmula
Domínio: 2. Acompanhamento na puericultura.				
Consulta odontológica.	Consulta agendada, consulta não agendada.	Faltou a consulta/consulta não agendada.	100% das crianças acompanhadas.	100% das crianças menores de 1 ano realizam consulta odontológica, tendo como objetivo: - avaliação odontológica e plano terapêutico.
Domínio: 3. Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e à puericultura.				
Cobertura vacinal em menores de 1 ano.	Registro de vacinas na CSC (BCG, Hepatite B, VIP, Pentavalente, Rotavírus, Pneumo, Meningo, Influenza).	Escolaridade materna; Renda; Orientações recebidas; Busca ativa.	95% cobertura vacinal.	Número de crianças menores de 1 ano vacinadas com a terceira dose da Tetravalente/Pentavalente X 100% população composta por menores de 1 ano.
Busca ativa pela unidade de saúde.	Busca ativa realizada ou não.	Problemas de saúde imunopreveníveis;	100% busca ativa.	Número de crianças que faltaram à consulta ou vacinação e receberam visita de busca ativa.
AME.	Avaliação do AME; Idade de manutenção do AME; causa do desmame; ajuda para AME.	Adoecimento nas crianças em AME e não AME.	80% AME.	Taxa de prevalência de AME em menores de 4 meses.
Transporte sanitário.	Transporte utilizado (Samu, Siate ou outros).	Utilização de transporte sanitário.	100% das crianças atendidas pelo transporte sanitário.	Porcentagem de crianças que foram atendidas por transporte sanitário.
Triagem neonatal.	Teste do Pezinho, Teste do Olhinho, Teste da Orelhinha, Teste do Coraçãozinho.	Realização e registros dos testes de triagem.	100% das crianças acompanhadas.	100% dos RN realizam o Teste do Pezinho após 48 horas de nascidos, bem como os testes da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçãozinho.
Domínio: 4. Estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança.				
Porcentagem de crianças estratificadas como de alto risco, de acordo com os critérios estabelecidos na linha guia do PRMP.	Criança classificada; Criança não classificada.	Encaminhamento para ambulatório especializado para alto risco.	100% das crianças estratificadas.	100% das crianças cadastradas realizam estratificação de risco na primeira consulta. OBS: a estratificação de risco deve ser realizada na primeira visita domiciliar e em todas as consultas e visitas subsequentes. 100% das crianças de risco habitual cadastradas realizam sete consultas subsequentes à primeira consulta, no primeiro ano de vida. 100% das crianças de risco intermediário cadastradas realizam oito consultas subsequentes à primeira consulta, no primeiro ano de vida. 100% das crianças de alto risco cadastradas realizam nove consultas subsequentes à primeira consulta, no primeiro ano de vida.

RN=Recém-Nascido; PC=Perímetro Cefálico; PT=Perímetro Torácico; FC=Frequência Cardíaca; FR=Frequência Respiratória; BCG=Bacillus Calmette-Guérin; VIP=Vacina Inativada Poliomielite; AME=Aleitamento Materno Exclusivo; UBS=Unidade Básica de Saúde; Samu=Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Siate=Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência.

Os dados coletados durante as entrevistas e a análise dos dados da CSC foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel®, com conferência dupla de digitadores.

Para tanto, com base na compreensão dos mecanismos e das estratégias propostas pelo PRMP, buscou-se, diante da diversidade de respostas das participantes, analisar as variáveis de acordo com os objetivos do PRMP, estabelecendo um IA para cada objetivo, para posterior comparação com a proposta inicial de objetivos e metas do PRMP.

O IA foi construído pela seleção das variáveis relativas às metas da matriz da linha guia – que descreve os objetivos estratégicos do PRMP –, denominadas no *quadro 1* como indicadores. Assim, a partir dos objetivos estratégicos dispostos, foram criados quatro domínios para agrupar as variáveis que possibilitaram a criação do IA (*quadro 1*), visto que, na linha guia do PRMP, constavam o objetivo estratégico e a porcentagem para o alcance da meta, sem a descrição de quais indicadores compunham cada objetivo. Cada domínio era composto por subdomínios, como descrito no *quadro 1*, os quais se referiam aos dados coletados pelos pesquisadores com instrumento elaborado para investigação.

Uma vez selecionadas as variáveis, e organizadas em seus respectivos domínios, suas frequências relativas observadas foram selecionadas e comparadas com as frequências relativas esperadas, definidas nas metas do PRMP. Para avaliar quanto da meta proposta pelo programa foi alcançado no município em estudo, calculou-se o IA mediante razão da somatória das frequências observadas nos dados coletados e somatório das frequências propostas pelo PRMP. O mesmo procedimento foi também realizado para cada um dos domínios avaliados, calculando a razão do somatório das frequências relativas observadas e o somatório das frequências relativas esperadas (frequência absoluta) de cada domínio, para assim identificar os principais problemas relativos ao não atingimento da meta plena. Foram consideradas frequências esperadas equivalentes a 100% para os itens: número de consultas realizadas e

registradas na CSC; avaliação clínica, avaliação do resultado dos testes; avaliação do calendário vacinal; preenchimento de dados da CSC (Perímetro Cefálico – PC, peso, estatura, resultados dos testes de triagem); realização de visita domiciliar; participação em atividades educativas e realização de consulta odontológica; registro de terceira dose da vacina Tetravalente/Pentavalente na CSC; busca ativa a faltosos; taxa de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) aos 4 meses e realização dos testes de triagem neonatal (testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçãozinho); estratificação de risco. Para o domínio ‘Satisfação Materna’, a frequência esperada foi de 80%, considerando as metas propostas pelo PRMP.

As participantes da pesquisa foram esclarecidas, com relação ao objetivo, da necessidade de concessão de nova entrevista, no sexto mês após a alta, por meio de visita domiciliar, agendada por contato telefônico, sobre o seguimento da criança no PRMP. Elas anuíram sua participação na pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trata-se uma pesquisa multicêntrica, que foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), sob parecer nº 2.053.304.

Resultados

A amostra do estudo se caracterizou por mulheres com idades entre 17 e 43 anos, que, em sua maioria, residiam com três a cinco outros moradores, sendo que tais domicílios apresentavam entre três e seis cômodos, em média. A maioria dos casais tinha um ou dois filhos (n=96; 69%), sendo que a maior parte das usuárias tinha completado o ensino médio (n=55; 39,5%), tinham ocupação remunerada (n=84; 60,4%) e não recebia nenhum benefício de programas de transferência de renda (n=128; 92%). Por fim, quanto à escolaridade paterna, a maior parte apresentou ensino médio completo (n=37; 26,6%). Estes dados são observados na *tabela 1*.

Tabela 1. Demonstrativo das variáveis socioeconômicas. Cascavel (PR), Brasil (n=139)

Características sociodemográficas	Categoria	Frequência	%
Idade materna	17-20 anos	21	15,1
	21-24 anos	36	25,9
	25-28 anos	35	25,1
	29-32 anos	21	15,1
	33-36 anos	15	10,8
	37-40 anos	6	4,3
	41-43 anos	5	3,6
Raça	Branca	101	72,6
	Negra	5	3,6
	Parda	30	21,5
	Amarela	2	1,4
	Sem registro	1	0,7
Situação conjugal	Com companheiro	127	91,3
	Sem companheiro	12	8,6
Número de moradores na residência	2	4	2,8
	3	39	28
	4	47	33,8
	5	31	22,3
	6	10	7,1
	7	4	2,8
	8	4	2,8
Número de filhos	1	48	34,5
	2	48	34,5
	3	30	21,5
	4	8	5,7
	5	4	2,8
	6	1	0,7
Escolaridade materna	Fundamental completo	17	12,2
	Fundamental incompleto	33	23,7
	Médio completo	55	39,5
	Médio incompleto	18	12,9
	Superior completo	8	5,7
	Superior incompleto	8	5,7
Escolaridade paterna	Fundamental completo	26	18,7
	Fundamental incompleto	36	25,9
	Médio completo	37	26,6
	Médio incompleto	17	12,2
	Superior completo	3	2,1

Tabela 1. (cont.)

Características sociodemográficas	Categoria	Frequência	%
Escolaridade paterna	Superior incompleto	3	2,1
	Não sabe informar	12	8,6
	Sem registro	5	3,6
Ocupação materna	Remunerada	84	60,4
	Não remunerada	54	38,8
	Sem registro	1	0,7
Renda	Sem renda	1	0,7
	<900 reais	1	0,7
	900-1.500	35	25,1
	1.600-2.500	43	30,9
	2.600-3.800	29	20,8
	4.000-4.800	10	7,2
	5.000-6.000	4	2,8
	6.000-9.000	1	0,7
	Não informou	2	1,4
	Não sabe	5	3,5
Bolsa Família	Sem registro	8	5,7
	Sim	8	5,7
	Não	128	92
	Sem registro	3	2,1

Fonte: Elaboração própria. Instrumento coleta de dados pesquisa, Cascavel (PR), Brasil, 2018.

Os itens avaliados para cálculo do IA basearam-se na matriz proposta pelo PRMP para monitoramento da implementação deste nas regionais e nos municípios do Estado, e estão descritos na *tabela 2*.

Em relação ao primeiro objetivo relacionado ao domínio ‘Satisfação Materna’, especificamente no que se refere ao seguimento da criança, foram avaliados os subitens: número de consultas realizadas e registradas na CSC, bem como a satisfação materna em relação ao atendimento. Foi evidenciada uma frequência relativa de 68% de satisfação das usuárias.

No segundo objetivo, que se refere ao domínio ‘Acompanhamento na Puericultura’, foram utilizados os parâmetros adotados pelo PRMP em relação à avaliação clínica, avaliação

do resultado dos testes, avaliação do calendário vacinal, ao preenchimento de dados da CSC (PC, peso, estatura, resultados dos testes de triagem), à realização de visita domiciliar, participação em atividades educativas e realização de consulta odontológica. Esse objetivo alcançou um IA de 67%.

No terceiro objetivo, caracterizado pelo domínio ‘Qualidade e Resolubilidade na Assistência’, foram avaliados o registro de terceira dose da vacina Tetravalente/Pentavalente na CSC, a busca ativa a faltosos, a taxa de AME aos 4 meses e a realização dos testes de triagem neonatal (testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçãozinho), sendo possível identificar um IA de apenas 55%.

Por fim, o quarto objetivo condizente com o domínio 'Estratificação de Risco', identificou que o IA foi de apenas 6%, evidenciando-se, portanto, índices insatisfatórios entre os

domínios analisados. A estratificação de risco não está acontecendo de maneira sistemática, o que prejudica os encaminhamentos e o seguimento adequado da criança.

Tabela 2. IA em relação às metas alcançadas conforme os objetivos PRMP, Cascavel (PR), Brasil, 2018

Domínios	Proposta	Frequência da meta		IA por domínio
		Proposta PRMP (FP)	Observada estudo (FO)	
1. Satisfação Materna	1.1 Atendimento até o sexto mês (pelo menos cinco consultas);	1,00	0,4964	68%
	1.2 Satisfação.	0,80	0,7266	
2. Acompanhamento na Puericultura	2.1 Avaliação clínica geral (exame físico);	1,00	0,6691	67%
	2.2 Avaliação do resultado da Triagem Neonatal	1,00	0,4748	
	2.3 Avaliação do calendário vacinal;	1,00	0,5468	
	2.4 Preenchimento da CSC - Peso;	1,00	0,9060	
	2.5 Preenchimento da CSC - Estatura;	1,00	0,8920	
	2.6 Preenchimento da CSC - PC;	1,00	0,9140	
	2.7 Preenchimento da CSC - testes;	1,00	0,4748	
	2.8 Visita domiciliar logo após o nascimento;	1,00	0,5396	
	2.9 Mães participam de atividades educativas;	1,00	0,0144	
	2.10 Consulta odontológica em menores de 1 ano.	1,00	0,3166	
3. Qualidade e Resolubilidade na Assistência	3.1 Número de crianças menores de 1 ano vacinadas com a terceira dose da Tetravalente/Pentavalente;	1,00	0,5468	55%
	3.2 Busca ativa a faltosos;	1,00	0,0647	
	3.3 Taxa de prevalência de AME em menores de 4 meses;	1,00	0,5827	
	3.4 Teste do Pezinho;	1,00	0,9856	
	3.5 Teste da Orelhinha;	1,00	0,9496	
	3.6 Teste do Olhinho;	1,00	0,9568	
	3.7 Teste do Coraçãozinho.	1,00	0,9712	
4. Estratificação de Risco	4.1 Estratificação do Risco.	1,00	0,0576	6%
IA Geral	Somatório.	19,80	12,0860	61%
	Proporção sobre a meta.			

Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa multicêntrica 2017-2018.

Discussão

O IA obtido na análise dos dados será discutido em relação a cada domínio estabelecido no estudo.

Satisfação Materna

O PRMP propõe que 100% das crianças sejam acompanhadas até o sexto mês pelas unidades de saúde e almeja que 80% das

usuárias-mães dessas crianças estejam satisfeitas com a assistência prestada. No entanto, os dados encontrados apontaram que 49,6% (FO=0,4964) das crianças em estudo foram acompanhadas e a satisfação materna foi de 72,6% (FO=0,7266), obtendo-se, assim, um IA no domínio 'Satisfação Materna' de 68%. O vínculo estabelecido entre a equipe e a família se configura, em tecnologia leve na atenção primária, como ferramenta primordial para a construção do plano de cuidados e, por conseguinte, para uma adesão maior aos programas propostos pela unidade de saúde, bem como aos tratamentos indicados.

O IA encontrado demonstra que a meta estabelecida pelo PRMP não foi atingida. Assim, o vínculo e o acesso ao serviço impossibilitam a adesão adequada ao seguimento da criança. Estabelecer vínculo entre a equipe e a família, promovendo o apoio profissional às famílias, aumenta as chances de sucesso no cuidado do recém-nascido^{15,16}. Contudo, mesmo sendo ofertado o acesso pela disponibilização dos atendimentos, o agendamento de consultas programadas é um dos fatores que interferem na adesão e participação das mães nas consultas de puericultura. Constata-se que falta de vínculo entre profissional e família compromete a longitudinalidade do cuidado à criança¹⁷, apontando para uma menor busca pelo serviço para o seguimento da criança após o parto.

Assim, percebe-se que, apesar de a maioria das mães ter relatado satisfação em relação ao atendimento, a adesão às consultas não acontece conforme o preconizado, observando-se, em média, menos de cinco consultas realizadas até o sexto mês de vida. Diante desse cenário, a partir da frequência observada (0,4964) dessas consultas, foi verificado que, nesse aspecto, o PRMP é considerado insatisfatório, o que também foi observado em estudo realizado¹⁸ no município de Palmital (PR). Tem-se, portanto, um paradoxo em que, mesmo tendo as mães relatado satisfação com o atendimento prestado, elas ainda não estão comparecendo em todas as consultas agendadas, ou ainda, verifica-se que as consultas não estão sendo

agendadas/programadas conforme preconiza o PRMP. Esta situação põe em risco a saúde das crianças, visto que o acompanhamento mais frequente nos primeiros meses de vida é considerado o período 'ouro' para a detecção precoce de anormalidades, bem como para o encaminhamento de intervenções que, se não realizadas, podem comprometer o desenvolvimento da criança de maneira irreversível¹⁸. Para tanto, se faz necessário um esforço maior das equipes de atenção primária, no intuito de sensibilizar as mães a comparecerem às consultas e, ainda, na organização do processo de trabalho, a fim de garantir o número de consultas adequadas, conforme o preconizado para garantir a qualidade da atenção prestada à criança.

Acompanhamento na Puericultura

Em relação ao objetivo acompanhamento da criança na puericultura, as mães eram questionadas sobre os procedimentos realizados durante a consulta de puericultura. Com base nesses dados, evidenciou-se que o profissional realizava os procedimentos inerentes a esse domínio, mas, na maioria das vezes, não realizava o registro adequado na CSC, o que trouxe limitações ao presente estudo. Em estudo qualitativo com profissionais médicos, estes relatam que encontram dificuldades na manipulação da CSC, e que esta não facilita o atendimento¹⁰. Em estudo¹⁹ realizado no Recife (PE), no entanto, verificou-se que todos os enfermeiros fizeram os registros das medidas antropométricas (peso, estatura, PC), isto se contrapondo ao que foi aqui identificado, quando ainda se percebem falhas de registro, principalmente em relação ao preenchimento dos resultados dos testes do Pezinho com registro inferior a 50% (FO=0,4748), apesar de terem sido realizados na maioria das crianças acompanhadas (FO=0,9856).

Pressupõe-se que os resultados não estão sendo avaliados pelo profissional, o que caracteriza o objetivo primordial dos testes de triagem neonatal, que é a captação precoce das

crianças com doenças detectáveis por esses testes. Os dados relativos às medidas da criança (peso, estatura e PC) foram mais satisfatórios (FO=0,9060; FO=0,8920; FO=0,9140), demonstrando maior frequência de registros. Detectou-se, ainda, frequência observada insatisfatória em relação à realização da visita domiciliar (FO=0,5396), ações educativas (FO=0,0144) e consulta odontológica (FO=0,3166), refletindo em assistência baseada ainda no modelo tradicional, pouco voltada à prevenção. O PRMP tem como meta 100% de alcance para todos estes quesitos, contudo, os dados do presente estudo demonstram IA de 67%.

Na busca de uma real mudança no modelo assistencial de saúde vigente, a atenção primária como coordenadora do cuidado torna-se um pilar estruturante deste processo. Para tanto, deveria voltar-se a uma assistência embasada na prevenção de agravos, com o envolvimento de ações educativas na rotina dos profissionais, visando à promoção do autocuidado. Outro aspecto relevante é o desenvolvimento de habilidades no cuidador, pois fortalece as estratégias domiciliares para o cuidado adequado com a criança, e também promove um espaço para sanar dúvidas, ensinar o cuidado e agir com segurança e harmonia, buscando a superação das dificuldades relacionadas ao despreparo^{15,16}. Evidencia-se, assim, que esta prática deve ser incluída no plano de cuidados e desenvolvida de maneira rotineira, visando a uma atenção integral e longitudinal, superando os desafios no âmbito da saúde da criança.

Qualidade e Resolubilidade na Assistência

Em relação à qualidade da assistência, os princípios de redução dos indicadores de morbimortalidade infantil, vacinação total da população e manutenção do aleitamento materno são práticas que evitariam milhares de mortes em crianças menores de cinco anos¹.

Referente à cobertura vacinal, o indicador é insatisfatório (FO=0,5468), o que tem causado preocupação em relação ao ressurgimento de

doenças e, ainda, mortes evitáveis, principalmente em menores de 1 ano. Evidenciada em estudo realizado em Minas Gerais²⁰ e corroborada pelos presentes dados, verificou-se a elevação do número de casos de coqueluche, entre 2015 (38 casos confirmados) e 2017 (42 casos suspeitos e 2 confirmados), e em 2018, no período de janeiro a setembro, quando houve 7 casos confirmados²¹. Uma estratégia que poderia melhorar esse indicador seria a busca ativa pela unidade de saúde da atenção primária, mas esta é pouco utilizada pelas equipes (FO=0,0647), contrapondo-se ao preconizado nas metas do PRMP.

Em relação ao aleitamento materno, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam o AME até o sexto mês. Porém, como parâmetro avaliativo, o PRMP utiliza a cobertura de 100% de AME até o quarto mês de vida. Mesmo diante de sua comprovada importância, o aleitamento materno ainda apresenta indicadores insatisfatórios (FO=0,5827), quando comparados com estudo desenvolvido em Portugal, no qual a taxa de manutenção do aleitamento materno aos 4 meses foi de 78,7%²². No entanto, mesmo a baixa adesão ainda foi maior do que as taxas apresentadas em estudos brasileiros realizados em Uberlândia (MG)²³ (50,6%), Porto Alegre (RS)²⁴ (47,1%) e Londrina (PR)²⁵ (53,7%). Neste sentido, o aconselhamento e apoio às mães e à família, nos primeiros meses de vida, se tornam fundamentais, formando uma rede de apoio que pode auxiliar na superação das dificuldades e dúvidas comuns desta fase²⁶.

Outro indicador para avaliar a qualidade e resolubilidade na assistência são os testes de triagem neonatal. Com o estudo, constatou-se que os testes foram realizados na maioria das crianças (FO=0,9856; FO=3.5=0,9496; FO=0,9568; FO=0,9712), mesmo quando não estavam registrados no prontuário. Porém, quando houve falhas em algum equipamento, alguns testes acabaram não sendo realizados, e isso gerou queixas das mães, pois algumas relataram que não foram informadas quando os equipamentos voltaram a funcionar, ficando,

assim, sem realizar os testes e comprometendo possíveis diagnósticos precoces.

Portanto, o IA identificado no presente estudo, para o domínio 'Qualidade e Resolubilidade na Assistência', foi de 55% alcançados entre as usuárias investigadas, demonstrando fragilidades nas estratégias de prevenção e captação precoce de doenças em crianças, o que pode comprometer a integralidade do cuidado, um dos princípios da atenção primária. Deste modo, se faz necessário desfrAGMENTAR o cuidado, melhorando a responsabilização e o compromisso dos profissionais, indo ao encontro de uma assistência cada vez mais qualificada e resolutiva.

Estratificação de Risco

O PRMP estabelece a estratificação de risco para 100% das gestantes e crianças, como elemento orientador para a organização da rede em seus diversos níveis de atenção. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e dos dados epidemiológicos, permitindo a organização dos serviços para oferecer o recurso assistencial mais adequado⁵.

No contexto do estudo realizado, esse domínio foi o que recebeu menor pontuação, pois, na maioria das CSC, não está registrada a estratificação de risco da criança. A despeito de sua importância, não tem sido vista como prioridade na condução da puericultura e nos encaminhamentos realizados pela equipe. Apesar de o risco intermediário ter sido considerado como diferencial no Estado do Paraná, diante do Rede Cegonha, os profissionais não incorporam esta prática em seu cotidiano de trabalho¹⁰.

Frente ao IA de 6% detectado neste estudo, não se tem parâmetros para avaliar como estão acontecendo os acompanhamentos, de acordo com a classificação risco habitual, intermediário e alto risco. Desse modo, houve a necessidade de busca manual nos arquivos do Programa Ninar do município em estudo, o qual tem o objetivo de reduzir o índice de morbimortalidade infantil, por meio do

desenvolvimento de ações técnicas, capazes de identificar e intervir nos fatores de risco. Obtiveram-se informações nas Declarações de Nascidos Vivos dos 139 recém-nascidos da amostra e fez-se a classificação de risco dessas crianças, seguindo as diretrizes propostas no PRMP. Constatou-se que 106 (76,2%) foram classificadas como de risco habitual; 12 (8,6%), como risco intermediário; e 21 (15,1%), como alto risco. Entretanto, não foi possível analisar se essas crianças de risco intermediário e alto risco foram posteriormente acompanhadas em ambulatórios especializados, pois não foram encontrados registros nas CSC durante a entrevista com as usuárias. A não realização da estratificação de risco (ou a classificação inadequada da criança) pode ocasionar consultas desnecessárias para o risco habitual e até mesmo seguimento inadequado das crianças de risco intermediário e alto risco. Desta forma, compromete-se o seguimento da criança após o parto, o qual vislumbra o desenvolvimento e crescimento adequado de todas as crianças nascidas e atendidas pelo PRMP.

Considerações finais

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou o estabelecimento de índices avaliativos para cada objetivo do PRMP. Oito anos após a sua implantação, podem-se constatar os pontos fortes em relação à satisfação materna, importante indicador para o estabelecimento de estratégias para os profissionais de saúde que atuam junto aos usuários. Os testes de triagem estão sendo realizados na maioria das crianças, refletindo uma melhoria na qualidade da assistência prestada e detecção precoce de doenças. Em contrapartida, o PRMP ainda apresenta pontos que necessitam ser fortalecidos, principalmente em relação à vacinação, pois o ressurgimento de doenças já erradicadas mostra que a falha vacinal nas crianças tem como impacto o surgimento de epidemias.

Outro ponto a ser considerado é a falha no registro das atividades dos enfermeiros, o que não permite que outros profissionais possam comparar os dados anteriores com os dados atuais da criança, assim dificultando o seguimento. Em relação à estratificação de risco, vista como um diferencial no PRMP, pelo fato de organizar a assistência e direcionar as condutas e práticas, constatou-se que não está sendo realizada de maneira uniforme no município do estudo, dificultando os direcionamentos no seguimento da criança de risco pelo PRMP.

Dessa maneira, entende-se que, para se trabalhar em rede, é fundamental que todos os pontos de atenção necessários ao cuidado materno-infantil estejam conectados, para o seu bom funcionamento, minimizando, assim, a fragmentação, o desperdício de recursos e a ineficiência. Espera-se que esses dados contribuam e instiguem novos estudos sobre a temática, sempre buscando garantir a integralidade da assistência e um crescimento e desenvolvimento saudável às crianças.

Colaboradores

Santos DR (0000-0002-3521-7272)*, Viera CS (0000-0002-0900-4660)* e Ferrari RAP (0000-0003-0157-7461)* contribuíram para a concepção e delineamento do estudo; a aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. Guimarães ATB (0000-0002-3633-6484)* contribuiu para a concepção e delineamento do estudo; a aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Toso BRGO (0000-0001-7366-077X)* contribuiu para revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Victora CGV, Aquino EML, Leal MC, et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Saúde no Brasil* [internet]. 2011 [acesso em 2018 fev 17]; 2:32-46. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf.
2. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* [internet]. 2009 [acesso em 2018 set 12]; 19(2):313-326. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/14348>.
3. Cassiano ACM, Carlucci EMS, Gomes CF, et al. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Rev. Serv. Públ.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 set 16]; 65(2):227-244. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>.
4. Restrepo-Méndez MC, Barros AJ, Requejo J, et al.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Revista Panamericana de Salud Pública* [internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 2]; 38(1):9-16. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n1/09-16/en>.
5. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*. Paraná: Sesa, 2018. [acesso em 2018 jul 30]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf.
 6. Frank BRB, Toso BRGO, Viera CS, et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jun 5]; 40(109):163-174. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610913>.
 7. Baggio MA, Pereira FDC, Guimarães ATB, et al. Programa Rede Mãe Paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 20]; 21(3):1-10. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483653826007>.
 8. Netto A, Silva RMMD, Santos MF, et al. Mortalidade Infantil: avaliação do Programa Rede Mãe Paranaense em regional de saúde do Paraná. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 fev 6]; 22(1):01-08. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483654742008>.
 9. Demiti JMG, Gasquez ADSA. Rede Mãe Paranaense: análise comparativa da mortalidade materno infantil entre estado e município. *Revista Uningá Review* [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 15]; 30(1):6-10. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2006/1600>.
 10. Rocha RRM, Caldeira S, França AFO, et al. Percepção de médicos sobre a implantação e desenvolvimento do programa rede mãe paranaense. *Rev. Pesq. Qualit.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 5]; 5(7):143-167. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/48/69>.
 11. Rocha RRM, Ferreira AFO, Zilly A, et al. Conhecimento e perspectiva de enfermeiros na rede de atenção materna e infantil do Paraná. *Ciência, Cuidado e Saúde* [internet]. 2018 [acesso em 2018 jul 14]; 17(1):1-7. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39235/pdf>.
 12. Arretche M. Avaliação de políticas públicas é objeto de pesquisa [internet]. *Comciencia, SBPC/Labjor*. 2002 [acesso em 2018 jul 15]. Disponível em: <http://www.comciencia.br/dossies-1-72/entrevistas/ppublicas/arretche.htm>.
 13. Prefeitura Municipal de Cascavel, Secretaria Municipal de Saúde [internet]. [acesso em 2019 set 15]. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/?pg=subportal&chave=13#/tipo/pagina/valor/225>.
 14. Magalhães R. Implementação de programas multies-tratégicos: uma proposta de matriz avaliativa. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 8]; 19(7):2115-2123. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/cartao/2014.v19n7/2115-2123>.
 15. Brambila ILM, Oliveira TP, Silva JM, et al. O cuidado domiciliário ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida: experiência dos pais. *Rev. Diálogos & Saberes* [internet]. 2016 [acesso em 2018 fev 12]; 11(1):73-92. Disponível em: <http://www.fafiman.br/seer/index.php/dialogosesaberes/article/view/367/350>.
 16. Lopes KDCL, Oliveira Neto JGD, Sá GGDM, et al. Dificuldades nos cuidados ao recém-nascido: realidades de puérperas primíparas. *Rev. Saúde Públ. Santa Catarina* [internet]. 2015 [acesso em 2017 out 2]; 8(3):19-33. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/351/317>.
 17. Reichert APDS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 mar 3]; 21(8):2375-2382. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/cartao/2016.v21n8/2375-2382>.

18. Baratieri T, Soares LG, Botti ML, et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. *Rev. Enferm. UFSM* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 14]; 4(1):206-216. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8553/pdf>.
19. Carvalho EB, Sarinho SW. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Enferm. UFPE* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 12]; 10(6):4804-4812. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11259>.
20. Castro JM, Borja-Cabrera GP. Avaliação da Cobertura Vacinal em Menores de Cinco em um Município do Leste de Minas Gerais. *Ensaios e Ciênc.: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2017; 21(1):36-41.
21. Prefeitura do Município de Cascavel, Secretaria Municipal e Saúde. *Vigilância Epidemiológica. Dados Epidemiológicos*. Cascavel: Sesau; 2018.
22. Romão P, Durão F, Valente S, et al. Aleitamento materno: o que mudou em 12 anos. *Nascer e Crescer* [internet]. 2017 [acesso em 2018 set 18]; 26(3):171-177. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v26n3/v26n3a03.pdf>.
23. Pacífico L, Salustiano Q. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 20]; 34(1): 28-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a06v34n1>.
24. Campagnolo PDB, Louzada MLC, Silveira EL, et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev. Nutr.* [internet]. 2012 [acesso em 2017 nov 22]; 25(4):431-439. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000400001&lng=pt&tlng=pt.
25. Souza SNDG, Migoto M T, Rossetto EG, et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul. Enferm.* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 19]; 25(1):29-35. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39116>.
26. Pivetta HMF, Braz MM, Pozzebon NM, et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados: uma revisão de literatura. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* [internet] 2018 [acesso em 2018 nov 22]; 17(1):95-101. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/12783/16432>.

Recebido em 15/03/2019

Aprovado em 04/12/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Hospitais de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências: o que sua produção revela?

Medium-complexity hospitals in the Emergency Care Network: what does their production reveal?

Fabiane Gorni Borsato¹, Brígida Gimenez Carvalho¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012406

RESUMO Objetivou-se analisar a atuação de dois hospitais gerais públicos de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências de uma região de saúde, segundo dados de produção hospitalar. Realizou-se um estudo transversal, descritivo e quantitativo, com dados secundários referentes ao período de janeiro de 2016 a junho de 2017, obtidos dos hospitais, do serviço de auditoria do município, do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Evidenciou-se que 96,2% e 97,4% dos atendimentos nos hospitais A e B, respectivamente, foram a munícipes; a média de 70,8% dos atendimentos nos dois hospitais não foi regulada, sendo 72,3% e 65,2% para os hospitais A e B, respectivamente, com acesso por procura espontânea. Identificou-se que um baixo número de atendimentos de urgência evoluiu para internação; as Condições Sensíveis à Atenção Primária representaram uma média, nos dois hospitais, de 39,3% (17% a 20% dos gastos com internações). Mesmo constituindo referências regionais, esses hospitais demonstraram baixa atuação no atendimento de urgência a usuários de outros municípios, revelando necessidades de ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente locais, e buscando a qualificação dos mecanismos regulatórios e comunicativos regionais para a qualificação do acesso aos hospitais estudados.

PALAVRAS-CHAVE Hospitais. Regionalização. Assistência integral à saúde. Saúde pública.

ABSTRACT *The objective of this study aimed to analyze the performance of two general public hospitals of medium complexity in the Attention to Emergency Care Network of a health region, according to hospital production data. A cross-sectional, descriptive and quantitative study was carried out, with secondary data for the period from January 2016 to June 2017, obtained from hospitals, municipal audit service, Hospital Information System of the Unified Health System and Brazilian National Registry of Healthcare Establishments. It was evidenced that 96.2% and 97.4% of the attendances at hospital A and B, respectively, were from citizens; the average of 70.8% of the attendances in both hospitals was not regulated, being 72.3% and 65.2% for hospital A and B, respectively, with access by spontaneous search. A low number of emergency health care that evolve to hospitalization was identified; Primary Care Sensitive Conditions represented an average, in both hospitals, of 39.3% (17%-20% of hospitalization expenses). Although constituting regional references, these hospitals showed low performance in emergency care to users from other municipalities, revealing the need to expand access to health services, especially local, and seeking the qualification of regional regulatory and communicative mechanisms to qualify access to the studied hospitals.*

¹ Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
fgborsato@gmail.com

KEYWORDS *Hospitals. Regionalization. Comprehensive health care. Public health.*



Introdução

A atenção hospitalar integra uma importante área da assistência em saúde e exige discussões constantes no que se refere à implementação de políticas públicas, na medida em que esta área se torna mais complexa, acompanhando a aplicação das tecnologias em saúde; e onerosa, uma vez que corresponde a 2/3 dos gastos do setor saúde^{1,2}. Neste cenário, amplia-se a complexidade dos processos de gestão da área hospitalar, exigindo maior efetividade nos processos regulatórios, de financiamento, de gerenciamento de tecnologias e na administração dos recursos humanos e físicos.

Todo este movimento no sistema de saúde é reflexo das necessidades de um grupo aumentado de potenciais usuários, originados do crescimento da população idosa e de condições crônicas de saúde, que demandam de maior utilização de tecnologias em saúde³. Além disto, é constante a preferência, por parte da população, pelo modelo centrado nas tecnologias médicas, determinada historicamente a partir da ampliação do porte estrutural dos hospitais, constituindo-se em um nível assistencial hegemônico e de alto custo.

A regulamentação da atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) teve início logo a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988⁴ e, ao longo de 30 anos, documentos federais legislaram a respeito desse componente estrutural¹. Em 2013, a Portaria nº 3.390 instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), com diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo o perfil assistencial orientado pela demografia e epidemiologia do território⁵.

Mendes⁶ propõe alguns fundamentos para a organização e efetividade das RAS e de seus serviços constituintes:

- Economia de escala, acesso e qualidade: organização da RAS de maneira que serviços de menor economia de escala, cuja distância é fator de acessibilidade, sejam distribuídos

dispersamente; e aqueles com maior economia de escala sejam alocados concentradamente, considerando que a distância possui menor impacto sobre o acesso.

- Territórios sanitários: considerando a necessidade de planejar a assistência com base nas características do território e da população.

- Integração horizontal e vertical: a ‘integração horizontal’ acontece entre serviços de produção semelhantes, com adensamento da produção e ganhos em escala, enquanto a ‘integração vertical’ se dá entre unidades de produção de diferentes níveis de atenção, sob gestão única e com sistemas logísticos eficazes, permitindo gerar valor em rede.

- Processos de substituição: agrupamento de recursos entre e nos serviços de saúde, permitindo melhores soluções, com menor custo, em resposta às necessidades da população e dos recursos disponíveis.

- Níveis de atenção: são arranjos produtivos estruturados conforme densidades tecnológicas, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até a atenção secundária e terciária.

É de extrema importância considerar que a relação do sistema hospitalar com a APS deve acontecer de maneira estreita, sendo esta última designada como a coordenadora dos fluxos na RAS. No entanto, mesmo com importantes avanços na ampliação do acesso à APS⁷ e esforços na efetivação da atenção hospitalar, desafios são colocados aos gestores em saúde^{7,8}. Um deles consiste no fato de que os serviços hospitalares com unidades de Urgência e Emergência (UE) apresentam uma procura crescente de pacientes portadores de condições de saúde de menor urgência, originado da demanda reprimida de outros níveis de atenção, o que impõe um volume de atendimento além da capacidade instalada⁸. No Brasil, 90% dos atendimentos nos serviços de UE estão relacionados a casos

clínicos de menor complexidade, passíveis de cuidados na APS⁹.

Esta problemática impõe à gestão a necessidade de refletir sobre o papel do componente hospitalar nas RAS. Esta realidade não representa algo novo, e possui um potencial de agravamento conforme as doenças crônicas avançam, revelando necessidades de incorporação deste tema nas pautas referentes à implementação de políticas públicas e ao planejamento da gestão dos serviços partícipes das RAS.

O uso de dados estatísticos de produção consiste em uma ferramenta de grande valia para os gestores nas análises da situação de saúde, visto que geram informações e apoiam processos gerenciais e de planejamento da atenção hospitalar². Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar a atuação de dois hospitais gerais públicos de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências (RAU) de uma Região de Saúde (RS), segundo seus dados de produção hospitalar.

Material e métodos

Foi realizado um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários referentes à produção de dois hospitais públicos estaduais de uma RS. Estes, aqui nominados Hospital A e Hospital B, consistem em estabelecimentos de média complexidade, vinculados à Secretaria de Estado da Saúde e sob gestão municipal. São hospitais gerais que, segundo o Plano Diretor de Regionalização e o Plano de Ação Macrorregional Norte de Saúde de UE, correspondem a equipamentos de abrangência regional, compondo a RAU, com portas de entrada para atendimentos de usuários dos 21 municípios que compõem a referida RS. Localizam-se em um mesmo município, cuja população estimada para o ano 2018 foi de 563.943 mil habitantes, o que corresponde a 58% da população total da RS da qual é integrante e sede. Segundo os dados, o número de leitos corresponde a 114 no Hospital A e a 117 no Hospital B.

Foram coletados dados do período de janeiro de 2016 a junho de 2017, referentes aos atendimentos nas unidades de UE das instituições estudadas. Esses dados foram obtidos de relatórios disponibilizados pelos hospitais em estudo e pela Diretoria de Regulação da Atenção em Saúde (Dras) do município onde estes estabelecimentos estão localizados, que emitem, mensalmente, seus relatórios de auditoria operacional.

Ainda, utilizaram-se dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), referentes às internações resultantes dos atendimentos da unidade de UE, sendo esta considerada uma fonte suficientemente capaz de suprir as necessidades de coleta de dados desta pesquisa. A busca no SIH/SUS foi realizada via site do Departamento de Informática do SUS (Datasis), procedendo-se a exportação dos dados para o Programa TabWin, com posteriores cruzamentos.

Outros dados que apoiaram a discussão do presente estudo foram buscados nas bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os dados foram tabulados e analisados no Programa Microsoft Excel[®] e, posteriormente, foram apresentados por meio de gráfico e tabelas.

Para apoiar a análise e discussão dos resultados, utilizaram-se, como referencial, os Fundamentos das RAS propostos por Mendes⁶, apresentados na introdução.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital do Trabalhador/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, sob o parecer nº 2.454.544/2017 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 80493517.1.0000.5225.

Resultados

Os hospitais aqui estudados, estaduais e de referência regional para atendimentos a usuários de 21 municípios de uma RS, estão localizados em um mesmo município, que possui uma rede

assistencial com equipamentos dos três níveis de atenção às urgências, sendo eles: a APS; duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); os hospitais deste estudo e o nível terciário de atenção hospitalar, com uma instituição que atende, em sua totalidade, usuários do SUS; e dois hospitais terciários filantrópicos.

O Hospital A apresentou uma média mensal de 5.242 atendimentos a usuários que chegaram até a porta de UE; já em relação ao

Hospital B, este número foi de 2.764 atendimentos (*tabela 1*). Neste período de estudo, a Dras analisou, por meio de sua auditoria, 4.991 (95,2%) e 2.639 (95,5%) das buscas por atendimento nos hospitais A e B, respectivamente. Do total auditado, 96,2% dos atendimentos do Hospital A e 97,4% do Hospital B foram de usuários provenientes do município sede da referida regional de saúde, onde estes estabelecimentos estão localizados.

Tabela 1. Médias de atendimentos hospitalares por critério de regulação ou não regulação e resposta ao chamado por atendimento, nas Unidades de UE dos hospitais A e B, janeiro de 2016 a julho de 2017

	Média mensal de buscas por atendimento	Média mensal de buscas por atendimento auditadas	Média mensal de atendimentos efetivados (auditados)	Pacientes que não responderam ao chamado para atendimento	Atendimentos efetivados regulados	Atendimentos efetivados não regulados
	N	N	N	%	%	%
Hospital A	5.242	4.991	4.451	10,8	12,8	76,3
Hospital B	2.764	2.639	2.042	22,6	12,1	65,3
TOTAL	8.006	7.630	6.493	16,7	12,4	70,8

Fonte: Elaboração própria.

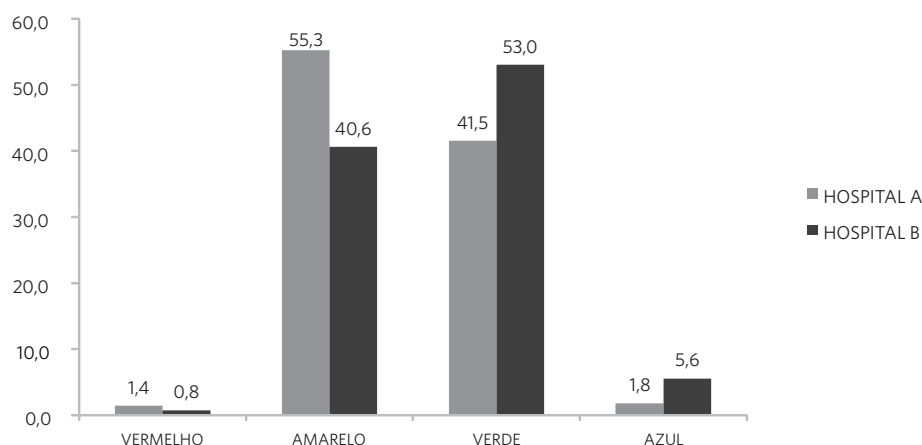
Do total auditado pela Dras, 4.451 e 2.042 atendimentos foram efetivados nos hospitais A e B, respectivamente. Considerando que uma média de 16,7% das buscas auditadas entre os dois hospitais foi de usuários que não responderam ao chamado para atendimento, foi possível analisar 83,2%, considerando o critério de regulação de casos. Do total de casos efetivados nas duas instituições, uma média de 12,4% foi regulada via Central de Regulação de Leitos (CRL), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Siate); e 70,8% dos casos não foram regulados (*tabela 1*).

Dos casos não regulados, a procura espontânea representou 72,3% para o Hospital A e de 65,2% para o Hospital B. Outras formas de acesso não regulado a estes estabelecimentos

hospitalares se deram por meio de encaminhamentos dos demais estabelecimentos da rede (Unidades Básicas de Saúde e prontos atendimentos) sem regulação formalizada.

As instituições estudadas contam com um protocolo de avaliação do risco dos pacientes que acessam os serviços de UE, com base nas diretrizes de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Os relatórios resultantes dessa metodologia de trabalho mostraram que apenas 1,4% e 0,8% dos usuários atendidos nas unidades de UE dos hospitais A e B, respectivamente, foram classificados na cor vermelha, representando casos de emergência médica. Observaram-se muitos casos de menor gravidade (classificações verde e azul), passíveis de atendimento em níveis primários de assistência à saúde, sendo, em sua maioria, de usuários que acessam via procura espontânea (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Distribuição das médias percentuais de atendimentos, segundo as categorias do AACR, nos hospitais A e B, de janeiro de 2016 a julho de 2017



Fonte: Elaboração própria.

Quanto à evolução dos casos atendidos nos hospitais estudados, observou-se que, do total de atendimentos efetivados nos hospitais A e B, apenas 364 (8,2%) e 326 (16%) casos, respectivamente, evoluíram para internação, a partir do atendimento à UE clínica e cirúrgica

(*tabela 2*). Excluem-se deste levantamento os casos das internações cirúrgicas eletivas que não se originam na unidade de UE, obtendo-se um total referente apenas às ‘internações originadas no atendimento de UE’.

Tabela 2. Média mensal das internações por caráter de atendimento (urgência/emergência e eletivas), realizadas nos hospitais A e B, no período de janeiro de 2016 a julho de 2017

Tipos de internações	HOSPITAL A		HOSPITAL B	
	Média		Média	
	N	%	N	%
Internações clínicas - urgência	303	58,9	319	60,6
Internações cirúrgicas de urgência	61	11,9	7	1,3
Internações cirúrgicas eletivas	150	29,2	201	38,1
Total de internações	514	100	527	100
Total de internações originadas do atendimento de UE	364	70,8	326	61,9

Fonte: Elaboração própria.

O Hospital B apresentou menor representatividade no que diz respeito às internações cirúrgicas de emergência, uma vez que não representa uma referência regional para estes tipos de procedimentos, realizando-os em menor volume. Ao mesmo tempo, essa mesma instituição apresentou um número ligeiramente superior de internações clínicas originadas da urgência. Considerando o maior volume de internações cirúrgicas provenientes de seu serviço de UE, o Hospital A se manteve com

uma média mensal maior de internações, totalizando 364/mês, ainda que ambas as unidades possuam um número aproximado de leitos.

Os dados mostram que as internações clínicas por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) representaram 39,3%, nos dois hospitais. Análise isolada da média de internações infantis nos dois hospitais observou que 44,9% ocorreram por CSAP, tendo maior valor o Hospital B, quando analisado separadamente (*tabela 3*).

Tabela 3. Distribuição dos números de internações nos hospitais de média complexidade A e B, e do percentual de internações por CSAP, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017

	Internações		Internações clínicas adulto e pediátricas		Internações pediátricas	
	Total	Total	% CSAP	Total	% CSAP	
HOSPITAL A	9.267	5.461	36,3	702	38,9	
HOSPITAL B	9.497	5.657	42,3	872	49,8	
TOTAL	18.764	11.118	39,3	1.574	44,9	

Fonte: Elaboração própria.

De todas as internações por CSAP, houve uma maior frequência de infecção de rins e trato urinário (29,2% para o Hospital A e 34,8% para o Hospital B), doenças pulmonares (15,6% para o Hospital A e 22,6% para o Hospital B), doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (15,1% para o Hospital A e 16,4% para o

Hospital B) e infecções de pele e tecido subcutâneo (10,3% para o Hospital A e 10,8% para o Hospital B).

Conforme mostra a *tabela 4*, os casos de internações por CSAP representaram 17,3% e 19,1% dos gastos com internações nos hospitais A e B, respectivamente.

Tabela 4. Valores totais gastos com as internações hospitalares nos hospitais A e B, valores e percentuais gastos por internações por CSAP, janeiro de 2016 a junho de 2017

Gastos com internações	HOSPITAL A	HOSPITAL B
Média mensal de gastos totais com internações	R\$ 284.283,58	R\$ 258.379,36
Média mensal de gastos com internações por CSAP	R\$ 40.763,33	R\$ 48.928,35
Média percentual de gastos com internações por CSAP	17,3%	19,1%

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

As instituições estudadas nesta pesquisa consistem em unidade hospitalares gerais de média complexidade, que se assemelham ao possuírem, como mantenedora, a Secretaria de Estado da Saúde, e o município como gestor, responsável pela administração de todo o sistema municipal de saúde, por meio da qual executa o repasse dos recursos provenientes do fundo nacional programados para o custeio da assistência de média e de alta complexidade em seu território. Contam, ainda, com o apoio de uma ação consorciada entre os municípios da região, que acontece por meio de repasse de recurso, contratação de pessoal e para o desenvolvimento de atividades cirúrgicas eletivas com abrangência regional, o que, no período de estudo, representou uma média mensal de 150 e 201 internações nos hospitais A e B, respectivamente. Desta maneira, a ação consorciada não revela uma atuação clara na articulação intermunicipal no âmbito da regionalização do atendimento de UE.

A esses hospitais são designados papéis importantes na composição da RAU regional e local, tendo ‘portas abertas’ os atendimentos que acontecem em grande volume, especialmente no Hospital A, o que permite inferir uma maior necessidade da população de seu território, bem como necessidades de análise da rede de saúde local disponível para o atendimento à demanda instalada.

A localização de ambos em um mesmo município mostra que existe uma concentração de economia de escala para atendimento aos usuários provenientes da região à qual pertencem⁶. No entanto, estas instituições revelam reduzida representatividade no atendimento às UE para os usuários dos demais municípios da região de saúde onde se inserem. Os dados mostram que grande percentual (96,2% no Hospital A e 97,4% no Hospital B) dos atendimentos foi de usuários provenientes do município onde esses estabelecimentos estão localizados, o que supera a representatividade populacional do município da referida RS (58% da população).

Dubeux, Freese e Felisberto¹⁰, em estudo realizado em unidades de urgência e emergência dos hospitais de referência regional do estado de Pernambuco, mostraram que 74,9% dos atendimentos realizados eram de usuários do município sede, e apenas 19% correspondiam àqueles provenientes de outros municípios da região de saúde. Pesquisa realizada na capital baiana, ao encontrar resultados semelhantes aos da presente pesquisa, sinaliza para a necessidade de discussões referentes à redistribuição da atenção secundária para a otimização de sua abrangência regional como forma de alcançar as metas colocadas em planos de regionalização e diminuir as barreiras de acesso aos serviços¹¹.

Mendes⁶, ao discorrer sobre os fundamentos necessários para a estruturação das redes, coloca a distribuição dos níveis de atenção e suas economias de escala de acordo com as necessidades da população em seus territórios, de maneira que recursos mais escassos (maior economia de escala), a exemplo dos hospitais, se coloquem à disposição da população de maneira mais concentrada, partindo do pressuposto da existência de um apoio de sistemas de referência e contrarreferência efetivos, e que extrapolem os limites do município.

A presente pesquisa mostrou que o acesso, além de geograficamente facilitado aos municípios, acontece, em sua grande maioria, por meio de procura espontânea, com grande parte dos usuários dos dois hospitais acessando os serviços de UE dessas instituições sem regulação. Grande parte dos usuários que acessam os serviços hospitalares de maneira espontânea tem estes serviços como primeiro local para atendimento, como apontou o estudo realizado na capital baiana, cuja instituição estudada foi o primeiro local de atendimento para mais de 70% dos pacientes¹¹. Diversos fatores são apontados como causas para esta situação: confiança/credibilidade depositada pelo usuário na assistência prestada pelo hospital e crescente valorização do desenvolvimento dos sistemas de saúde em torno das tecnologias e da assistência especializada (medicalização da saúde e hegemonia do modelo biomédico); acesso

geográfico facilitado; aspectos relativos aos processos de referência e contrarreferência; e experiências prévias não exitosas no atendimento a situações de urgência e emergência em outros níveis de atenção¹⁰⁻¹³.

Na lógica da RAS, a busca direta dos serviços hospitalares revela a informalidade construída pelos usuários na busca pela assistência à saúde, com a articulação de fluxos que respondam às suas necessidades, de maneira que as pactuações e normatizações estabelecidas no planejamento das ações e serviços de saúde pelos gestores não sejam efetivadas. A trajetória do usuário ramifica-se pelos serviços, pulverizando-se na medida em que os serviços se fragmentam e que as RAS se apresentam inefetivas. Neste sentido, os usuários buscam e criam maneiras informais para acessarem os serviços de saúde, articulando fluxos que respondam às suas necessidades¹⁴.

O município em questão possui, além dessas instituições à disposição da população, outros equipamentos de saúde para atendimento a urgência e emergência, como a APS, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais terciários, em atendimento à Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), cujos objetivos são a ampliação do acesso e o acolhimento de casos agudos em todos os componentes da rede¹⁵. No entanto, o contexto discutido neste estudo não apresenta o cumprimento das diretrizes dessa política, uma vez que as instituições absorvem grande parte dos usuários de outros níveis de atenção, sugerindo um modelo fragmentado de assistência à saúde dentro do território sanitário e demonstrando a inexistência de uma RAU articulada.

As duas unidades estudadas contam com a implementação do protocolo de AACR, que consiste em uma ferramenta baseada nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), e permite a classificação e estratificação dos casos atendidos na unidade de UE segundo sua gravidade, bem como orienta os fluxos do serviço para a redução de filas e do tempo de espera para o atendimento^{11,16}.

Os resultados apresentados, somados à alta procura espontânea nas unidades hospitalares estudadas, reforçam a necessidade de reorganização da rede de serviços com a potencialização dos demais equipamentos de saúde, já que os achados revelaram um grande número de atendimento de casos de menor gravidade (classificações verde e azul) e um reduzido número de atendimentos de casos de maior gravidade. Estes resultados assemelham-se aos de uma UE de um hospital de ensino, no interior do Estado de São Paulo, que apresentou apenas 2% dos casos classificados na cor vermelha, enquanto 67% foram classificados na cor verde¹².

Todas as internações clínicas realizadas em ambas as instituições provêm dos atendimentos realizados nos serviços de UE adulto e pediátricas, bem como as internações cirúrgicas de emergência. Como elemento complementar à análise realizada sobre o AACR, tem-se um baixo percentual de casos atendidos no serviço de UE que evoluem para internação, indicando que a maior parte dos casos não necessitaria de cuidados de internação hospitalar e poderia ser passível de atendimento em outras unidades de saúde. Uma análise realizada em estudo desenvolvido em hospital geral público no mesmo município mostrou uma aproximada relação entre o desfecho do atendimento de UE com a classificação do risco nos casos atendidos, já que a maioria dos casos de menor gravidade recebeu alta hospitalar após o atendimento médico¹⁷. Da mesma maneira, outra pesquisa mostrou que 74,1% dos usuários atendidos na unidade de UE receberam alta após a consulta e apenas 0,2% evoluiu para internação, enquanto os demais casos foram encaminhados para outros estabelecimentos de saúde¹².

Ao analisar os casos de internação por CSAP, o presente estudo revelou o importante impacto do funcionamento da APS local na atenção hospitalar ao apresentar um grande número de internações, cujas causas são passíveis de condução no nível primário de atenção, permitindo, também, realizar um diagnóstico sobre a relação e articulação deficiente existentes entre a APS e a atenção

hospitalar de média complexidade colocada em discussão^{18,19}. Para a classificação dos casos de internação por CSAP, a presente pesquisa utilizou a lista divulgada pelo MS em 2008²⁰ e elencou as causas dessas internações.

De todas as internações por CSAP, houve uma maior frequência de infecção de rins e trato urinário (29,2% para o Hospital A e 34,8% para o Hospital B), doenças pulmonares (15,6% para o Hospital A e 22,6% para o Hospital B), doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (15,1% para o Hospital A e 16,4% para o Hospital B) e infecções de pele e tecido subcutâneo (10,3% para o Hospital A e 10,8% para o Hospital B).

Estes achados contradizem outros estudos, que apontam as doenças crônicas como primeiras causas de busca por serviços de emergência, tal como aponta pesquisa que identificou como agravo mais referido a hipertensão arterial (51,1%), seguida da diabetes mellitus (18,9%), evidenciando potenciais fragilidades da APS na condução da prevenção e promoção da saúde no âmbito das doenças crônicas¹¹.

Neste estudo, os motivos de busca por atendimento de urgência nas portas hospitalares estudadas e as internações derivadas desses atendimentos, que, em seu conjunto não se constituem em agravos crônicos, levam a reflexões referentes ao acesso à APS no município e à efetividade do atendimento de urgência desse nível de atenção, que deveria se constituir em um componente e coordenador da rede. Estes dados reforçam o papel da APS, de intervenção em agravos semelhantes aos citados, em tempo hábil para a evitabilidade de complicações que levam a internações de pessoas vulneráveis. Mesmo considerando a APS como ordenadora das RAS, situações como a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a queda no potencial de resolução dos casos de saúde por este nível constituem-se em potenciais causas das hospitalizações evitáveis, em algumas regiões de saúde¹⁸. Mesmo que a ampliação da oferta de serviços da APS e melhorias no acesso tenham sido efetivadas em algumas regiões, existem evidências de que esses avanços não foram suficientes para alcançar a integralidade do cuidado¹⁴.

Ainda, a APS continua pouco reconhecida pelos usuários como local de cuidado e porta de entrada para acessar os outros níveis de atenção, prevalecendo a ideia de que este nível consiste em locais de oferta de pequenos procedimentos¹⁴. Esta informação confirma Cecílio et al.²¹, que referem que esta realidade se deve ao fato de que a APS

não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde.

Mesmo que evidências mostrem um grande percentual de casos de internações por CSAP, bem como necessidades de ampliação do acesso à APS, alguns avanços desvelados no caminhar do sistema de saúde brasileiro mostraram a relação inversa existente entre as internações por CSAP e as ESF, colocadas em discussão neste estudo. Pinto e Giovanella²², em estudo, apresentaram a ampliação de 2.054 para 41.619 equipes de ESF nos últimos 20 anos, seguida de uma redução na taxa de CSAP, de 120 para 66 internações/10 mil habitantes (redução de 45%), no período de 2001 a 2016. Souza e Peixoto¹⁹, com a análise dos gastos por estas condições, realizadas, no Brasil, no âmbito do SUS, nos anos de 2000, 2005, 2010 e 2013, revelaram uma expressiva redução em relação aos gastos totais do SUS, considerando que tal resultado pode decorrer da consolidação do nível primário, com a ampliação da cobertura da ESF e, conseqüentemente, a redução das CSAP, de 1999 a 2007.

O município no qual as instituições em estudo estão alocadas contou com um processo de qualificação da APS, a partir da implantação maciça da ESF, no ano de 2001, que, ao longo de alguns anos de estruturação, atingiu cobertura de 70% da população; e, em 2005, contou com 102 equipes de ESF²³. No período de 2008 a 2011, essa cobertura tendeu ao declínio e, em 2012, apresentou uma taxa de 50,6% da população atendida pela ESF²⁴. Ao final de 2016, contava com 86 equipes²⁵, o que, pelos parâmetros atuais²⁶,

equivale a uma cobertura populacional de apenas 47,1%. Esta mudança no panorama da APS e ESF pode ser considerada importante motivo para a alta procura espontânea nas unidades hospitalares, tanto pela dificuldade do nível primário para atender às demandas da população quanto pelas complicações das doenças crônicas, não submetidas a medidas de controle, que levam à necessidade de maior complexidade assistencial.

O atendimento de casos não compatíveis com a realidade hospitalar leva esse setor a encarar uma dificuldade na definição de seu perfil de atendimento, não permitindo que ele atenda às necessidades populacionais nem otimize seus recursos, como traça Mendes⁶, ao dispor a respeito dos processos de substituição como fundamentos de uma RAS. Pesquisa realizada em uma RAS de Florianópolis (SC) mostrou que existe uma demanda reprimida originada da APS, como consequência da restrição de acesso e indefinição de fluxos de referência e contrarreferência, o que gera sobrecarga às instituições hospitalares e falta de clareza quanto ao tipo de serviço prestado pelo nível secundário, além da incompreensão, por parte da população, sobre as atividades desenvolvidas nos hospitais²⁷.

Considerações finais

O cenário exposto neste estudo remete à necessidade de analisar o acesso aos serviços de saúde disponíveis à população nos diversos níveis de atenção, e adequados à realidade dos territórios sanitários.

No âmbito local, os achados sugerem que a gestão deveria rever a prioridade dada à APS na atualidade, analisando e rediscutindo o acesso à APS como equipamento importante no atendimento às urgências, e sua capacidade de resposta às necessidades da população, bem como na sua articulação com os demais níveis de atenção em saúde.

De maneira complementar, no âmbito da região de saúde, cabe aos atores envolvidos na gestão analisar as necessidades de potencialização do papel regional dos hospitais no

atendimento às urgências, e como componentes da RAU. Isso se daria por meio da otimização do acesso da população a níveis de atenção condizentes com suas necessidades ou, ainda, da qualificação dos mecanismos regulatórios e de comunicação, consistindo em um importante desafio mediante a inoperância do Estado como fator de dificuldades para o acesso aos serviços de saúde em níveis secundário e terciário²⁸.

Considerando o alto volume de internações por CSAP e os custos com este tipo de assistência, inovações na transição do cuidado são de grande valia, mediante a qualificação dos processos comunicacionais no movimento de retorno desses usuários da assistência hospitalar à APS, tendo, os hospitais, o papel contributivo na continuidade do cuidado, na prevenção de reinternações e redução dos custos assistenciais, bem como na indução da organização da rede.

Ajustes como esses permitiriam potencializar a representatividade dessas instituições nos limites regionais e na efetividade da RAU. Mas, ainda, devem-se levar em conta as necessidades de superação da dicotomia entre a atenção hospitalar e a APS, constituindo, entre elas, uma relação cooperativa. Ao mesmo tempo, não se pode desvalorizar a APS, como quem não cumpre seu papel na totalidade, visualizando seu potencial de integração nas RAS, com apoio dos sistemas regulatórios²⁹. Tampouco se deve pormenorizar a atenção hospitalar no julgamento ao hospitalocentrismo. Faz-se necessário buscar equilíbrio entre esses componentes da RAS, com sua integração em um sistema de governança regional capaz de potencializar o papel dos hospitais de média complexidade no atendimento às UE, permitindo a eles o cumprimento do papel que lhes é designado.

Colaboradores

Borsato FG (0000-0002-2977-1963)* e Carvalho BG (0000-0003-3850-870X)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Santos TBS, Pinto ICM. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. *Rev. Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 16]; 41(3):99-113. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0099.pdf>.
2. Aguiar FC, Mendes VLPS. Comunicação organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na gestão Hospitalar. *Rev. Perspectivas em Ciência da Informação* [internet]. 2016 [acesso em 2018 dez 2]; 21(4):138-155. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/2690>.
3. Farias DC, Araujo FO. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 13]; 22(6):1895-1904. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1895.pdf>.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial da União.* 30 Dez 2013. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
7. Garcia VM, Reis RK. Perfil dos usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de Urgência. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 10]; 67(2):261-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0261.pdf>.
8. Feijó VBER, Cordoni Junior L, Souza RKT, et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 12]; 39(106):627-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>.
9. Coelho CFCC, Stein AT. Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 2018 dez 15]; 18(2):112-20. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15091/10693>.
10. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis* [internet]. 2013 [acesso em 2018 dez 12]; 23(2):345-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200003.
11. Cruz DN, Cangussu MCT, Cristino OS, et al. Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jan 15]; 15(2):186-98. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/15706>.
12. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 25]; 19(3):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.
13. Arancibia E, Contreras JL, Fábrega R, et al. Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2014.

14. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 dez 15]; 23(6):1791-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1791.pdf>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 8 Jul 2011. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
17. Feijó VBER. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no Pronto-Socorro de um hospital escola [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2010. p. 93.
18. Souza LA, Rafael RMR, Moura ATMS, et al. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário. *Rev. Gaúcha Enferm.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 18]; 39:1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0067.pdf>.
19. Souza DK, Peixoto SV. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 25]; 26(2):285-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária [internet]. *Diário Oficial da União.* 18 Abr 2008. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
21. Cecílio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2012 [acesso 2018 nov 29]; 17(11):2893-2902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>.
22. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso 2018 dez 15]; 23(6):1903-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>.
23. Paraná. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Plano Municipal de Saúde 2008-2011. [internet] 2008. [acesso em 15 abr 2019]. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=6132013.
24. Paraná. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. [internet] 2014. [acesso em 15 abr 2019]. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=6132013.
25. Paraná. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. [internet] 2018. [acesso em 15 abr 2019]. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_2018_2021.pdf.
26. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota técnica indicadores: cobertura de equipes de saúde da família e de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
27. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, et al. *Rev. A atenção secundária em saúde: melhores práticas*

- na rede de serviços. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 20]; 21(esp):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf.
28. Fonseca JSA, Leal HMS, Silva DTF, et al. Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. Saúde Colet [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 23]; 23(10):3211-3222. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3211.pdf>.
29. Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? Rev. Saúde Pública [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 20]; (50):80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006602.pdf.

Recebido em 28/05/2019

Aprovado em 14/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidrogarresistente em Recife, Pernambuco, Brasil

Evaluation of care coordination of users with multi-drug tuberculosis in the city of Recife, Pernambuco State, Brazil

Denise Bezerra Marinho Barros¹, Juliana Martins Barbosa da Silva Costa², Yluska Almeida Coelho dos Reis³, Ana Coelho de Albuquerque¹, Eronildo Felisberto¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012407

RESUMO Trata-se de um estudo avaliativo de corte transversal que objetivou avaliar a coordenação do cuidado entre níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente em Recife, Pernambuco. A pesquisa foi realizada em três etapas: desenho do modelo lógico, elaboração da matriz de julgamento e análise normativa. Entrevistaram-se médicos e enfermeiros dos três níveis de atenção, bem como gestores do Programa de Controle da Tuberculose. Atribuiu-se pontuação a cada indicador da matriz de julgamento, sendo classificado como excelente ($\geq 75,0\%$), bom (50,0-74,0%), ruim (49,0%-25,0%) ou crítico ($< 25,0\%$). A coordenação do cuidado entre níveis de atenção foi considerada ruim (32,5%), assim como seus componentes coordenação administrativa (41,2%), da informação (32,0%) e da gestão clínica (31,0%). Percebeu-se que os níveis de atenção se organizam de forma separada, com falhas na interligação da rede de serviços, resultando na assistência descoordenada e fragmentada.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Tuberculose. Tuberculose resistente a múltiplos medicamentos. Atenção à saúde.

ABSTRACT This is a cross-sectional evaluative study aimed at evaluating the coordination of care between levels of attention to patients with multidrug-resistant tuberculosis in the city of Recife, State of Pernambuco. It was carried out in three stages: intervention design, elaboration of the judgment matrix and normative analysis. Also physicians and nurses from the three levels of care were interviewed as managers of the Tuberculosis Control Program. Values were assigned to each indicator of the judgment matrix, which was classified as excellent ($\geq 75\%$), good (50% -74%), poor (49% -25%) and critical ($<25\%$). Coordination of care between care levels was considered poor (32.5%), as were administrative coordination (41.2%), information (32.0%) and clinical management (31.0%). It was revealed that the levels of attention are organized separately, with failures in the interconnection of the service network, resulting in uncoordinated and fragmented assistance.

KEYWORDS Health evaluation. Tuberculosis. Tuberculosis resistant to multiple medicines. Health care.

¹Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Boa Vista (PE), Brasil. barrosdenise27@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro Acadêmico do Agreste (CAA) – Recife (PE), Brasil.

³Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE), Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS) – Recife (PE), Brasil.



Introdução

Os sistemas de saúde dos países da América Latina são caracterizados por altos níveis de fragmentação nos seus serviços, dificultando aspectos como a constituição de redes integradas¹, que têm como um dos atributos a existência de mecanismos da coordenação do cuidado². Assim, coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde prestados a determinado paciente, que, independentemente do local onde sejam disponibilizados, operem de forma sincronizada e voltada ao alcance de um objetivo comum^{3,1}. Para Starfield⁴, a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessa informação, na medida em que está relacionada às necessidades do atendimento. Essa coordenação pode ser dividida em coordenação da informação, coordenação da gestão clínica e coordenação administrativa^{5,6}.

A tuberculose (TB) é uma condição crônica e continua sendo um importante problema de saúde mundial. Dentre seus maiores problemas ao longo dos anos um dos mais preocupantes e discutidos tem sido o fenômeno da multirresistência⁷. No Brasil, considera-se caso de tuberculose multidrogarresistente (TB-MDR) aquele com diagnóstico confirmado por cultura e identificação de *Mycobacterium tuberculosis* e por teste de sensibilidade com resistência à rifampicina e isoniazida e a mais um terceiro fármaco dos esquemas padronizados^{6,7}. A resistência às drogas está associada à ineficiência dos serviços de saúde no que diz respeito principalmente à capacidade de detecção precoce de casos novos e dos desfechos desfavoráveis como as falências e o abandono ao tratamento. Essa forma da tuberculose exige assistência mais complexa, pois esses pacientes necessitam de gerenciamento para manejo e cuidado ao longo do tempo, ou seja, de continuidade da assistência, de forma a garantir a adesão e o tratamento em longo prazo^{6,8}.

Dentre os problemas para o seu controle

está também a organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos. Por ser uma doença de grande transmissibilidade, além de condição crônica, seu acompanhamento requer monitoramento constante e a atenção deve ser desenvolvida de modo integrado. Ela deve ser tratada e acompanhada em centros de referência por profissionais especializados e por equipe multidisciplinar, com articulação entre todos os níveis de atenção, para que haja controle efetivo da doença^{6,7}. Portanto a coordenação é fundamental nesse processo, pois garante a articulação entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos na assistência aos pacientes^{1,4}.

Percebe-se que os serviços de saúde que prestam assistência aos usuários com TB-MDR apresentam problemas com os mecanismos de coordenação, pois há descontinuidade do fluxo de informação e inexistência de um sistema que os integre e otimize o seguimento do paciente, comprometendo o cuidado⁷. Um sistema de atenção centralizado apresenta dificuldade em proporcionar cuidado continuado a esses usuários, resultando no insucesso do tratamento^{9,10}. Isso, porque o modelo de atendimento do SUS é baseado na hierarquização das ações e serviços por níveis de complexidade e acontece em três níveis de atenção de diferentes densidades tecnológicas⁵.

Assim, admitindo que uma coordenação eficaz pode proporcionar assistência adequada aos usuários com TB-MDR¹¹, este estudo tem como objetivo avaliar a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com TB-MDR na rede de serviços de saúde do município de Recife, Pernambuco.

Material e métodos

Delineamento

Pesquisa avaliativa de corte transversal, que adotou o estudo de caso único como meio de investigação¹²; o município de Recife foi eleito

como unidade de análise e o estudo de caso investigou a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com TB-MDR.

Contexto

A pesquisa foi realizada em Recife, capital pernambucana, município que, ao longo dos últimos anos, tem apresentado resultados preocupantes no que diz respeito aos indicadores de tuberculose. Em 2016, apresentou a maior taxa de mortalidade (6,4/100 mil hab.), e, em 2017, registrou a terceira maior incidência (85,5/100 mil hab.) entre as capitais brasileiras¹³. Com relação à atenção básica, a cobertura estimada é de 73,0%, sendo 59,0% de Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por 130 unidades e 276 equipes, e 14,0% de Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS)¹⁴.

Etapas do processo avaliativo

O estudo foi realizado em três etapas:

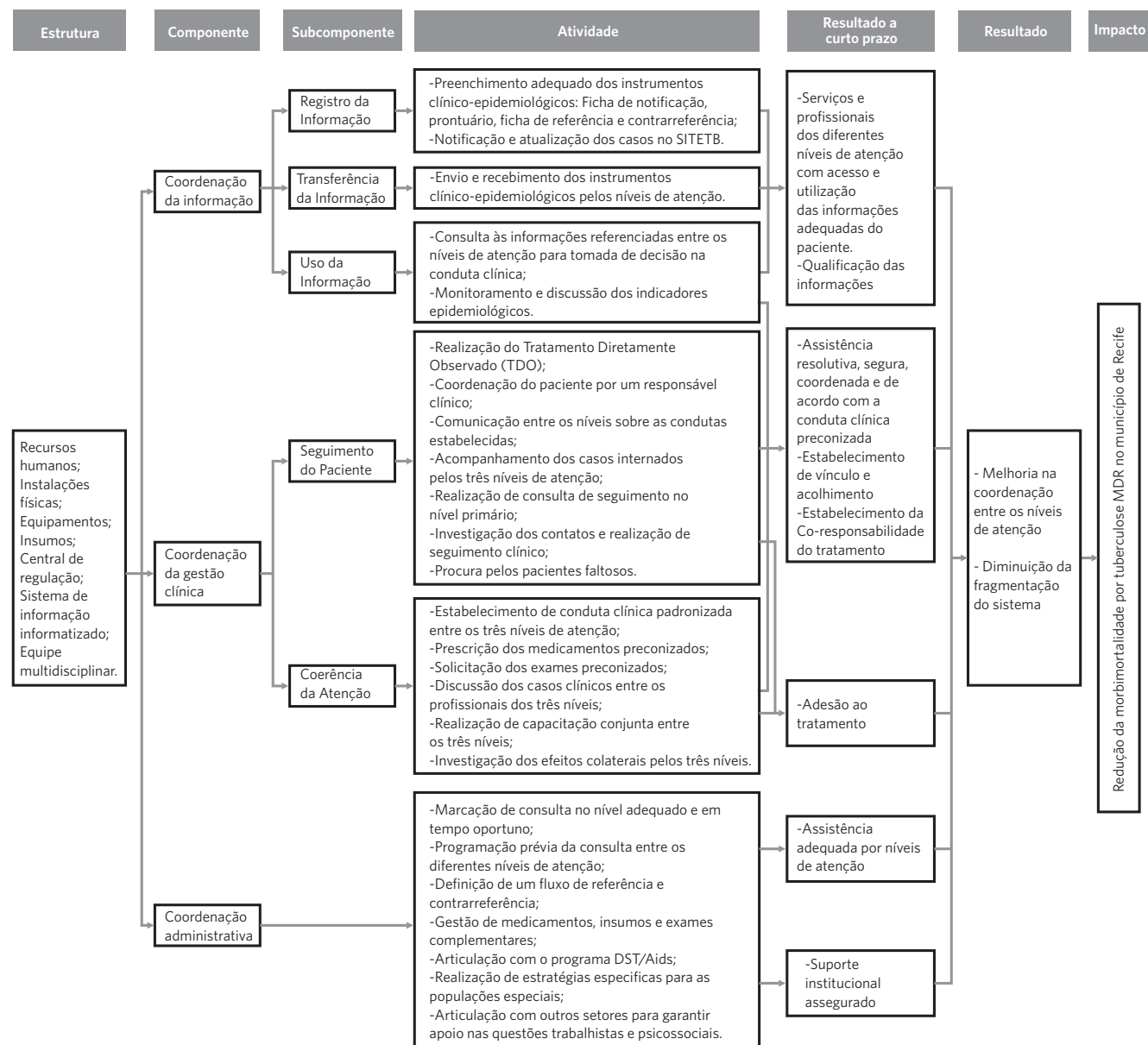
ETAPA 1 - DESENHO DO MODELO LÓGICO

O desenho do modelo lógico detalhou os componentes e permitiu a visualização esquemática do funcionamento da coordenação

do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multirresistente¹³. Sua elaboração atendeu especificamente este estudo e utilizou como base teórica as seguintes referências: Reid et al.¹⁵, Vázquez et al.¹, Mendes², Starfield³ e o Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil⁵. Para validação, foi submetido à consulta com sete especialistas, profissionais e gestores do Programa Nacional e Estadual de Controle da Tuberculose e acadêmicos envolvidos em estudos sobre a coordenação do cuidado, que verificaram a completude dos elementos e a consistência das relações causais, tendo como base a técnica denominada ‘Conferência de Consenso’¹⁶, adaptada para os fins da pesquisa. A consulta foi realizada por *e-mail*, videoconferência e de modo presencial, de acordo com a disponibilidade e preferência do especialista.

O modelo apresenta três componentes e seus respectivos subcomponentes: coordenação da informação, composta dos subcomponentes registro da informação, transferência da informação e utilização da informação; coordenação da gestão clínica, formada pelos subcomponentes seguimento do paciente e coerência da atenção; e coordenação administrativa (*figura 1*).

Figura 1. Modelo lógico da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente



Fonte: Elaboração própria.

ETAPA 2 - ELABORAÇÃO DA MATRIZ DE JULGAMENTO

Após o desenho do modelo lógico, procedeu-se à elaboração da matriz de julgamento. O

quadro 1 apresenta, para cada um dos componentes do modelo lógico, indicadores, parâmetros adotados para o julgamento, fontes de verificação e a técnica de obtenção que guiou a coleta de dados.

Quadro 1. Matriz de julgamento da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente

Compo- nente	Subcompo- nente	Indicador	Pontuação	Pontuação máxima	Fonte de dados	Técnica de ob- tenção	
Coordenação da informação	Registro da informação	Existência dos instrumentos clínico epidemiológico, como ficha de notificação, ficha de referência e contrarreferência	Existência das duas fichas = 0,75; Existência de uma das fichas = 0,5; Inexistência das duas fichas = 0	0,75	Secundário	Ficha de notificação e ficha de referência e contrarreferência	
		% profissionais preenchendo o prontuário do paciente com as informações necessárias sobre diagnóstico, motivo da referência, indicações para o seguimento da atenção, comorbidades, resultados e exames solicitados, tratamentos farmacológicos, situação psicossocial, outras	$\geq 80\% = 0,75$; $60\% - 79\% = 0,5$; $< 60\% = 0$.	0,75	Secundário	Prontuário	
		% profissionais preenchendo adequadamente a ficha de notificação do paciente	$\geq 80\% = 0,75$; $60\% - 79\% = 0,5$; $< 60\% = 0$.	0,75	Secundário	Ficha de notificação	
		% profissionais preenchendo a ficha de referência e contrarreferência com as informações necessárias, como diagnóstico, motivo da referência, indicações para o seguimento da atenção, comorbidades, resultados e exames solicitados, tratamentos farmacológicos, situação psicossocial, outras	$\geq 80\% = 1$; $60\% - 79\% = 0,5$; $< 60\% = 0$.	1	Secundário	Ficha de referência e contrarreferência	
		% profissionais preenchendo o resumo de alta hospitalar	$\geq 80\% = 1$; $60\% - 79\% = 0,5$; $< 60\% = 0$.	1	Primário	Entrevista	
		Alimentação do SITETB de forma oportuna	SIM = 0,75 NÃO = 0	0,75	Secundário	SITETB	
	Transferência da informação		% profissionais enviando a referência e contrarreferência para os diferentes níveis de atenção	$\geq 80\% = 3$; $60\% - 79\% = 1,5$; $< 60\% = 0$.	3	Primário	Entrevista
			% profissionais recebendo a referência e contrarreferência dos diferentes níveis de atenção	$\geq 80\% = 4$; $60\% - 79\% = 2$; $< 60\% = 0$.	4	Primário	Entrevista
			% profissionais enviando o resumo de alta hospitalar para os diferentes níveis de atenção	$\geq 80\% = 3$; $60\% - 79\% = 1,5$; $< 60\% = 0$.	3	Primário	Entrevista
	Uso da informação		% profissionais utilizando as informações referenciadas entre os níveis de atenção para a tomada de decisão na conduta clínica	$\geq 80\% = 5$; $60\% - 79\% = 2,5$; $< 60\% = 0$.	5	Primário	Entrevista
Percentual de profissionais dos três níveis de atenção monitorando e discutindo os indicadores epidemiológicos			$\geq 80\% = 5$; $60\% - 79\% = 2,5$; $< 60\% = 0$.	5	Primário	Entrevista	
Coordenação da gestão clínica	Seguimento do paciente	Realização do TDO	SIM=3; NÃO=0	3	Primário	Entrevista	
		Existência de uma equipe multidisciplinar no nível terciário composta por enfermeiro, médico, assistente social, técnico de enfermagem, farmacêutico, bioquímico, nutricionista, psicólogo	Equipe multidisciplinar completa= 3 Equipe multidisciplinar com apenas médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social = 1,5 Equipe multidisciplinar sem pelo menos médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social = 0	3	Primário	Entrevista	
		Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção	SIM=4; NÃO=0	4	Primário	Entrevista	

Quadro 1. (cont.)

Compo- nente	Subcompo- nente	Indicador	Pontuação	Pontuação máxima	Fonte de dados	Técnica de ob- tenção
Coordenação da gestão clínica	Seguimento do paciente	% profissionais médicos do primeiro nível que consultam o médico especialista para esclarecer as dúvidas sobre o seguimento dos pacientes	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Primário	Entrevista
		% profissionais médicos da atenção primária que realizam a consulta de seguimento do paciente TB-MDR	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Primário	Entrevista
		% profissionais dos três níveis de atenção realizando acompanhamento dos casos internados	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Primário	Entrevista
		% profissionais dos três níveis de atenção que investigam os contatos e realizam seguimento clínico	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Primário	Entrevista
		% profissionais dos três níveis de atenção que realizam busca dos faltosos	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Primário	Entrevista
Coordenação da gestão clínica	Coerência da atenção	% pacientes com medicamentos preconizados disponíveis para o tratamento da TB-MDR	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Secundário	SITETB
		% pacientes realizando todos os exames preconizados, como baciloscopia de escarro, cultura de secreção, raio-x, teste anti-HIV, para o diagnóstico e acompanhamento da TB-MDR	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Secundário	SITETB
		Existência de protocolo padronizado entre os níveis para o acompanhamento e tratamento do paciente TB-MDR	SIM=3; NÃO=0	3	Primário	Entrevista
		% profissionais que conhecem e utilizam protocolo para a conduta clínica, como diagnóstico, tratamento, exames, critérios de encaminhamento para outro nível de atenção, entre níveis	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais realizando discussão dos casos clínicos entre os diferentes níveis de atenção	≥80% = 4; 60% - 79% = 2; <60% = 0.	4	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais realizando matriciação dos casos entre os níveis de atenção	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Primário	Entrevista
		Realização de capacitação conjunta entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção	SIM=3; NÃO=0	3	Primário	Entrevista
	Percentual de profissionais dos três níveis de atenção investigando os efeitos colaterais	≥80% = 3; 60% - 79% = 1,5; <60% = 0.	3	Primário	Entrevista	
Compo- nente	Indicador	Pontuação	Pontuação máxima	Fonte de dados	Técnica de ob- tenção	
Coordenação administrativa	Existência de fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR	SIM=3; NÃO=0	3	Primário	Entrevista	
	Existência de leitos com isolamento respiratório em quantidade suficiente	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista	
	% unidades de saúde com adequada estrutura de biossegurança, como sala de atendimento com mesa de escritório, cadeiras para o usuário e o acompanhante e mesa de exame clínico; lavatório com torneiras; ambientes claros, com luminosidade natural se possível; janelas ou ventilação indireta	≥80% = 2; 60% - 79% = 1; <60%=0	2	Primário	Entrevista	

Quadro 1. (cont.)

Componente	Indicador	Pontuação	Pontuação máxima	Fonte de dados	Técnica de obtenção
Coordenação administrativa	adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar, para atendimento aos pacientes TB-MDR				
	Funcionamento adequado dos fluxos assistenciais de referência e contrarreferência definidos para o paciente TB-MDR	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista
	Existência de consultas marcadas no nível adequado em tempo oportuno	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista
	Existência de consultas marcadas com programação prévia para os diferentes níveis de atenção	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista
	Realização do controle logístico dos medicamentos	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista
	Realização do controle logístico dos insumos	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista
	Realização do controle logístico dos exames	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista
	Articulação e integração com o Programa de DST/Aids	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista
	Identificação das melhores estratégias para a abordagem das populações com maior vulnerabilidade de adoecimento: população privada de liberdade, população vivendo em situação de rua, povos indígenas	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista
Articulação com outros setores para garantir apoio trabalhista e psicossocial aos pacientes	SIM=2; NÃO=0	2	Primário	Entrevista	

Fonte: Elaboração própria.

Os indicadores elencados na matriz foram calculados a partir de dados obtidos de entrevistas realizadas com profissionais e gestores envolvidos na assistência aos pacientes com TB-MDR. Inicialmente, foram identificados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB) os casos que em 2014 receberam tratamento, totalizando 21 pacientes. Posteriormente, entrevistaram-se os médicos e enfermeiros dos três níveis de atenção que realizaram o atendimento e o acompanhamento desses casos. No âmbito municipal, esses pacientes foram atendidos e acompanhados por 15 ESF, três EACS e três unidades especializadas. No âmbito estadual, todos eles foram atendidos e acompanhados pelo hospital de referência terciária. Além dos serviços de atendimento ao paciente com TB-MDR, foram entrevistados os coordenadores distritais do município de Recife e o coordenador estadual do Programa de Controle da Tuberculose (PCT).

Para a coleta de dados primários, foram aplicados dois questionários estruturados, sendo um para os médicos e enfermeiros dos três níveis de atenção e o outro para os coordenadores distritais e o coordenador estadual do PCT. Realizou-se estudo piloto em uma unidade de referência secundária de um município da região metropolitana de Recife para o pré-teste do instrumento. Os dados secundários foram coletados do SITETB da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SEVS, SES-PE). As entrevistas foram realizadas no período de maio a setembro de 2015.

ETAPA 3 - CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Após a coleta, foi construído um banco de dados no Microsoft Excel. Cada componente da matriz recebeu uma pontuação a partir do número de indicadores que a compõe e da

importância que cada um dos componentes guarda com a coordenação do cuidado, identificado por meio da revisão de literatura. Assim, a coordenação da informação e a coordenação administrativa receberam 25 pontos cada, e a coordenação da gestão clínica, 50 pontos, totalizando 100 pontos. A pontuação dos componentes foi distribuída entre os indicadores e considerou a relação de importância de cada um com o componente avaliado, também identificada por meio da revisão teórica. O resultado de cada indicador foi comparado com um padrão ou norma. Para os indicadores cujo padrão foi a existência ou realização de um determinado item ou ação, a pontuação final foi dada pela média advinda do somatório das pontuações verificadas em cada entrevista dividido pelo número de entrevistados.

Já os indicadores cujo padrão foi o percentual de profissionais que realizaram a ação, a pontuação final do indicador foi dada pela média advinda do número de profissionais que realizaram a ação dividido pelo número de profissionais entrevistados. O resultado foi confrontado com o padrão estabelecido pela matriz de julgamento, sendo aplicada a pontuação correspondente a cada indicador analisado. Quando o indicador obteve $\geq 80\%$ de respostas positivas, recebeu a pontuação máxima de 60-79% a metade da pontuação e menor que 60%, zero pontos (*quadro 1*).

O julgamento de valor foi realizado por meio do cálculo de uma regra de três simples para determinar a situação da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente TB-MDR. A pontuação obtida foi dividida pela pontuação máxima e multiplicado por 100. Para a classificação, utilizou-se o corte por quartis: implantado ($\geq 75,0\%$), implantação parcial (50,0%-74,9%),

implantação incipiente (49,9%-25,0%) e não implantado (menor que 24,9%).

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) sob o registro 4688-15 e seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e complementares.

Resultados

A implantação da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com TB-MDR no município de Recife foi considerada incipiente (32,5%). O componente que apresentou o maior resultado foi a 'coordenação administrativa' (41,2%), seguido da 'coordenação da informação' (32,0%) e da 'coordenação da gestão clínica' (31,0%), classificados como implantação incipiente.

Na 'coordenação administrativa', apesar de 74,2% dos profissionais afirmarem que existem fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR, apenas 45,2% relataram que o funcionamento era adequado. Outros aspectos relevantes referem-se à insuficiência de leitos com isolamento respiratório; inexistência de unidades de saúde em todos os níveis de atenção com adequada estrutura de biossegurança para atender aos pacientes TB-MDR; e falta de acesso, por parte dos pacientes em tratamento, a benefícios como vale transporte e cesta básica, apoio trabalhista e psicossocial (*quadro 2*).

Quadro 2. Resultado do componente 'coordenação administrativa' entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. Recife, 2015

Componente	Indicador	Pontuação Obtida	Pontuação Máxima	Resultado (%) e classificação por indicador	Resultado final (%) do componente
Coordenação administrativa	Existência de fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR	2,23	3	74,2 implantação parcial	41,2 implantação incipiente
	Existência de leitos com isolamento respiratório em quantidade suficiente	0	2	0,0 não implantado	
	% unidades de saúde com adequada estrutura de biossegurança	0	2	0,0 não implantado	
	Funcionamento adequado dos fluxos assistenciais de referência e contrarreferência definidos para o paciente TB-MDR	0,9	2	45,2 implantação incipiente	
	Existência de consultas marcadas no nível adequado em tempo oportuno	1,61	2	80,6 implantado	
	Existência de consultas marcadas com programação prévia para os diferentes níveis de atenção	1,74	2	87,1 implantado	
	Realização do controle logístico dos medicamentos	0	2	0,0 não implantado	
	Realização do controle logístico dos insumos	1,33	2	66,7 implantação parcial	
	Realização do controle logístico dos exames	0,67	2	33,3 implantação incipiente	
	Articulação e integração com o Programa de DST/Aids	1,03	2	51,6 implantação parcial	
	Identificação das melhores estratégias para a abordagem das populações com maior vulnerabilidade de adoecimento	0,77	2	38,7 implantação incipiente	
Garantia de benefícios, como vale transporte, cesta básica, apoio trabalhistas e psicossociais aos pacientes em tratamento	0	2	0,0 não implantado		

Fonte: Elaboração própria.

Entre os subcomponentes da 'coordenação da informação', o que apresentou o melhor resultado foi o 'registro da informação' (70,0%), seguido de 'transferência da informação' (45,0%), ambos com implantação parcial; e 'uso da informação' (0,0%), classificado como não implantado. No subcomponente 'registro da informação', todos os profissionais afirmaram preencher adequadamente a ficha de notificação do paciente e o resumo de alta hospitalar, bem como afirmaram que a alimentação do SITETB se dá de forma oportuna. Por outro lado, nenhum deles preenchia adequadamente

a ficha de referência e contrarreferência. No subcomponente 'transferência da informação', apesar de 77,4% dos profissionais afirmarem enviar a referência e contrarreferência para o outro nível de atenção, apenas 25,8% afirmaram recebê-la. No subcomponente 'uso da informação', 35,5% dos respondentes afirmaram utilizar as informações referenciadas entre os níveis de atenção para a tomada de decisão na conduta clínica e apenas 16,1% dos profissionais dos três níveis de atenção afirmaram monitorar e discutir os indicadores epidemiológicos (*quadro 3*).

Quadro 3. Resultado do componente 'coordenação da informação' entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. Recife, 2015

Componente	Subcomponente	Indicador	Pontuação Obtida	Pontuação Máxima	Resultado (%) e classificação por indicador	Resultado final (%) do componente
Coordenação da informação	Registro da informação	Existência da ficha de notificação ou da ficha de referência e contrarreferência	0,50	0,75	66,7 implantação parcial	70,0 implantação parcial
		% profissionais preenchendo adequadamente o prontuário do paciente	0,50	0,75	66,7 implantação parcial	
		% profissionais preenchendo adequadamente a ficha de notificação do paciente	0,75	0,75	100,0 implantado	
		% profissionais preenchendo a ficha de referência e contrarreferência com as informações necessárias	0,00	1	0,0 não implantado	
		% profissionais preenchendo o resumo de alta hospitalar	1,00	1	100,0 implantado	
		Alimentação do SITETB de forma oportuna	0,75	0,75	100,0 implantado	
		Transferência da informação	% profissionais enviando a referência e contrarreferência para os diferentes níveis de atenção	1,50	3	
	% profissionais recebendo a contrarreferência dos diferentes níveis de atenção		0,00	4	0,0 não implantado	
	% profissionais enviando o resumo de alta hospitalar para os diferentes níveis de atenção		3,00	3	100,0 implantado	
	Uso da informação	% profissionais utilizando as Informações referenciadas entre os níveis de atenção para a tomada de decisão na conduta clínica	0,00	5	0,0 não implantado	0,0 não implantado
		% profissionais dos três níveis de atenção monitorando e discutindo os indicadores epidemiológicos	0,00	5	0,0 não implantado	
	Resultado final (%) e classificação do componente 'Coordenação da informação' = 32,0 (implantação incipiente)					

Fonte: Elaboração própria.

Dentre os subcomponentes da 'coordenação da gestão clínica' o que apresentou melhor resultado foi o 'seguimento do paciente' (44,6%), seguido da 'coerência da atenção' (19,0%), classificados como de implantação incipiente e não implantado, respectivamente. No 'seguimento do paciente', destacou-se a realização das ações de busca ativa de contatos e de faltosos (100,0%). Os principais pontos observados foram a inexistência de uma equipe multidisciplinar para o tratamento e acompanhamento do paciente TB-MDR no

nível terciário e o percentual de profissionais que referiram a existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente (58,1%). Na atenção primária, um pequeno percentual de médicos referiu consultar especialistas para retirar dúvidas sobre o seguimento dos pacientes (23,5%) e realizar a consulta de seguimento do paciente TB-MDR (36,8%). Apenas 12,9% dos médicos e enfermeiros relataram realizar acompanhamento dos casos internados (quadro 4).

Quadro 4. Resultado do componente 'coordenação da gestão clínica' entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. Recife, 2015

Componente	Subcomponente	Indicador	Pontuação Obtida	Pontuação Máxima	Resultado (%) e classificação por indicador	Resultado (%) e classificação por subcomponente
Coordenação da gestão clínica	Seguimento do paciente	Realização do TDO	1,16	3	38,7 implantação incipiente	44,6 implantação incipiente
		Existência de uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiro, médico, assistente social, técnico de enfermagem, farmacêutico, bioquímico, nutricionista e psicólogo no nível terciário	0,00	3	0,0 não implantado	
		Existência de responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente	2,32	4	58,1 implantação parcial	
		% profissionais médicos do primeiro nível que consultam o médico especialista para tirar as dúvidas sobre o seguimento dos pacientes	0,00	3	0,0 não implantado	
		% profissionais médicos da atenção primária que realizam a consulta de seguimento do paciente TB-MDR	0,00	3	0,0 não implantado	
		% profissionais realizando acompanhamento dos casos internados	0,00	3	0,0 não implantado	
		% profissionais dos três níveis de atenção que investigam os contatos e realizam seguimento clínico	3,00	3	100,0 implantado	
		% profissionais dos três níveis de atenção que realizam busca dos faltosos	3,00	3	100,0 implantado	
		Coerência da atenção	% pacientes com medicamentos preconizados disponíveis para o tratamento da TB-MDR	3,00	3	
	% pacientes realizando todos os exames preconizados para diagnóstico e acompanhamento, como baciloscopia de escarro, cultura de secreção, raio-x e teste anti-HIV		0,00	3	0,0 não implantado	
	Existência de um protocolo padronizado entre níveis para o acompanhamento e tratamento do paciente TB-MDR		1,45	3	48,3 implantação incipiente	
	% profissionais que conhecem e utilizam protocolo para a conduta clínica relativa a diagnóstico, tratamento, exames e critérios de encaminhamento para outro nível de atenção entre níveis		0,00	3	0,0 não implantado	
	% profissionais realizando discussão dos casos clínicos entre os níveis de atenção		0,00	4	0,0 não implantado	
	% profissionais realizando matriciamento dos casos entre os níveis de atenção		0,00	3	0,0 não implantado	
	Capacitação conjunta realizada entre os profissionais dos níveis de atenção		0,29	3	9,7 não implantado	
	% profissionais dos três níveis de atenção investigando os efeitos colaterais		0,00	3	0,0 não implantado	
	Resultado final (%) e classificação do componente 'Coordenação da gestão clínica' = 31,0 (implantação incipiente)					

Fonte: Elaboração própria.

A 'coerência da atenção' obteve o pior resultado entre os subcomponentes avaliados (19,0). O acesso dos pacientes aos medicamentos preconizados para o tratamento da TB-MDR apresentou o melhor resultado (implantado), pois 80,6% dos profissionais relataram não haver problemas na dispensação. Dificuldades foram relatadas com relação à existência de padronização na atenção do paciente com TB-MDR; apenas 48,4% dos profissionais referiram existir protocolo padronizado entre níveis de atenção para o acompanhamento e seguimento desses pacientes, ao passo que apenas 38,7% conhecem e utilizam o protocolo para a conduta clínica (*quadro 4*).

Algumas fragilidades foram observadas nas ações de educação permanente, tais como a baixa participação dos profissionais em capacitações conjuntas com profissionais de outros níveis de atenção (9,7%) e a ausência de discussão e matriciamento dos casos clínicos entre os diferentes níveis de atenção. Além desses problemas, se destacaram o baixo percentual de pacientes que realizaram todos os exames preconizados (11,1%) e a baixa investigação de efeitos colaterais pelos profissionais dos três níveis de atenção (45,2%) (*quadro 4*).

Discussão

Neste estudo, observou-se que os níveis de atenção ao paciente com TB-MDR em Recife organizam-se de forma separada, com falhas na interligação da rede de serviços, resultando numa assistência descoordenada e fragmentada. Tal realidade se deve a problemas na utilização dos mecanismos de coordenação e à descontinuidade no fluxo de informação, ou seja, devido à discordância com os atributos de coordenação da atenção. Porém, ressalta-se que um dos objetivos finais das redes de atenção é melhorar a eficiência global na prestação e continuidade dos cuidados por meio de um objetivo intermediário, que é a coordenação dos serviços⁸.

Cabe destacar que este estudo apresentou algumas limitações, uma vez que pesquisas

nacionais sobre a coordenação do cuidado ainda são escassas, dificultando a comparação com os resultados encontrados, o que demanda a utilização de estudos realizados fora do Brasil. Adicionalmente, entende-se que a abordagem aos pacientes poderia oferecer informações complementares sobre a coordenação do cuidado. No entanto, ao entrevistar profissionais nos três níveis de atenção, a intenção era a de ampliar a confiabilidade das informações.

A existência de fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR sem, contudo, um funcionamento adequado acarreta obstáculos no acesso aos serviços, como barreiras físicas e burocráticas. Esse acesso deve garantir ao paciente qualidade e resolubilidade na sua assistência em todos os níveis de atenção¹⁷.

As condições de vida e trabalho expõem a população a diferentes riscos de desenvolver a tuberculose. Estudos revelam a baixa escolaridade, a dificuldade em relação ao transporte coletivo para se deslocar até as unidades de saúde, a demora na espera pela consulta e a baixa renda como fatores de aumento da vulnerabilidade das pessoas¹⁸. Outros incentivos para adesão dos pacientes ao tratamento da tuberculose são a disponibilidade de benefícios tais como cesta básica mensal, cafés da manhã e vale transporte¹⁹.

Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara que a principal causa para a gravidade da situação da tuberculose no mundo é a desigualdade social e que os bolsões de pobreza das cidades mais populosas constituem terreno fértil para a disseminação da doença^{6,17,18}. Diante dessa vulnerabilidade social, torna-se fundamental a garantia de benefícios que assegurem a adesão e a conclusão do tratamento¹⁸, especialmente porque ajudam no combate à determinação social da doença.

Para garantir que a coordenação da informação ocorra de forma efetiva, os profissionais dos diferentes níveis de atenção têm que, além de registrar as informações, transferi-las e utilizá-las de maneira adequada. Assim, o preenchimento adequado dos instrumentos de

informação referentes aos mecanismos formais envolvidos no atendimento ao paciente e que garantem a continuidade do cuidado, é atributo para que ocorra a coordenação da informação. A alimentação oportuna do SITETB é pré-requisito para que os pacientes recebam a medicação em tempo oportuno, influenciando diretamente na coordenação da gestão clínica, que tem como um dos seus atributos a prescrição correta e sem discordâncias dos medicamentos preconizados pelos profissionais dos diferentes níveis de atenção¹¹.

O não preenchimento das fichas de referência e contrarreferência pode configurar um obstáculo para a continuidade da assistência ao paciente¹⁹. Nesse aspecto, o resultado deste estudo está em consonância com a pesquisa realizada por Assis et al.⁷, que identificou que as equipes dos serviços não garantem o registro das informações necessárias para os mecanismos de referência e contrarreferência no atendimento ao doente com tuberculose. Estudo realizado por Silva et al.²⁰ também identificou problemas de preenchimento nas guias de referência tais como a falta de dados importantes para definição do diagnóstico e resolução dos problemas apresentados.

Para que exista coordenação da informação é necessário tanto transmiti-la entre os níveis, quanto utilizá-la na tomada de decisão^{9,10}. Ainda sobre o uso da informação, é necessário destacar a importância do acompanhamento dos indicadores epidemiológicos, uma vez que a recomendação do PCT é conhecer a magnitude da doença por seus dados de morbidade e mortalidade, sua distribuição, fatores de risco e tendência no tempo. Essa prática é fundamental para o planejamento das ações de controle e acompanhamento dos casos, embora muitas vezes fica subjugada como uma atividade sem sentido e de cunho burocrático dos sistemas de informação devido à obrigatoriedade desse processo para o repasse de verbas oriundas do Ministério da Saúde^{19,20}.

A existência de uma equipe multidisciplinar favorece o atendimento integral ao paciente e uma assistência coordenada⁵. Além disso,

estudos revelam que o médico, seja da atenção primária ou especialista, capaz de coordenar o seguimento do paciente é um fator imprescindível para a coordenação da assistência. No entanto, ressalta-se que, no Brasil, o médico não é o único responsável pelo acompanhamento desses pacientes. Apesar disso, os resultados deste estudo revelam que nenhum dos médicos e enfermeiros entrevistados se considera coordenador do cuidado. Um dos atributos para a coordenação da atenção é a existência desse responsável clínico que atue entre os níveis de atenção e que, de preferência, seja um profissional da atenção primária, já que ela deve atuar como coordenadora do cuidado^{4,17,19}.

O PCT recomenda que os paciente TB-MDR sejam acompanhados pelos profissionais da atenção básica^{5,7}. Este estudo constatou que poucos médicos consultam especialistas para retirar as dúvidas sobre o seguimento dos pacientes. Essa descontinuidade do fluxo de comunicação e informação pode se configurar em obstáculo à continuidade da assistência¹⁹.

O subcomponente coerência da atenção obteve um dos piores resultados entre todos os avaliados. As principais dificuldades dizem respeito à existência de padronização na atenção do paciente com TB-MDR, uma vez que poucos profissionais referiram existir protocolo entre níveis de atenção para o acompanhamento e seguimento desses pacientes. Contatou-se, também, um baixo percentual de profissionais que conheciam e utilizavam o protocolo para a conduta clínica. Um dos atributos da coerência da atenção para garantia de uma assistência coordenada é a implantação de mecanismos tais como guias de práticas clínicas compartilhadas, guias farmacológicos e guias de referência e contrarreferência adequadas¹⁷.

Sobre as ações de educação permanente, estudo realizado em municípios brasileiros mostrou que as capacitações para desenvolvimento de habilidades ou competências técnicas em áreas específicas são consideradas importantes para aumentar a resolutividade

das equipes e que os gestores e gerentes compreendem que a formação continuada deve ter como base o processo de trabalho^{10,11}.

O matriciamento pode ser uma estratégia para promover interlocução entre distintos equipamentos da rede de serviços de saúde. Destaca, dentre as inovações mencionadas para qualificar as ações da ESF, que especialistas apoiem profissionais da atenção primária por meio de interconsulta, discussão de casos clínicos e capacitações²¹. É importante salientar também que o 'Manual de recomendações para controle da tuberculose no Brasil' preconiza a discussão de casos entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção⁵.

É evidente que a atenção primária exerce papel central na constituição das redes de atenção à saúde, o que não é diferente na atenção ao paciente TB-MDR. No entanto, da mesma forma que não existe rede sem atenção primária robusta capaz de coordenar o cuidado, a atenção primária não consegue exercer seu papel sem um arranjo sólido e uma articulação virtuosa entre os níveis de atenção. Ressalta-se que uma fraca coordenação do cuidado é um importante obstáculo para a garantia da integralidade, do acesso e da oferta de serviços de saúde de qualidade⁹⁻¹¹.

Considerações finais

Este estudo permitiu identificar fragilidades e lacunas em importantes componentes da coordenação do cuidado ao paciente com TB-MDR, permitindo o direcionamento de estratégias para sua melhoria. No entanto, é preciso reconhecer a complexidade desse cenário, uma vez que a tuberculose pode ser considerada um traçador da determinação social da doença, pois, de certo modo, as dificuldades históricas no seu enfrentamento

expõem a iniquidade presente na sociedade¹¹.

O adequado funcionamento dos fluxos assistenciais e do registro das informações necessárias para garantia da continuidade da assistência ao paciente é um aspecto importante que precisa ser considerado. Para tal, a organização da referência e contrarreferência mediante a implantação de um instrumento que garanta o compartilhamento das informações entre as unidades dos níveis de atenção primário, secundário e terciário pode ser uma estratégia a ser seguida, bem como o estabelecimento de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis.

É importante destacar tanto o papel fundamental da organização dos serviços de saúde na detecção e tratamento dos casos de tuberculose como a coordenação como instrumento determinante nesse processo. A TB-MDR é um problema crescente, sendo a mais prevalente das doenças com resistência antimicrobiana²². Portanto, é imprescindível que se enfrente esse desafio.

Colaboradores

Barros DBM (0000-0002-7681-9923)* contribuiu para a coleta e análise dos dados, concepção e planejamento da pesquisa, bem como para a redação do manuscrito. Costa JMBS (0000-0002-5809-4156)* e Reis YAC (0000-0002-5883-496X)* contribuíram igualmente para a concepção e o planejamento da pesquisa, bem como revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Albuquerque AC (0000-0001-6305-4127)* contribuiu para a análise dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Felisberto E (0000-0002-2316-2251)* contribuiu para a concepção da pesquisa, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015; 5(7):e007037.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS; 2011.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
4. Terraza NR. Coordinación y Continuidad: Un marco para el análisis [tesina máster] [internet]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
6. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases. Geneva: WHO; 2014.
7. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 2012; 46(1):111-118.
8. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, et al. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan*. 2016; 31(6):736-48.
9. Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, et al. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Saúde debate*. 2017; 41(esp):242-58.
10. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):1141-54.
11. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLF, et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):251-264.
12. Yin RK. Estudo de Caso - Planejamento e Métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiol*. 2018; (49):1-14.
14. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Plurianual 2014 -2017. Recife: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
15. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
16. Reis YAC, Cesse EAP, Carvalho EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(supl1):157-72.
17. Vargas I, Mogollon-Perez AS, De Paepe P, et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Services Research*. 2015; 29(15):213.
18. Pinheiro RS, Oliveira GP, Oliveira EXG, et al. Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(6):446-51.
19. Ireson CL, Slavova SS, Steltenkamp CL, et al. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. *BMC Health Serv Res*. 2009; 9(163)1-27.

20. Silva EM, Assis MMA, Villa TCS, et al. Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. *Rev. Baiana Saúde Publ.* 2010; 34(2):227.
21. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica.* 2011; 29(2):84-95.
22. World Health Organization. The end TB strategy [internet]. Geneva: World Health Organization; 2015. [acesso em 2019 maio 4]. Disponível em: http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1.

Recebido em 06/05/2019
Aprovado em 20/01/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária

Health assessment: processual and structural dimension of child health in primary care

Simone Elizabeth Duarte Coutinho¹, Altamira Pereira da Silva Reichert¹, Jordana Almeida Nogueira¹, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso², Neusa Collet¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012408

RESUMO O estudo teve como objetivo avaliar os atributos da dimensão processual e estrutural da atenção primária à saúde da criança em dois modelos de atenção à saúde. Estudo quantitativo, realizado com dados secundários de estudo multicêntrico, com cuidadores de crianças em unidades de saúde da família e unidades de atenção básica tradicional, de dois municípios de médio porte brasileiros, cuja coleta de dados ocorreu em 2012 e 2013. O Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) versão criança foi utilizado para a avaliação da efetividade dos modelos. Análise estatística inferencial. Na avaliação dos atributos essenciais, o escore médio foi igual ou superior ao esperado (6,6) e o escore geral ficou abaixo (6,4). Na perspectiva do cuidador da criança, os dois modelos de atenção estão orientados à atenção primária apenas nos atributos essenciais, porém, não no escore geral. As fragilidades e potencialidades dos modelos de atenção indicam a necessidade de mudanças na organização dos serviços para contemplar o cuidado integral à criança.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Saúde da criança. Avaliação em saúde. Estrutura dos serviços. Efetividade.

ABSTRACT *The aim of this study was to assess the attributes of the procedural and structural dimensions of primary health care in two models of health care. This is a quantitative study carried out with secondary data of a multicenter primary study with caregivers of children in family health units and traditional primary care units of two medium-sized Brazilian municipalities, whose data collection took place in 2012 and 2013. The Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil) children version was used to assess the effectiveness of the models. Inferential statistical analysis was made. In the evaluation of the essential attributes the mean score was equal to or higher than expected (6,6) and the overall score was below (6,4). From the perspective of the caregiver of the child, the two models of care are oriented to primary care only in the essential attributes, although, not in the general score. The weaknesses and potentialities of care models indicate the need for changes in the organization of services to include comprehensive childcare.*

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde (CCS) - João Pessoa (PB), Brasil.

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.
lb.toso@gmail.com

KEYWORDS *Primary Health Care. Child health. Health evaluation. Structure of services. Effectiveness.*



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde em seu primeiro nível de atenção, e um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde¹.

No sistema público de saúde brasileiro, a APS percorreu ciclos. Entre eles, o ciclo da Atenção Básica à Saúde (ABS), caracterizada pela emergência e consolidação do Programa Saúde da Família (PSF), enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial¹ em uma historicidade de construção do Sistema Único Saúde (SUS) e de lutas contra uma hegemonia dominante no setor saúde². Porém, o PSF, como um modelo estratégico para o SUS, não provocou uma homogeneização da sua adoção em todo o território nacional, coexistindo nos municípios brasileiros tanto Unidades de Saúde da Família (USF) como Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, que adotam diferentes olhares em relação à APS, e, atualmente, com a mudança da Portaria Nacional da Atenção Básica (PNAB)³, ampliou-se o leque de opções por modelos de atenção básica no País. Se antes a Estratégia Saúde da Família (ESF) era o modelo prioritário, agora passa a ser uma opção.

As principais lutas de modificações da APS brasileira colocam-na como o centro de comunicação das redes de atenção à saúde. Para isso, a APS terá de exercitar-se, incorporando os atributos de primeiro contato, coordenação, longitudinalidade, integralidade, orientações familiar, comunitária e competência cultural, e cumprir as funções essenciais de resolubilidade e responsabilização pela saúde das populações⁴.

A avaliação no âmbito da atenção básica no Brasil vem sendo acompanhada pelo Ministério da Saúde (MS)⁵. Esta tem um papel importante no aprimoramento dos eixos de intervenção com o propósito de transformar os serviços em saúde orientados pela APS, principalmente quando aborda a perspectiva da população e

considera aspectos da APS, como a adequação da prestação de serviços e a avaliação dos resultados na sua área⁶.

Nesse contexto, a saúde da criança manteve uma ideiação aludida a alavancar os diferentes olhares da APS, pois o cuidado infantil pode ser revelador da organização dos serviços de APS e da repercussão na mortalidade infantil, por incluir significativas ações de promoção à saúde, como de prevenção a doenças⁷. Além disto, as crianças têm necessidades singulares, requerendo ampla variedade de oferta de serviços com foco na avaliação e no apoio ao desenvolvimento integral⁷.

Este estudo tem foco na avaliação do grau de orientação aos atributos da APS de modelos de atenção à saúde primária infantil, a partir da ferramenta Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) versão criança, voltada a demonstrar a existência da atenção primária relacionada a desfechos positivos na saúde da criança. Identifica aspectos de estrutura e processos dos serviços, na busca da qualidade do planejamento e da execução das ações, nos diferentes contextos de modelos de atenção, em tipos de organização de unidades básicas distintas, no caso, a USF e a UBS.

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar os atributos da dimensão processual e estrutural da APS da criança, em dois modelos de atenção à saúde.

Material e métodos

Aspectos éticos

A pesquisa atende às normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética e parecer favorável. Para acesso aos dados de relatórios de atendimentos realizados nas USF e UBS

da amostra, obteve-se autorização formal das secretarias municipais de saúde dos municípios em estudo, através do termo de aceite do responsável pelo campo de estudo. Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Pesquisa quantitativa de avaliação da efetividade de estrutura e processo dos serviços em APS da criança, classificada como estudo transversal observacional em epidemiologia guiado pelo protocolo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe), a qual integrou projeto multicêntrico de avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança. Estudo desenvolvido em dois dos municípios de médio porte brasileiros, um no estado da Paraíba e outro na região Oeste do Paraná. Na Paraíba, o estudo foi realizado em um dos distritos sanitários do município, o Distrito Sanitário III, na ocasião da coleta de dados com o maior número de famílias cadastradas na ESF e em funcionamento com quase 100% de cobertura⁸. No município paranaense, foram incluídas as 23 UBS urbanas no modelo tradicional de APS, existentes à ocasião da coleta de dados. A coleta de dados primários do estudo ocorreu de outubro de 2012 a fevereiro de 2013. A confecção do banco de dados ocorreu em 2013 e os dados dos distintos locais foram agrupados para análises inferenciais posteriores, desenvolvidas em tese de doutorado concluída em 2016, cujos resultados se apresentam nesse momento, dada a relevância do tema, a partir das mudanças ocorridas nos modelos de atenção primária aqui estudados.

População e amostra

A população do estudo primário foi composta de familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças com idade inferior a 12 anos. Adotou-se

uma margem de erro de 3,286%, com grau de confiança de 95%, para a obtenção da amostra de familiares participantes da entrevista. A amostra constituiu-se de 344 na Paraíba e 531 no Paraná. A seleção dos participantes foi não probabilística, distribuídos por partilha proporcional, segundo o número de unidades de saúde dos municípios. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: residir na área urbana dos municípios e na área de abrangência das unidades; o acompanhante da criança, na unidade de saúde, deveria ser o principal cuidador; a idade da criança deveria ser inferior a 12 anos; o respondente deveria conhecer a unidade que iria avaliar (pelo menos, dois atendimentos). Já o critério de exclusão foi: familiares que utilizavam esporadicamente a unidade para finalidades específicas.

Protocolo do estudo

Para a aplicação do formulário PCATool-Brasil versão criança⁴, os participantes (cuidadores das crianças) foram recrutados na espera para consulta médica ou puericultura (medicina e enfermagem), nas dependências das unidades de saúde. O contato e a aplicação do instrumento de coleta com os familiares ocorreram na fila de espera, do último ao primeiro, até atingirem o n amostral para cada unidade. O PCATool-Brasil versão criança possui 55 questões, das quais 52 são para mensurar os atributos da APS referentes aos aspectos de estrutura e processo, e 3 questões aferem o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde como componente estrutural do atributo longitudinalidade. As respostas são do tipo Likert, com intervalos que variam de 1 a 4 (1=com certeza não; 2=provavelmente não; 3=provavelmente sim; 4=com certeza sim) para cada item que compõe o atributo, desconsiderando, para cada componente, a soma de respostas em branco. Durante a análise, obedeceram-se às orientações

do manual do instrumento em relação ao cálculo dos escores dos atributos da APS⁴. A partir dessas respostas, foram calculados os escores de cada atributo e o escore geral sobre a qualidade dos serviços de APS. As variáveis analisadas foram: atributos essenciais processuais e estruturais-longitudinalidade (grau de afiliação com o serviço de saúde e longitudinalidade do cuidado); acesso de primeiro contato (acessibilidade e utilização); integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados); coordenação (sistema de informações e integração de cuidados); e atributos derivados – orientação familiar e orientação comunitária.

Análise dos resultados e estatística

Os dados coletados foram tabulados em planilhas Excel, sendo apresentados em tabelas, utilizando-se do auxílio do *software* SPSS-versão 13. O escore final de cada um dos atributos foi obtido pela média das respostas dos entrevistados, atingindo valor de ponto de corte ≥ 3 (6,6 para o valor transformado em escala de 0 a 10), classificado como satisfatório ou como orientado para a APS⁴. Escores inferiores a 6,6 foram considerados como desempenho insatisfatório. Como as perguntas e as escalas são iguais para todos os entrevistados, foi possível a comparação dos diferentes modelos de atenção. O nível de significância dos testes foi de $\alpha=0,05$. As análises estatísticas inferenciais dos atributos essenciais e derivados, bem como os escores essencial e geral da APS foram realizadas a partir de medidas descritivas dos escores (0-10), do teste t para comparação das médias ou do equivalente teste não paramétrico U de Mann-Whitney e do teste de associação de Qui-quadrado.

Resultados

Na *tabela 1*, apresentam-se os atributos essenciais relacionados à dimensão processual e estrutural, segundo os distintos modelos de atenção.

Quanto aos componentes processuais, apenas os atributos longitudinalidade e integralidade-serviços prestados apresentaram resultados estatisticamente significantes entre os distintos modelos de atenção ($p<0,05$). Evidenciou-se semelhança no escore médio e a não existência de associação entre os modelos de atenção e os atributos acesso-utilização e coordenação do cuidado.

Considerando os escores médios de cada atributo processual, ambos os modelos de atenção apresentaram desempenho satisfatório para o atributo acesso-utilização (USF – 8,3 e UBS – 8,5). O modelo UBS apresentou-se orientado à APS (7,0) no atributo coordenação. Os atributos longitudinalidade e integralidade-serviços prestados foram considerados insatisfatórios, com escores médios inferiores a 6,6.

Em relação aos componentes estruturais, todos os atributos apresentaram resultados estatisticamente significantes entre os distintos modelos de atenção ($p\leq 0,05$). Na análise dos escores médios, dois atributos (longitudinalidade-grau de afiliação e coordenação-sistemas de informação) apresentaram desempenhos satisfatórios em ambos os modelos. Em contrapartida, os dois modelos estudados obtiveram desempenho insatisfatório nos atributos acesso-acessibilidade (USF – 5,0; UBS – 5,6) e integralidade-serviços disponíveis (USF – 5,2; UBS – 6,0).

Por fim, o escore essencial da APS entre os modelos de atenção à saúde dos municípios estudados foi satisfatório, com diferença estatisticamente significativa entre os escores médios essenciais (UBS – 6,8; USF – 6,6).

Tabela 1. Medidas descritivas dos escores (0-10) dos atributos essenciais relacionados a processos e estrutura dos serviços de APS da criança, dos municípios estudados (2012-2013)

Atributos essenciais	Localização/ Municípios	N válido	Escore médio	Erro padrão	Escore mínimo	Escore máximo	Valor-p
PROCESSOS(+)							
Acesso-Utilização	município-PB	343	8,3	0,12	2,2	10	0,994
	município-PR	530	8,5	0,08	1,1	10	
Longitudinalidade	município-PB	343	6,5	0,08	1,4	9,3	0,000
	município-PR	531	5,8	0,07	0	10	
Integralidade-Serviços Prestados	município-PB	343	5,3	0,19	0	10	0,001
	município-PR	526	6,1	0,15	0	10	
Coordenação-Cuidado	município-PB	96	6,5	0,35	0	10	0,200
	município-PR	154	7,0	0,27	0	10	
ESTRUTURA(+)							
Acesso-Acessibilidade	município-PB	342	5,0	0,13	0	10	0,008
	município-PR	526	5,6	0,12	0	10	
Longitudinalidade-Grau de Afiliação	município-PB	344	8,0	0,16	0	10	0,026
	município-PR	531	7,6	0,12	0	10	
Integralidade-Serviços Disponíveis	município-PB	282	5,2	0,10	0	10	0,000
	município-PR	436	6,0	0,11	0	10	
Coordenação-Sistemas de Informação	município-PB	344	7,5	0,11	0	10	0,000
	município-PR	531	7,8	0,07	1,1	10	
Escore essencial APS(++)	município-PB	344	6,6	0,074	3,0	9,5	0,012
	município-PR	531	6,8	0,050	2,2	9,3	

Fonte: Elaboração própria.

(+) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes): resultado significativo, valor-p<0,05.

(++) Teste t (comparação de dois grupos independentes): resultado significativo, valor-p<0,05.

PB - Paraíba; PR - Paraná; APS - Atenção Primária à Saúde.

A *tabela 2* mostra a distribuição percentual dos atributos processuais e estruturais, segundo os escores de satisfação identificados nos dois modelos de atenção. No uso do teste de associação ao nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), evidenciou-se diferença estatisticamente significativa para os atributos processuais, exceto para o atributo coordenação de cuidados ($p=0,153$).

Os atributos acesso-utilização, coordenação de cuidados e integralidade-serviços prestados alcançaram maiores percentuais para desempenho satisfatório no modelo de atenção UBS.

Entretanto o atributo longitudinalidade obteve percentual de desempenho mais satisfatório no modelo USF (53,4%).

Quanto aos competentes estruturais, evidenciou-se diferença significativa para todos os atributos investigados. O modelo de atenção UBS apresentou maiores percentuais para desempenho satisfatório nos atributos acesso-acessibilidade (61,2%), coordenação-sistemas de informação (89,6%) e integralidade-serviços disponíveis (51,6%). O atributo grau de afiliação obteve percentual de desempenho mais satisfatório no modelo USF (73,3%).

Os percentuais foram insatisfatórios para os atributos de integralidade-serviços disponíveis (24,8%) e acesso-acessibilidade (33,6%) para a USF.

O escore essencial quanto à orientação à APS, obtido por meio das médias de cada

atributo entre os tipos de serviços (USF e UBS), demonstrou que 58,2% da amostra do estudo conferem um desempenho satisfatório nas duas modalidades de atenção estudadas. Quando comparados, o modelo UBS apresentou percentual superior ao modelo USF.

Tabela 2. Avaliação dos atributos estrutura e processo, e escore essencial da APS da criança, segundo modelos de atenção USF e UBS (2012-2013)

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS - APS(+)	Unidades de Saúde						Valor-p
	Total		USF		UBS		
	n	%	n	%	n	%	
ATRIBUTOS DE PROCESSO							
B - Acesso: Utilização							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	781	89,5	295	86	486	91,7	
Não satisfatória ($< 6,6$)	92	10,5	48	14	44	8,3	0,007*
Total válido	873	100	343	100	530	100	
D - Longitudinalidade							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	330	37,8	183	53,4	147	27,7	
Não satisfatória ($< 6,6$)	544	62,2	160	46,6	384	72,3	0,000*
Total válido	874	100	343	100	531	100	
E - Coordenação: Cuidados							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	152	60,8	53	55,2	99	64,3	
Não satisfatória ($< 6,6$)	98	39,2	43	44,8	55	35,7	0,153
Total válido	250	100	96	100	154	100	
H - Integralidade: Serviços Prestados							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	477	54,9	136	39,7	341	64,8	
Não satisfatória ($< 6,6$)	392	45,1	207	60,3	185	35,2	0,000*
Total válido	869	100	343	100	526	100	
ATRIBUTOS DE ESTRUTURA							
A - Grau de Afiliação							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	519	59,3	252	73,3	267	50,3	
Não satisfatória ($< 6,6$)	356	40,7	92	26,7	264	49,7	0,000*
Total válido	875	100	344	100	531	100	
C - Acesso: Acessibilidade à APS							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	437	50,3	115	33,6	322	61,2	
Não satisfatória ($< 6,6$)	431	49,7	227	66,4	204	38,8	0,000*
Total válido	868	100	342	100	526	100	

Tabela 2. (cont.)

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS - APS(+)	Unidades de Saúde						Valor-p
	Total		USF		UBS		
	n	%	n	%	n	%	
F - Coordenação: Sistema de Informação							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	750	85,7	274	79,7	476	89,6	
Não satisfatória ($< 6,6$)	125	14,3	70	20,3	55	10,4	0,000*
Total válido	875	100	344	100	531	100	
G - Integralidade: Serviços Disponíveis							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	295	41,1	70	24,8	225	51,6	
Não satisfatória ($< 6,6$)	423	58,9	212	75,2	211	48,4	0,000*
Total válido	718	100	282	100	436	100	
ESCORE ESSENCIAL - APS							
Orientado à APS ($\geq 6,6$)	509	58,2	178	51,7	331	62,3	
Não orientado à APS ($< 6,6$)	366	41,8	166	48,3	200	37,7	0,002*
Total válido	875	100	344	100	531	100	

Fonte: Elaboração própria.

(+) Teste de associação de Qui-quadrado, resultados significativos: (*) valor- $p < 0,01$ ou $0,05$.

(++) A ordenação numérica dos atributos segue as orientações do PCATool.

USF - Unidade de Saúde da Família; UBS - Unidade Básica de Saúde; APS - Atenção Primária à Saúde.

A *tabela 3* apresenta os resultados dos atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária, respectivamente, e o escore geral da APS do estudo.

Os dois componentes dos atributos derivados apresentaram diferença estatisticamente

significativa ($p < 0,05$). Em nenhum desses atributos, no entanto, o escore médio alcançou desempenho satisfatório. Quanto à comparação entre os serviços da APS, a partir do escore geral, verificou-se que ambos os serviços foram avaliados como insatisfatórios.

Tabela 3. Medidas descritivas dos escores (0-10) dos atributos derivados, relacionados à APS da criança nas USF da Paraíba e UBS do Paraná (2012 -2013)

Atributos derivados	Localização/ Municípios	N válido	Escore médio	Erro padrão	Escore mínimo	Escore máximo	Valor-p
Orientação familiar	município-PB	341	5,3	0,16	0	10	0,000
	município-PR	526	4,4	0,14	0	10	
Orientação comunitária	município-PB	241	5,8	0,19	0	10	0,000
	município-PR	398	4,9	0,15	0	10	
Escore geral APS	município-PB	344	6,4	0,079	2,5	9,6	0,809
	município-PR	531	6,4	0,054	2,4	9,5	

Fonte: Elaboração própria.

(+) Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, valor- $p < 0,05$.

PB - Paraíba; PR - Paraná; APS - Atenção Primária à Saúde.

A *tabela 4* compara os modelos de atenção da APS. Os dados mostram diferença significativa ($p < 0,05$) para os atributos derivados, com percentuais insatisfatórios para orientação

familiar – USF (59,2%) e UBS (68,4%), e orientação comunitária – USF (52,7%) e UBS (64,1%). O escore geral confirma que os dois modelos de atenção não são orientados à APS.

Tabela 4. Avaliação dos atributos derivados e escore geral da APS da criança, segundo unidades de saúde dos modelos USF e UBS (2012-2013)

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS - APS(+)	Unidades de Saúde						Sig. Valor-p
	Total		USF		UBS		
	n	%	n	%	n	%	
ATRIBUTOS DERIVADOS							
I - Orientação Familiar							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	305	35,2	139	40,8	166	31,6	p=0,007*
Não satisfatória ($< 6,6$)	562	64,8	202	59,2	360	68,4	
Total válido	867	100	341	100	526	100	
J - Orientação Comunitária							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	257	40,2	114	47,3	143	35,9	p=0,006*
Não satisfatória ($< 6,6$)	382	59,8	127	52,7	255	64,1	
Total válido	639	100	241	100	398	100	
ESCORE GERAL - APS							
Orientado à APS ($\geq 6,6$)	415	47,4	169	49,1	246	46,3	p=0,459
Não orientado à APS ($< 6,6$)	460	52,6	175	50,9	285	53,7	
Total válido	875	100	344	100	531	100	

Fonte: Elaboração própria.

(+) Teste de associação de Qui-quadrado, resultados significativos: (*) valor- $p < 0,01$ ou 0,05.

(++) A ordenação numérica dos atributos segue as orientações do PCATool.

USF - Unidade de Saúde da Família; UBS - Unidade Básica de Saúde; APS - Atenção Primária à Saúde.

Discussão

Na análise dos atributos, aborda-se acesso como direito e cidadania, partindo-se do princípio primeiro da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (CDUS)⁹, que garante a todo cidadão a facilidade de acesso aos serviços de saúde do SUS e às suas instituições conveniadas. Na CDUS, o acesso tem uma concepção de entrada dos usuários no sistema de saúde pela APS e para a rede de atenção à saúde. Para a criança, é um direito fundamentado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),

artigo 11, como a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde¹⁰.

O acesso é a forma como a criança e sua família experimentam a atenção ao primeiro contato na unidade de saúde de seu território⁸. A utilização dos serviços compreende todo contato, direto ou indireto, e resulta da interação da reação dos usuários e profissionais de saúde diante das características e práticas de cada um destes sujeitos e dos serviços disponíveis¹¹.

No acesso, a utilização das unidades de saúde, seja USF ou UBS, no presente estudo, foi satisfatória para o cuidador em suas vivências

de contato e interação com os indivíduos no processo. Sendo assim, os cuidadores têm conseguido utilizar os serviços de USF e UBS ao adentrarem com as crianças na rede de atenção à saúde, no SUS.

Esse resultado de desempenho satisfatório nem sempre tem se apresentado em estudos de avaliação do atributo acesso por cuidadores de crianças. No entanto, estudo relacionado à ESF em Diamantina (MG) mostrou que o atributo acesso ocorre por condições relacionadas com a escolha da família por proximidade da moradia, e não pela facilidade de acesso aos serviços de saúde¹².

No atributo acesso, a acessibilidade à rede de atenção é necessária para que as crianças e suas famílias cheguem aos serviços e recebam a atenção ao primeiro contato⁶. O resultado geral em relação aos itens do componente acessibilidade, em ambos os modelos de atenção, teve desempenho insatisfatório, evidenciando fragilidades relacionadas à rede, bem como à organização do serviço. Tal aspecto deve ser refletido pelas gestões municipais para que o acesso não seja penalizado devido a problemas organizacionais e de falta de compreensão da abrangência do direito fundamental ao atendimento às crianças e suas famílias¹³. Normas do MS³ referentes ao acesso dispõem que a acessibilidade aos serviços de saúde é tão importante quanto a sua utilização, principalmente em sistemas de saúde em rede de atenção.

A longitudinalidade pode ser construída como a existência de garantia de fonte contínua de atenção pela equipe de saúde, e sua utilização consistente ao longo do tempo em um ambiente de continuidade das ações, em uma relação mútua, que poderá caracterizar o vínculo/interação entre equipe de saúde, crianças e famílias, refletindo uma intensa relação interpessoal^{4,6}.

Em relação ao acompanhamento da criança e de sua família, a partir da garantia de uma fonte contínua de atenção, sua utilização e continuidade ao longo do tempo se organizam como eixo estratégico relevante, que envolve várias ações tecnológicas para a longitudinalidade

de seu crescimento e desenvolvimento. Desta feita, ocorrem melhores resultados, como a efetividade e qualidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos de alta prevalência, que poderão produzir diagnóstico e tratamentos precisos, reduzindo encaminhamentos desnecessários para especialistas e contribuindo para a redução do índice de internações da saúde infantil¹⁴.

Com o resultado dos escores no componente processual longitudinalidade, analisa-se que as USF estão em construção de um vínculo terapêutico e da continuidade informacional. Nesta perspectiva, estudos^{15,16} avaliam que o resultado do atributo longitudinalidade é importante para a USF por ser uma característica central e exclusiva deste nível de atenção e estar relacionado à efetividade na APS e à proposta da ESF, enquanto um modelo de atenção na consolidação do SUS.

No componente estrutural grau de afiliação, a literatura⁶ assevera que a unidade de saúde precisa ser capaz de identificar claramente sua população eletiva, e esta precisa reconhecer a unidade ou os profissionais como fonte regular de atenção.

A partir do desempenho satisfatório do grau de afiliação na USF (73,35%) (8,0), evidencia-se que os cuidadores a reconhecem como a sua unidade. Trata-se de um dado importante porque caracteriza o modelo de atenção referente à sua população eletiva. Em linhas gerais, a população adscrita é vista, a partir do ambiente físico-social, o território, para regular e estabelecer o campo de atuação, com áreas de abrangência que vão do território-área à atuação das equipes de saúde, passando pela microárea de atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e finalizam no território-moradia, lugar de residência da família.

As UBS também tiveram desempenho satisfatório para o grau de afiliação ao serviço, tendo o reconhecimento dos cuidadores de crianças, o que é importante, visto que os serviços ofertados aos usuários pela UBS tradicional ocorrem por livre demanda da área de abrangência da unidade de proximidade à

moradia do cidadão e, a partir da nova PNAB, de livre escolha do cidadão.

A avaliação satisfatória no componente estrutural denota a dimensão do atributo longitudinalidade de identificação das unidades de saúde, USF e UBS, como sua fonte regular de cuidado à criança, principalmente no seguimento da puericultura, ou para episódios de doenças⁶.

A importância da longitudinalidade e da integralidade no cuidado às crianças menores de 1 ano na avaliação de seus cuidadores em USF também foi corroborada em estudo¹⁶ que evidenciou um escore elevado, uma boa experiência dos cuidadores com as ações derivadas desse atributo, favorecendo a relação com os profissionais e conhecimento da situação de saúde das crianças.

Apesar da existência de diversos ângulos da discussão sobre o atributo integralidade, que não são excludentes entre si, para avaliar as práticas na APS, o referencial de Starfield⁶, utilizado por este estudo, é entendido como uma proposta que permite a operacionalização, na medida em que identifica categorias que compõem e caracterizam a APS¹⁷.

No componente processual da integralidade, serviços prestados estão relacionados ao processo de trabalho da equipe de saúde, objetivando a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento no ambiente social, bem como aos problemas de natureza funcional e orgânicos⁶.

A integralidade na saúde da criança tem provocado discussões conceituais, considerando as necessidades específicas das crianças em rede de atenção à saúde, o repensar das práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, a redefinição de práticas focadas no vínculo, além de acolhimento e autonomia para um cuidado centrado na criança e sua família, com a valorização de subjetividades, necessidades singulares e o dimensionamento dos riscos e vulnerabilidades aos quais as crianças estão expostas no seu ambiente social. Contrapõe-se, na discussão da atenção à saúde da criança, uma abordagem fragmentária, reducionista e voltada à atenção curativa^{18,19}.

Os resultados estatisticamente significativos com escore de desempenho insatisfatório para ambos os modelos de atenção, as UBS e as USF, evidenciam a necessidade da reorganização do processo de trabalho dos serviços de saúde. Também foram identificadas fragilidades e potencialidades nos documentos oficiais das respectivas gestões municipais, que apontam alguns elementos em relação aos serviços prestados.

Em relação à USF²⁰, a gestão tem como estratégia o cuidado integral e humanizado no SUS, organizando-se em módulos operacionais de atenção, gestão e vigilância em saúde. Na atenção à saúde da criança, há seguimento na rede de atenção e os indicadores de saúde são sequenciados pela vigilância em saúde. Desde os resultados iniciais da gestão do cuidado, a dificuldade é a fragilidade da construção da integralidade²¹, por estar baseada na produção das relações, tanto entre gestão e trabalhadores como entre os trabalhadores e usuários, para a efetivação da ação.

No atributo coordenação, avalia-se a capacidade de garantir a continuidade no interior da rede de atenção à saúde. A continuidade no componente processual se dá por reconhecimento de problemas/doenças, no atendimento pelo profissional da unidade de APS, envolvendo, para esta ação, responsabilização e aspectos administrativos. A gestão do cuidado no setor saúde unifica toda a atenção que a criança/família recebe como uma resposta integral às suas demandas, por meio de uma coordenação articulada entre os serviços e as ações de saúde, e a transferência de informações sobre o usuário. A coordenação é relevante para os demais atributos, por ordenar os usuários e suas informações na rede de atenção à saúde^{6,14,22}.

Medidas buscando intensificar o protagonismo da APS na coordenação do cuidado têm sido propostas²². Estas entendem sua função de integradora entre as instituições, com profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde, evitando fragmentações em busca de uma atenção integral e, principalmente, integrada.

Nos documentos oficiais dos dois modelos de atenção, foi possível identificar que a rede de atenção à saúde das USF está organizada em cinco distritos sanitários, nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica; serviços especializados; atendimento pré-hospitalar e hospitalar; assistência farmacêutica; e laboratórios. O fluxo na rede é por regulação. O papel da USF é fazer a marcação na rede de serviços. Nas UBS, a rede de atenção é organizada por três distritos sanitários na atenção básica, tendo o mesmo fluxo que o modelo de atenção da USF.

O atributo coordenação, ao ser avaliado em estudo correlacionando unidades de saúde da APS, também não apresentou diferenças nas avaliações entre a USF e a UBS²³. Em outro estudo, analisa-se a fragilidade de alguns itens na APS da criança, referindo ser principal o cuidado integral no serviço especializado²⁴. A avaliação do atributo coordenação do cuidado remete à necessidade de criar estratégias para intensificar o protagonismo da APS na coordenação do cuidado, principalmente para a sua função integradora e uma atenção integral²².

O e-SUS²⁵ aponta para essa realidade, asseverando que, com a implantação do sistema de informação por meio do prontuário digital e cartão SUS, a movimentação do usuário na rede de serviços pode ser registrada, potencializada e ir além, com uma conjunção sistêmica por internet para a integração na rede, sendo a intranet para a comunicação dos dados nas instituições, e a extranet, para a garantia de informações ao cidadão. Essas ações poderão ter resultados no atributo coordenação do cuidado, como também atingir os outros atributos e a transversalidade entre os nós críticos encontrados nos atributos essenciais.

Na organização do Sistema de Informação em Saúde (SIS), tanto os profissionais da saúde quanto o cuidador e as instituições devem ter acesso garantido às informações da criança e sua mobilidade na rede, o que pode levar a um diagnóstico da situação do fluxo, demanda e tempo perdido por problemas organizacionais, além de colocar a APS como porta de entrada

e coordenadora do cuidado na rede, por ser a equipe de saúde da área adscrita chamada à responsabilização pelo território-moradia da família, mas também à gestão, como responsável por dar atividades-meio para facilitar as atividades-fim da APS.

Diante da avaliação de dois modelos de atenção da APS, o resultado dos escores essenciais demonstrou fragilidades e potencialidades a serem repensadas com novas práticas e ações, com relação à obtenção dos atributos da APS. As diferenças encontradas no estudo dos dois modelos de saúde são, por vezes, de raízes políticas e organizacionais relacionadas à manutenção da prática, ainda enraizada, de uma visão biologicista da atenção à saúde; outras vezes, de avanços e recuos, principalmente quando se fala em saúde da criança.

No resultado dos atributos derivados, destaca-se que as USF e UBS têm ações mais ampliadas em relação à orientação comunitária da APS do que à orientação familiar, mesmo no modelo saúde da família. Diante disto, pontua-se como importante a discussão do fortalecimento da orientação familiar na educação permanente, que é assumida como uma política de suporte para um movimento de transformação das práticas do setor, sendo uma das bandeiras das gestões das USF, devendo o mesmo ocorrer nas UBS, visto que os atributos derivados obtiveram desempenho insatisfatório.

Estudo acerca dos atributos derivados, abordando a orientação familiar, corrobora o resultado abaixo do escore médio esperado, apontando que esta realidade precisa ser aprimorada para cumprir o papel de ser um serviço provedor de APS e dirigido à população²⁶. Ao comparar as unidades de saúde, outro estudo apresentou resultados semelhantes a esse, ou seja, orientação familiar com desempenho insatisfatório na USF, mas, ainda assim, melhor do que nas UBS²⁷.

A orientação comunitária considera o reconhecimento das necessidades da população no seu contexto social, requerendo o conhecimento de sua realidade, quando do planejamento das ações^{18,25,28}. Sua importância

na efetividade da APS é percebida quando se avalia se os serviços são direcionados à população, ao apresentarem os atributos essenciais e os atributos derivados para uma interação entre os serviços da APS, família e comunidade²⁸.

Alguns estudos^{24,27,29}, ao avaliarem a orientação comunitária na atenção à saúde da criança, ou na ESF²⁹ e em comparações entre modelos de atenção²⁷, demonstram ser uma dimensão com proporção de percentuais baixos para uma resposta positiva²⁷, embora com melhor avaliação do que a orientação familiar²⁴, como neste estudo.

Ao avaliar os resultados do escore dos atributos essenciais, percebeu-se que os dois modelos de atenção tiveram desempenho satisfatório, ou seja, os escores essenciais são orientados para APS nas modalidades de atendimento à saúde, USF e UBS, tendo esta última maior destaque.

Trazendo os resultados dos atributos derivados, pode-se fazer a análise conjunta de comparação do escore geral da APS, entre os serviços de saúde de USF e UBS, pois não foi apresentada diferença significativa entre os escores médios gerais. Ambos os serviços de saúde da atenção básica tiveram o mesmo valor no escore geral (6,4), considerado insatisfatório.

Diante do exposto, apesar do resultado negativo, pode-se avaliar que os modelos de atenção estão próximos do valor referido como ideal. Assim sendo, em presença da configuração dos atributos de acordo com o cuidador da criança atendida nas unidades, não foram apresentadas diferenças significativas quanto ao tipo de unidade de saúde da APS, ou seja, independentemente dos modelos de atenção aqui avaliados.

Limitações do estudo

O estudo apresenta limitações por trazer a comparação de duas localidades com diferentes contextos, embora esta prática seja possível pela uniformização do instrumento utilizado.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Reforça-se a importância da avaliação no cotidiano dos serviços de saúde, na perspectiva dos integrantes do processo de cuidar na APS – entre eles, o enfermeiro –, para que a avaliação efetive o seu papel na construção da resolutividade do cuidado na atenção em saúde e, assim, possa ser utilizada como medida de redução das iniquidades e no fortalecimento da APS.

Conclusões

Na avaliação dos atributos da dimensão processual e estrutural da APS da criança em dois modelos de atenção à saúde, evidenciou-se que USF e UBS apresentaram diferenças e semelhanças, podendo-se afirmar que, na perspectiva do cuidador da criança, estão orientados à APS apenas nos atributos essenciais, porém, não estão orientados no escore geral.

Embora o instrumento utilizado nesta pesquisa tenha respondido ao objetivo na perspectiva do cuidador da criança, são necessárias pesquisas que contemplem os profissionais de saúde e os gestores, a fim de ampliar o processo de avaliação do sistema com relação aos óbices encontrados e à congruência entre as diferentes perspectivas. Apontam-se lacunas de publicações relacionadas aos atributos derivados na saúde infantil e seus contextos. Tais estudos podem fomentar a discussão e contribuir com a consolidação da APS enquanto organizadora do sistema de saúde.

Agradecimentos

Ao apoio recebido do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Colaboradores

Coutinho SED (0000-0002-8761-6056)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Reichert APS (0000-0002-4295-6698)* e Nogueira JA (0000-0002-2673-0285)* contribuíram significativamente

para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. Toso BRGO (0000-0001-7366-077X)* e Collet N (0000-0002-4795-0279)* contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(6):1869-78.
2. Rodrigues K. A voz que vem dos municípios. *Rev. Conasems* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 16]; 67:11-18. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/02/revista_conasems_edicao_67_web-1.pdf.
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 SUS. *Diário Oficial da União.* 22 de Set 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool Brasil [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em 2018 jun 16]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação na atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco Brasil; Ministério da Saúde; 2002.
7. Pasche DF, Vilela MEA, Giovanni M, et al. Rede Ce-gonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulg. saúde debate* [inter-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- net]. 2014 [acesso em 2018 ago 15]; (52):58-71. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.
8. João Pessoa. Prefeitura. Relatório Anual de Gestão-2012. Distrito Sanitário III. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 553, de 09 de agosto de 2017. Carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde: Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
 10. Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente 2017. Rio de Janeiro: Cedeca-RJ; 2017.
 11. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 set 10]; 38(esp):182-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>.
 12. Ribeiro LCR, Ramos-Jorge ML, Rocha RL. Fatores associados ao acesso aos serviços de saúde na concepção de cuidadores de crianças. *Rev. Científ. Vozes Vales* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 19]; 6(3):1-14. Disponível em: www.ufvjm.edu.br/vozes.
 13. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(2):365-71.
 14. Simone SD, Nóbrega VM, Coutinho SED, et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(9):2961-73.
 15. Braz JC, Mello DF, David YGM, et al. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: Avaliação de cuidadores. *Medicina* [internet]. 2013 [acesso em 2018 jun 16]; 46(4):416-23. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br>.
 16. Frank BRB, Viera CS, Ross C, et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*, 2015; 39(105):400-410.
 17. Silva FCS. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. *Rev. Saúd. Desenv.* [internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 16]; 7(4):94-107. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistas/taude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/373/274>.
 18. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 16]; 67(6):1000-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
 19. Ferreira TLS, Costa ICC, Andrade FB. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. *Revista Ciênc. Plu.* [internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 16]; 1(1):22-9. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7320/5497>.
 20. João Pessoa. Prefeitura. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. João Pessoa: SMS-JP; 2011.
 21. João Pessoa. Prefeitura. Relatório de Gestão 2010. João Pessoa: SMS-JP; 2011.
 22. Souza GTS, Alves BA, Tacla MTGM, et al. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-PR. *Semina.* 2015; 36(1):39-46.
 23. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 16]; 11(38):1-13. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252).
 24. Nicola T, Pelegrini AHW. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. *J. Nurs. Health.* 2018; 8(1):e188102.
 25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema

- com Coleta de Dados Simplificada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
26. Cascavel. Prefeitura. Relatório Anual de Gestão – RAG 2013. Cascavel: SESAU; 2014.
27. Araújo JP, Viera CS, Toso BRGO, et al. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. *Acta Paul. Enferm.* 2014; 27(5):440-6.
28. Reichert APS, Leôncio ABA, Toso BRGO, et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(1):119-27.
29. Daschevi JM, Tacla MTGM, Alves BA, et al. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Semina: Ciênc. Biol. Saúde.* 2015; 36(1):31-8.

Recebido em 06/05/2019

Aprovado em 20/01/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Brasil, Edital Universal 14/2011, processo nº 474743/2011-0

Estado nutricional de crianças residentes em área de vulnerabilidade social: estudo longitudinal

Nutritional status of children residing in an area of social vulnerability: longitudinal study

Dixis Figueroa Pedraza¹, Ricardo Alves de Olinda¹, Thaíse Alves Bezerra¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012409

RESUMO Objetivou-se analisar a variação dos parâmetros antropométricos, ao longo de dois anos, de crianças menores de cinco anos residentes em uma área de vulnerabilidade, segundo perfil demográfico e de saúde. Realizou-se um estudo longitudinal de 55 famílias com crianças menores de cinco anos e algum membro ex-catador de materiais recicláveis residentes nas proximidades do lixão desativado de Campina Grande, Paraíba. O estado nutricional das crianças foi analisado a partir dos índices Estatura/Idade (E/I), Peso/Idade (P/I) e Peso/Estatura (P/E), considerando-se as variações dos Escore-Z como variáveis dependentes. Utilizou-se o modelo de efeitos mistos, próprio para avaliar tendência do crescimento em estudo de seguimento. O *deficit* de estatura prevaleceu nos meninos. A prevalência de baixa estatura na coorte diminuiu de 20,37% (IC 95%: 17,40-24,24), em 2012, para 9,26% (IC 95%: 7,54-10,58), em 2014, com diferença significativa. Crianças menores de 25 meses tiveram maior variação média de Escore-Z de E/I ($p = 0,01$), e os meninos apresentaram maior variação no Escore-Z de E/I ($p = 0,01$) e de P/E ($p = 0,04$). Houve diferenças no crescimento das crianças segundo suas características demográficas quando modificadas as condições ambientais insalubres.

PALAVRAS-CHAVE Nível de Saúde. Estado nutricional. Criança. Vulnerabilidade Social. Saneamento.

ABSTRACT *The aim of this article was to analyze the variation of anthropometric parameters over the course of two years of children under five years of age living in a vulnerability area, according to demographic and health profile. A longitudinal study was conducted involving 55 families with children under five years old and some former garbage digger member living near the deactivated dump of Campina Grande, Paraíba. The nutritional status of the children was analyzed from the Height/Age (H/A), Weight/Age (W/A) and Weight/Height (W/H) indices, considering Z-score variations as dependent variables. The mixed effects model was used to evaluate growth tendency in a follow-up study. The diagnosis of height deficit prevailed in male children. The prevalence of stunting in the cohort decreased from 20.37% (95% CI: 17.40-24.24), in 2012, to 9.26% (95% CI: 7.54-10.58) with significant difference. Children younger than 25 months had higher mean variation in the score-Z of H/A ($p = 0,01$), and boys had higher variation in the score-Z of H/A ($p = 0,01$) and W/H ($p = 0,04$). There were differences in the growth of children living in unhealthy environments according to their demographic characteristics when the environmental conditions were modified.*

KEYWORDS *Health Status. Nutritional status. Child. Social Vulnerability. Sanitation.*

¹Universidade Estadual da Paraíba (UEP) – Campina Grande (PB), Brasil.
dixisfigueroa@gmail.com



Introdução

O acompanhamento do crescimento físico constitui um dos indicadores mais importantes sobre a saúde da criança. As obtenções de medidas repetidas para esses fins possibilitam melhor consistência na avaliação¹.

Tanto o *deficit* de estatura quanto o *deficit* de peso são problemas de saúde pública global presentes em todas as regiões do mundo e na maioria dos países e contextos em desenvolvimento, substancialmente mais prevalentes entre crianças pobres do que ricas. Esses problemas relacionam-se ao aumento da morbimortalidade em crianças e a problemas de desenvolvimento²⁻⁴. Dessa forma, após muitos anos de negligência, o *deficit* de estatura constitui uma prioridade e meta atual de saúde global⁵.

Os *deficits* de estatura e peso constituem problemas multicausais que dividem causas em comum, que incluem determinantes ambientais de infecção, inflamação e subnutrição como fatores subjacentes^{3,6,7}. Processos infecciosos e desnutrição influenciam-se mutuamente na forma de um círculo vicioso, no qual a infecção diminui o apetite e a absorção intestinal e aumenta o catabolismo⁶. Comparações entre países sugeriram que a defecação aberta pode estar relacionada com o *deficit* de estatura em grande parcela das crianças⁸. Assim, as condições adequadas de água, saneamento, higiene, eliminação das fezes e remoção de resíduos animais são fatores críticos e medidas de prevenção de extrema importância para o controle da desnutrição^{3,6,7,9}.

Outras evidências mostram que as crianças vivendo em favelas, sem condições adequadas de água e saneamento, apresentam maior probabilidade de sofrerem desnutrição¹⁰. No Brasil, revisão sistemática da literatura, de estudos publicados entre 2006 e 2014, apontou chances maiores de *deficit* de estatura em amostras obtidas de populações em iniquidade social, de 3,52 (IC95% 1,35; 10,31), com relação a dados nacionais, e de 2,38 (IC95% 1,03; 6,01) tendo como referência os resultados de estudos de base populacional¹¹. Entretanto, a referida pesquisa não considerou amostras

procedentes de grupos marginalizados que vivem em favelas.

Em 2012, quase 33% da população urbana de países em desenvolvimento residiam em favelas. Estima-se que essa população seja de aproximadamente dois bilhões de pessoas em 2030, o que representa meio bilhão de pessoas a mais do que em 2012. Todos os dias, mais de 100 mil pessoas migram para as favelas no mundo em desenvolvimento^{12,13}.

Segundo informações de revisão sistemática da literatura internacional⁹, o objetivo estabelecido pela Assembleia Mundial da Saúde de reduzir, até 2025, o *deficit* de estatura em crianças menores de cinco anos em 40%¹⁴ não seria atingido com os avanços realizados, cujas estimativas indicam redução pequena de aproximadamente 1,8% ao ano¹⁵. Assim, o atingimento desse objetivo estaria necessariamente condicionado à combinação de intervenções e programas específicos de nutrição e de outras intervenções relacionadas à nutrição que incorporem ações nutricionais vinculadas aos determinantes subjacentes da desnutrição. As melhorias das condições de água, saneamento e higiene formam parte do leque de intervenções não específicas de nutrição, mas relacionadas a ela, que são necessárias para otimizar a redução das prevalências de *deficit* de estatura nas crianças menores de cinco anos⁹.

Com relação com essa conjuntura, no Brasil, foi instituída, em 2010, a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Tal Política inclui a proteção da saúde pública e da qualidade ambiental entre seus objetivos, constitui um dos marcos mais importantes na história da gestão e do gerenciamento dos resíduos sólidos brasileiros e representa um mecanismo de inclusão social de catadores de materiais recicláveis¹⁶.

Considerando a importância de estudos longitudinais em desfechos que variam ao longo do tempo, este estudo teve por objetivo analisar a variação dos parâmetros antropométricos, ao longo de dois anos, de crianças menores de cinco anos residentes em uma área de vulnerabilidade segundo o perfil demográfico e de saúde.

Material e métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo longitudinal com abordagem quantitativa, desenvolvido nos meses de junho a agosto de 2012 e 2014, com famílias residentes em favela localizada nas proximidades do lixão desativado de Campina Grande, Paraíba. O estudo faz parte do projeto 'Perfil nutricional de crianças menores de cinco anos residentes em área de vulnerabilidade social de Campina Grande, Paraíba e situação de (in) segurança alimentar de suas famílias'. A pergunta inicial do estudo foi se houve mudança no estado nutricional das crianças após a desativação do lixão.

Local, população e amostra de estudo

O município de Campina Grande é o segundo maior do estado da Paraíba, sua área de abrangência é de 594,18 km², e sua população, em 2010, era de 385.213 habitantes. No referido ano, seu serviço de Atenção Básica de Saúde apresentava 98 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), distribuídas em seis distritos sanitários de saúde.

No estudo, foram incluídas todas as famílias cadastradas nas UBSF I e UBSF II do município de estudo que tinham no seu núcleo familiar algum ex-catador de materiais recicláveis do lixão desativado da cidade e crianças menores de cinco anos, as quais foram identificadas a partir das unidades de saúde que as contemplavam, anteriormente citadas. O lixão era localizado no bairro Mutirão, na Alça Sudoeste, Rodovia BR 230, a uma distância de 8 km do centro da cidade, ocupando uma área de 35 hectares. O local foi desativado em janeiro de 2012, em obediência à Lei nº 12.305/2010, que instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos¹⁶. O esquema de obtenção da amostra inicial de estudo foi anteriormente publicado¹⁷.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. Participaram do estudo 76 crianças, na

primeira etapa (2012), e 54 na segunda (2014). As 22 perdas de seguimento ocorreram devido às mudanças das famílias do local de moradia, o que foi confirmado por visita aos domicílios, estratégia adotada para a obtenção de dados quando as mães não compareceram às UBSF.

As características demográficas, da situação de saúde e socioeconômicas das crianças no início do estudo encontram-se disponíveis, destacando-se a vulnerabilidade social e os processos infecciosos, bem como a associação dos índices antropométricos ao baixo peso ao nascer e à ocorrência de diarreia e verminose¹⁷. No segundo momento do estudo, 87% das crianças tinham idade ≥ 25 meses < 60 meses. Não houve diferenças entre as características das crianças nos dois momentos do estudo nem na comparação das crianças perdidas com as que finalizaram o estudo, segundo o teste de Qui-quadrado ou Exato de Fischer.

Procedimentos para a coleta de informação

Foi realizado um treinamento com quatro entrevistadores, que receberam um manual de instruções com informações a respeito dos objetivos da pesquisa, da metodologia adotada no trabalho de campo e do instrumento de coleta de dados. O estudo piloto permitiu efetuar os ajustes necessários ao instrumento de coleta de dados e padronizar a equipe de pesquisa.

Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário às mães dos núcleos familiares, contendo informações sobre o sexo (masculino, feminino) e a idade (≥ 25 meses e < 60 meses) das crianças. A idade foi calculada considerando as datas da entrevista e de nascimento da criança.

Nas crianças, foram realizadas aferições de peso, comprimento (menores de 24 meses) e estatura (maiores de 24 meses), obedecendo aos procedimentos recomendados pela Organização Mundial da Saúde¹⁸. Para aferir o peso, foi utilizada balança digital da marca Tanita UM-080®, com variação de 100 gramas. O peso das crianças menores de 24 meses foi obtido através da

diferença entre a pesagem conjunta da mãe com a criança em seu colo e o valor do peso da mãe. O comprimento foi aferido com auxílio de um infantômetro de madeira portátil com amplitude de 150 cm e subdivisões de 0,1 cm. A estatura foi aferida utilizando o estadiômetro WCS, com amplitude de 220 cm e subdivisões de 1 mm na posição vertical. Todas as medidas foram realizadas duas vezes, utilizando-se o valor da média. Em todos os momentos do estudo, as medidas foram obtidas pela mesma equipe de antropometristas devidamente treinados.

Análise dos dados

O estado nutricional das crianças foi expresso em Escore-Z dos índices Estatura/Idade (E/I), Peso/Idade (P/I) e Peso/Estatura (P/E), de acordo com o padrão de referência do Multicentre Growth Study¹⁹. Os cálculos foram realizados com o programa WHO Anthro, v. 3, 2009. O teste Qui-quadrado foi utilizado para analisar as diferenças na proporção de *deficit* de estatura ($E/I < -2$ Escore-Z)¹⁸ entre os momentos final e inicial da coorte, na amostra total e segundo o sexo. Para os outros desvios antropométricos, as análises não foram realizadas considerando as prevalências inexpressivas ao final do estudo.

As variações dos Escore-Z de E/I, P/I e P/E foram consideradas como variáveis dependentes. Utilizou-se o modelo de efeitos mistos, próprio para avaliar tendência do crescimento em estudo de seguimento com medidas repetidas no tempo para o mesmo indivíduo, permitindo estimar variação na medida basal e a taxa de mudança ao longo do tempo²⁰.

Dado o pressuposto de normalidade, utilizou-se o teste de Mauchly, inicialmente, para verificar a condição de esfericidade na matriz de variâncias-covariâncias, como garantia de distribuição F exata nas comparações intraindividuais das medidas antropométricas ao longo do tempo. Posteriormente, oito estruturas de matriz de variâncias-covariâncias residual foram avaliadas: i. Componente de Variância, ii. Simetria Composta, iii. Autorregressiva de Primeira Ordem, iv.

Toeplitz, v. Simetria Composta Heterogênea, vi. Huynh-Feldt, vii. Autorregressiva de Primeira Ordem Heterogênea, viii. Não Estruturada. A escolha da matriz adequada, com melhor qualidade do ajuste, baseou-se no Critério de Informação de Akaike.

Após a escolha da estrutura de variâncias-covariâncias, procedeu-se à seleção das variáveis com base na diferença entre modelos aninhados, com e sem a variável a testar. A diferença entre os logaritmos de máxima verossimilhança ($-2\log ML$) dos dois modelos com distribuição de qui-quadrado, comparada com seus graus de liberdade, permitiu testar a significância. Na análise múltipla de efeitos mistos, o ajuste considerou as variáveis com valores de p menores que 0,20, até o modelo final das associações, com $p < 0,05$.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa R (R Core Team, 2017). Consideraram-se significativos os valores de $p < 0,05$.

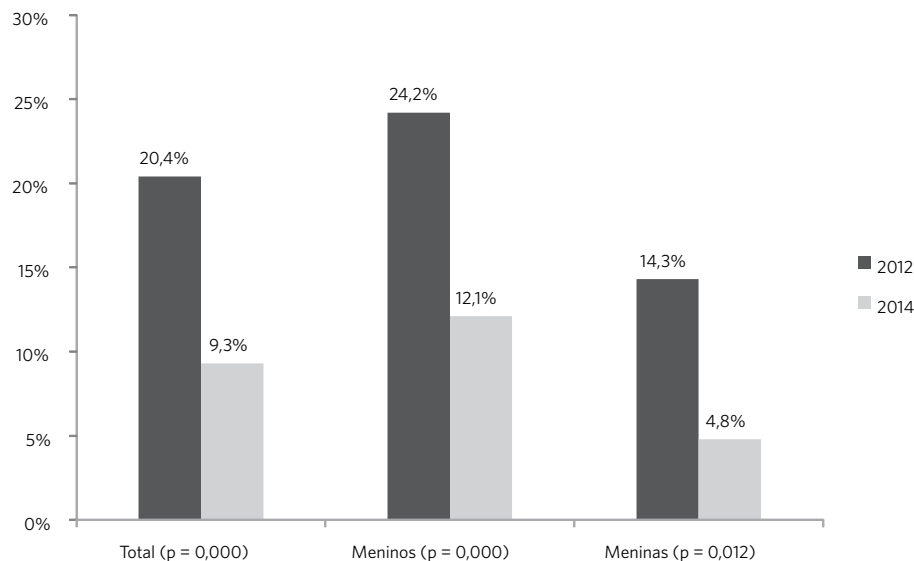
Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (parecer nº 0035.0.133.000-12). A relevância e os objetivos da pesquisa foram devidamente explicados aos participantes, procedimento após o qual foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, condição necessária para a participação no estudo.

Resultados

De acordo com a E/I, percebe-se que o diagnóstico de *deficit* de estatura prevaleceu nas crianças do sexo masculino. A prevalência de baixa estatura na coorte diminuiu de 20,37% (IC 95%: 17,40-24,24), em 2012, para 9,26% (IC 95%: 7,54-10,58), em 2014, com diferença significativa. As prevalências diminuíram de forma significativa em ambos os sexos, com redução de 50% para o caso dos meninos e de 66,66% das meninas (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Prevalências de *deficit* de estatura (estatura/idade < -2 Escore-Z) de crianças menores de cinco anos residentes em área de vulnerabilidade social. Campina Grande, Paraíba, 2012-2014



Os resultados da aplicação do teste de esfericidade foram todos significativos ($p < 0,01$), indicando desvios da estrutura da matriz de variâncias-covariâncias, o que sinaliza a rejeição da condição de esfericidade (tabela 1). O modelo Componente de Variância apresentou o melhor ajuste para a estrutura determinada

pelos três medidas dos parâmetros antropométricos do estudo (tabela 2). No teste de significância, verificou-se que apenas o sexo da criança influenciou as variações do seu estado nutricional. Houve efeito significativo ($p < 0,05$) do sexo da criança nas variações de Escore-Z de E/I e de P/I.

Tabela 1. Teste de esfericidade da estrutura da matriz de variâncias-covariâncias para a variação dos parâmetros antropométricos para medidas repetidas de crianças menores de cinco anos residentes em área de vulnerabilidade social. Campina Grande, Paraíba, 2012-2014

Variáveis	W_1	X^2	p-valor
Varição de Estatura/Idade (Escore-Z)	0,5300	32,3759	<0,0001
Varição de Peso/Idade (Escore-Z)	0,8351	9,0095	<0,0111
Varição de Peso/Estatura (Escore-Z)	0,7839	12,1720	<0,0023

W_1 : Valores da estatística de Mauchly resultantes do ajuste do modelo multivariado para a verificação da condição de esfericidade; X^2 : valores de Qui-quadrado para o teste da razão de verossimilhanças (modelo univariado), com respectivos p-valores resultantes do ajuste dos modelos mistos.

Tabela 2. Classificação de modelos com diferentes estruturas de matriz de variâncias-covariâncias, obtida nas análises de variação dos parâmetros antropométricos para medidas repetidas de crianças menores de cinco anos residentes em área de vulnerabilidade social. Campina Grande, Paraíba, 2012-2014

Variáveis	Modelos	UN	ARH	SCH	HF	Arpo	Toep	SC	CV
Variação de Estatura/Idade (Escore-Z)	NP	6	4	4	4	2	3	2	1
	-2Reml	454,1	454,1	454,1	454,1	455,2	455,2	455,2	455,2
	AIC	466,1	462,1	462,1	462,1	459,2	461,2	459,2	457,2
Variação de Peso/Idade (Escore-Z)	NP	6	4	4	4	2	3	2	1
	-2Reml	438,8	438,8	438,8	438,8	439,4	439,4	439,4	439,4
	AIC	450,8	446,8	446,8	446,8	443,4	445,4	443,4	441,4
Variação de Peso/Estatura (Escore-Z)	NP	6	4	4	4	2	3	2	1
	-2Reml	422,2	422,2	422,2	422,2	424,0	424,0	424,0	424,0
	AIC	434,2	430,2	430,2	430,2	428,0	430,0	428,0	426,0

NP: Número de parâmetros do modelo; Reml: Valor que maximiza o logaritmo da função de verossimilhança; AIC: Critério de Informação de Akaike para geração de valores comparáveis e seleção do modelo; UN: Não Estruturada; ARH: Autorregressiva de Primeira Ordem Heterogênea; SCH: Simetria Composta Heterogênea; HF: Huynh-Feldt; Arpo: Auto-regressiva de Primeira Ordem; Toep: Toeplitz; SC: Simetria Composta; CV: Componente de Variância.

Os resultados da análise bivariada indicaram que menor idade da criança e sexo masculino se mostraram inibidores do crescimento linear. Associação similar foi encontrada para o crescimento ponderal com relação ao sexo da criança. Os resultados da análise multivariada

confirmaram essas associações: crianças menores de 25 meses tiveram maior variação média de Escore-Z de E/I ($p = 0,01$), e os meninos, quando comparados com as meninas, apresentaram maior variação média de Escore-Z de E/I ($p = 0,01$) e de P/E ($p = 0,04$) (tabela 3).

Tabela 3. Associação do perfil demográfico e de saúde de crianças menores de cinco anos residentes em área de vulnerabilidade social com a variação dos parâmetros antropométricos ao longo de um ano. Campina Grande, Paraíba, 2012-2014

Variáveis	Variações médias (Escore-Z)								
	Estatura/Idade (IC 95%)		p	Peso/Idade (IC 95%)		p	Peso/Estatura (IC 95%)		p
	Não ajustada	Ajustada*		Não ajustada	Ajustada*		Não ajustada	Ajustada*	
Intercepto		-0,21 (-0,52; -0,08)	<0,001		0,12 (-0,14; 0,24)	<0,001		0,19 (-0,08; 0,26)	<0,001
Idade									
>= 25 meses e < 60 meses ^a									
< 25 meses	-0,28 (-0,47; -0,09)	-0,23 (-0,41; -0,06)	0,01	0,13 (-0,25; 0,27)	0,17 (-0,22; 0,34)	0,10	0,20 (-0,04; 0,44)	0,25 (-0,01; 0,40)	0,07
Sexo									
Feminino ^a									
Masculino	0,21 (-0,07; 0,29)	0,24 (-0,08; 0,23)	0,01	0,14 (-0,04; 0,22)	0,15 (-0,02; 0,19)	0,33	0,25 (-0,06; 0,37)	0,29 (-0,04; 0,31)	0,04

Tabela 3. (cont.)

Variáveis	Variações médias (Score-Z)								
	Estatura/Idade (IC 95%)		p	Peso/Idade (IC 95%)		p	Peso/Estatura (IC 95%)		p
	Não ajustada	Ajustada*		Não ajustada	Ajustada*		Não ajustada	Ajustada*	
Diarreia no último ano									
Não ^a									
Sim	-0,12 (-0,30; 0,06)	-0,11 (-0,32; 0,09)	0,26	0,18 (-0,18; 0,35)	0,14 (-0,14; 0,28)	0,22	0,29 (-0,66; 1,24)	0,26 (-0,56; 1,16)	0,26
Catarro/tosse no último ano									
Não ^a									
Sim	-0,06 (-0,24; 0,12)	-0,03 (-0,20; 0,06)	0,39	0,06 (-0,27; 0,38)	0,09 (-0,21; 0,30)	0,28	0,13 (-0,35; 0,62)	0,14 (-0,32; 0,60)	0,17
Verminose no último ano									
Não ^a									
Sim	-0,05 (-0,20; 0,10)	-0,09 (-0,15; 0,06)	0,24	0,19 (-0,31; 0,36)	0,24 (-0,28; 0,33)	0,41	0,22 (-0,37; 0,29)	0,26 (-0,38; 0,25)	0,27

a = categoria de referência; *Análise múltipla de efeitos mistos (todas as análises foram ajustadas, também, para as características socioeconômicas das famílias: escolaridade materna, estado civil da mãe, destino domiciliar do lixo, tratamento domiciliar da água para beber e renda domiciliar per capita).

Discussão

De forma contrária à maioria dos estudos sobre o crescimento das crianças, que se baseiam em informações de delineamentos transversais, com limitações no estabelecimento da direção das associações, este estudo utilizou dados longitudinais que representam mais adequadamente o dinamismo desse processo²¹. Nesse sentido, os resultados do presente estudo mostram, em primeiro lugar, diminuição significativa da prevalência de *deficit* de estatura tanto na amostra total quanto para ambos os sexos. Apesar de não ser possível afirmar que as modificações podem estar ocorrendo devido à desativação do lixão na zona de residência das crianças do estudo, uma vez que outros fatores não considerados podem exercer influência importante²², há de se ressaltar a importância de se considerarem os fatores ambientais e as condições de saneamento, assim como a intensidade e a duração da exposição, como componentes essenciais

nos impactos sobre o estado nutricional das crianças^{8,9,23,24}. As características antropométricas são resultado do ajustamento do potencial genético de crescimento com as condições ambientais²⁵.

Segundo os resultados apresentados, diferenças no crescimento linear das crianças estiveram condicionadas ao sexo da criança. Esse achado coincide com os obtidos por outros pesquisadores em estudos anteriores, com desenhos similares^{1,20,26}. Estudos de revisão também têm relatado essa associação^{24,27-29}. O sexo da criança representa um dos fatores de risco com maior influência no crescimento³⁰. Sugere-se que crianças do sexo masculino são mais vulneráveis a ambientes desfavoráveis, a condições inadequadas de saneamento e às desigualdades em saúde^{20,31}. Por sua vez, meninas caracterizam-se por menor peso ao nascer, o que pode gerar aceleração compensatória¹. Ainda, os resultados podem estar condicionados à pior situação nutricional dos meninos no início do estudo, visto que crianças com

deficiências nutricionais mais intensas tendem a apresentar melhores respostas em condições benéficas ao crescimento²². Diante do exposto, parece ser esperado observar maiores mudanças de crescimento entre os meninos quando melhoradas as condições do ambiente.

A idade da criança também é considerada uma variável não modificável de grande importância na estatura da criança, sobretudo em situações sociais de vulnerabilidade^{28,30}. Esse resultado pode ser decorrente de maior suscetibilidade nas crianças mais novas por consequência de processos como a introdução de alimentos de forma complementar, a maior exposição a enfermidades e a independência que vai sendo adquirida, que repercute numa maior interação com o meio ambiente^{6,28}. Também deve-se cogitar a relação com o período de mil dias de oportunidades para intervenções nutricionais, onde há uma capacidade de crescimento compensador após restrições no crescimento³². Outros estudos, de maneira similar ao presente, têm mostrado o risco do *deficit* de crescimento associado à idade da criança^{22-24,28}.

Com relação ao P/E da criança, o presente estudo mostrou, também, associação do *Score-Z* com o sexo da criança, com maior variação nos meninos do que nas meninas. Em outro estudo, que analisou a velocidade de crescimento das crianças, os pesquisadores encontraram resultados similares, discutindo sua plausibilidade em função das maiores estruturas corporais e tecido muscular, bem como maior peso ao nascer e rápida velocidade de crescimento nas crianças do sexo masculino¹. Coerentemente, com foco em países de renda baixa e média, outros autores constataram que os problemas de peso são maiores em meninos do que em meninas²⁷.

Embora neste estudo não tenha sido constatada associação entre a diarreia, catarro/tosse e verminose com as variações nos índices antropométricos, sabe-se que

os processos infecciosos influenciam de maneira importante o potencial de crescimento^{6,23}. A infecção na criança produz redução do apetite, diminuição da absorção intestinal e aumento do catabolismo e das necessidades de nutrientes para o crescimento e o sistema imunológico^{21,28}. Essa relação é permeada pelas condições de vida, ambientais e de saúde. Melhores condições de saneamento básico (água, lixo e esgoto) constituem uma importante medida para a prevenção de doenças nas crianças menores de cinco anos^{6,28}. Assim, neste estudo, a ausência de associação entre as condições infecciosas e o estado nutricional talvez esteja relacionada à melhoria da situação de saúde das crianças (menores frequências de características de processos infecciosos) ao longo da coorte (resultados complementares do estudo não mostrados).

É oportuno destacar limitações do presente estudo, dada a ausência de análises para alguns parâmetros importantes no crescimento, como o consumo alimentar. Ainda, a impossibilidade de esclarecer as variações do crescimento em termos dos possíveis benefícios gerados por melhorias nas condições do meio ambiente.

Conclusões

O caráter longitudinal deste estudo permitiu verificar variações no crescimento de crianças residentes em ambientes insalubres, sendo evidenciadas diferenças segundo as características demográficas das crianças quando modificadas as condições ambientais. Maiores variações de peso e comprimento/estatura foram constatadas entre os meninos. Ainda, menor idade da criança representou maior variação no comprimento/estatura. Assim, mudanças no estado nutricional da criança, se modificadas as condições ambientais, podem estar relacionadas à vulnerabilidade implícita nas características demográficas, circunstanciada à situação de saúde da criança.

Destaca-se a importância deste estudo tendo em vista o percentual considerável de famílias vivendo em condições ambientais insalubres no Brasil.

Colaboradores

Figuroa Pedraza D (0000-0002-5394-828X)* contribuiu para a concepção do estudo; análise e interpretação dos dados; elaboração do

rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Olinda RA (0000-0002-0509-8428)* contribuiu para a análise dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Bezerra TA (0000-0003-3242-4468)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Fonseca PCA, Carvalho CA, Ribeiro SAV, et al. Determinantes da velocidade média de crescimento de crianças até seis meses de vida: um estudo de coorte. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(8):2713-26.
2. Haddad L, Achadi E, Bendech MA, et al. The Global Nutrition Report 2014: actions and accountability to accelerate the world's progress on nutrition. *J Nutr.* 2015; 145(4):663-71.
3. Goudet SM, Griffiths PL, Bogin BA, et al. Nutritional interventions for preventing stunting in children (0 to 5 years) living in urban slums. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015 [acesso em 2018 set 22]; 5:CD011695. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513167/>.
4. Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, et al. Socio-economic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. *Rev. Saúde Públ.* 2010; 44(1):1-16.
5. World Health Organization. Nutrition global targets 2025. Geneva: WHO; 2016. [acesso em 2018 set 22]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/.
6. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, et al. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern Child Nutr.* 2013; 9(supl2):27-45.
7. Khara T, Dolan C. Technical Briefing Paper: Associations between Wasting and Stunting, policy, programming and research implications [internet]. 2014. [acesso em 2018 set 22]. Disponível em: https://www.ennonline.net/attachments/1862/WAST_140714.pdf.
8. Spears D. How much international variation in child height can sanitation explain? Policy Research. Working Paper 6351. Washington, DC; World Bank: 2013.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Hossain M, Choudhury N, Abdullah KAB, et al. Evidence-based approaches to childhood stunting in low and middle income countries: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2017; 102:903-9.
10. Unger A. Children's health in slum settings. *Archives Disease Childhood*. 2013; 98(10):799-805.
11. Sousa CPC, Olinda RA, Figueroa Pedraza D. Prevalence of stunting and overweight/obesity among Brazilian children according to different epidemiological scenarios: systematic review and meta-analysis. *Sao Paulo Med J*. 2016; 134(3):251-62.
12. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2012. New York: United Nations; 2012.
13. British Red Cross. Learning from the City: British Red Cross Urban Learning Project Scoping Study. London: British Red Cross; 2012.
14. McGuire S. World Health Organization. Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant, and Young Child Nutrition. *Adv Nutr*. 2015; 6:134-5.
15. Onis M, Dewey KG, Borghi E, et al. The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. *Matern. Child Nutr*. 2013; 9(supl2):6-26.
16. Brasil. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências [internet]. *Diário Oficial da União*. 2 Ago 2010. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm.
17. Figueroa Pedraza D, Bezerra TA. Nutritional status of children under five years living in area of social vulnerability of Campina Grande, Paraíba State. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2016; 38(1):81-8.
18. World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry: report of an Expert Committee. Geneva: WHO; 1995.
19. Onis M, Onyango AW, Van den Broeck J, et al. Measurement and standardization protocols for anthropometry used in the construction of a new international growth reference. *Food Nutr. Bull*. 2004; 25(supl1):15-27.
20. Fausto MA, Carneiro M, Antunes CM, et al. O modelo de regressão linear misto para dados longitudinais: uma aplicação na análise de dados antropométricos desbalanceados. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(3):513-24.
21. Figueroa Pedraza D. Hospitalização por doenças infecciosas, parasitismo e evolução nutricional de crianças atendidas em creches públicas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(12):4105-14.
22. Goulart RMM, França Júnior I, Souza MFM. Fatores associados à recuperação nutricional de crianças em programa de suplementação alimentar. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(2):180-94.
23. Phalkeya RK, Aranda-Jana C, Marx S, et al. Systematic review of current efforts to quantify the impacts of climate change on undernutrition. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2015; 112(33):E4522-9.
24. Keino S, Plasqui G, Ettyang G, et al. Determinants of stunting and overweight among young children and adolescents in sub-Saharan Africa. *Food Nutr. Bull*. 2014; 35(2):167-78.
25. Figueroa Pedraza D, Souza MM, Rocha ACD. Fatores associados ao estado nutricional de crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches públicas: uma revisão sistemática. *Rev. Nutr.*, 2015; 28(4):451-64.
26. Grace K, Davenport F, Funk C, et al. Child malnutrition and climate in Sub-Saharan Africa: An analysis of recent trends in Kenya. *Appl Geogr*. 2012; 35(1-2):405-13.
27. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2013; 382:427-51.

28. Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, et al. Stunting, Wasting and Underweight in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14:863.
29. Wamani H AA, Peterson S, Tumwine JK, et al. Boys are more stunted than girls in Sub-Saharan Africa: a meta-analysis of 16 demographic and health surveys. *BMC Pediatr*. 2007; 7:17.
30. Fenske N, Burns J, Hothorn T, et al. Understanding child stunting in India: a comprehensive analysis of socioeconomic, nutritional and environmental determinants using additive quantile regression. *PLoS One*. 2013; 8(11):e78692.
31. Skoufias E, Vinha K. Climate variability and child height in rural Mexico. *Econ Hum Biol*. 2012; 10(1):54-73.
32. Victora C. Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la concepción a los dos años de vida. *Arch Argent Pediatr*. 2012; 110(4):311-7.

Recebido em 15/03/2019
Aprovado em 04/12/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família

Nurses' perception on child nutritional care in the Family Health Strategy

Dixis Figueroa Pedraza¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012410

RESUMO Objetivou-se analisar a percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional de crianças menores de cinco anos. Trata-se de um estudo qualitativo envolvendo 18 profissionais de equipes de saúde da família de dois municípios da região metropolitana de João Pessoa, Paraíba. Realizou-se entrevista com foco na importância do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição para o cuidado nutricional da criança. As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro de perguntas. O material foi submetido à análise de conteúdo e dela emergiram quatro categorias temáticas. Os enfermeiros apontaram a utilidade dos manuais do Ministério da Saúde para as ações de atenção nutricional e a educação em alimentação saudável como a prática mais importante desse cuidado. Entretanto, destacaram a situação socioeconômica das famílias e a capacitação dos profissionais como empecilhos para o desenvolvimento das ações. Ainda, apontaram a importância da atuação do nutricionista junto à equipe multidisciplinar para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição. Além da necessidade implícita de capacitação em nutrição, evidencia-se a valorização dos documentos técnicos do Ministério da Saúde e do nutricionista para a melhoria do cuidado nutricional de crianças menores de cinco anos.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Serviços de saúde. Programas e políticas de nutrição e alimentação.

ABSTRACT *The aim of this article was to analyze the perception of nurses about the nutritional care of children under five years of age. It is a qualitative study involving 18 professionals from family health teams of two municipalities in the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba. An interview was developed focusing on the importance of developing food and nutrition actions for the nutritional care of child. The interviews were conducted through a questionnaire. The material was submitted to the content analysis and from it emerged four thematic categories. The nurses pointed out the usefulness of the manuals of the Ministry of Health for the actions of nutritional care and education in healthy food as the most important practice of this care. However, they highlight the socioeconomic situation of families and the qualification of professionals as obstacles for the development of actions. Furthermore, they also pointed out the importance of the nutritionist's work with the multidisciplinary team for the development of food and nutrition actions. In addition to the implicit need for training in nutrition, it is evident that the technical documents of the Ministry of Health and nutritionists are valued for improving the nutritional care of children under five years of age.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Health services. Nutrition programs and policies.*

¹Universidade Estadual da Paraíba (UEP) – Campina Grande (PB), Brasil.
dixisfigueroa@gmail.com



Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui o modelo que sustenta a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, com resultados positivos na oferta de cuidados primários de saúde e na saúde da população^{1,2}. Contudo, também apresenta importantes desafios em esferas como o financiamento, a formação/educação/gestão de pessoal, o planejamento, a participação social, a integralidade e a intersetorialidade². Essas circunstâncias convivem com altas prevalências de internações por condições sensíveis aos cuidados primários de saúde, que constituem as principais causas de hospitalizações pediátricas no Brasil³, e com uma nova problemática de saúde caracterizada pela dupla carga da má nutrição como consequência de um processo de transição nutricional, que implica desafios adicionais e de atualização nos cuidados na área de alimentação e nutrição⁴. Ainda, a baixa orientação da APS, segundo seus atributos essenciais e as desigualdades nos serviços oferecidos, inclusive para a população infantil, indica a necessidade de mudanças estruturais e processuais condizentes com melhorias na prestação de cuidados primários de saúde e com a importância da atenção básica como coordenadora desses cuidados⁵.

O trabalho em equipe multiprofissional constitui um dos pilares da ESF para o alcance do novo modelo de assistência à saúde proposto. Na perspectiva da integralidade, essa conformação deve promover práticas interdisciplinares com ações de saúde desenvolvidas de forma colaborativa e mediadas pela articulação de saberes⁶. Nesse sentido, cabem ao enfermeiro responsabilidades relacionadas com a organização do processo de trabalho e atuar de maneira eficaz no cuidado à criança como membro da equipe mínima de saúde⁷. A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) constituiu um passo importante nessa conjuntura, com a possibilidade de inserção de profissionais da saúde e de outras áreas correlatas por meio de apoio matricial.

O número de nutricionistas na APS tem aumentado consideravelmente por meio da sua inclusão nos Nasf, sendo o terceiro profissional mais presente após o psicólogo e o fisioterapeuta. Espera-se que a atuação desse profissional possa representar ganhos à atenção básica, uma vez que as práticas nutricionais constituem prioridades dentro dos princípios de promoção da saúde e da integralidade do cuidado⁸.

Entretanto, sugerem-se várias barreiras relacionadas à implementação do cuidado nutricional na ESF. Destacam-se problemas na formação dos profissionais de saúde para atuarem nessa temática; fragilidade da institucionalidade da área, sobretudo nos níveis estadual e municipal; negligenciamento das ações; predomínio do modelo biomédico, curativista e hospitalocêntrico no modo de pensar e de atuar dos profissionais de saúde, inclusive do nutricionista; e abordagem inadequada na integração dos enfoques biológico e social como forma de compreender o estado nutricional ou desvalorização da importância da articulação intersetorial para a área⁹.

Como componente central na produção do cuidado em saúde, a atenção nutricional está ancorada no tripé vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e prevenção e controle de agravos nutricionais, devendo formar parte de ações integrais que permitam superar a fragmentação da atenção no interior das unidades básicas de saúde⁴. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a saúde da criança deve ser prioridade e garantida por meio de eixos estratégicos com fortes componentes nutricionais: aleitamento materno e alimentação complementar saudável, promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, atenção à saúde de crianças com necessidades especiais e de vulnerabilidade. Ainda, destaca a importância de fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação das intervenções de atenção integral à saúde da criança¹⁰. Nesse

sentido, destaca-se que pesquisas sobre a área de alimentação e nutrição na APS ainda são escassas, sobretudo as com foco na avaliação das ações e programas¹¹.

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional de crianças menores de cinco anos.

Material e métodos

Estudo qualitativo descritivo, envolvendo equipes de saúde da ESF de dois municípios do estado da Paraíba. A escolha dos municípios considerou suas semelhanças com relação à posição geográfica (localização na região metropolitana de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, com acesso à rede de serviços nela disponibilizados), ao grau de urbanização (de quase 100%), ao desenvolvimento (índice de desenvolvimento humano de nível médio – 0,649 em um dos municípios, e 0,748 no outro) e à tradição na organização de serviços primários de saúde (cobertura da ESF de 100%). Um dos municípios tem população de 99.716 habitantes, dos quais, 7.862 são crianças menores de cinco anos, e possui sistema de saúde composto por 28 equipes da ESF. O outro município tem população de 57.944 habitantes, dos quais, 4.596 são crianças menores de cinco anos, e possui sistema de saúde composto por 19 equipes da ESF.

Em cada município, foram sorteadas aleatoriamente nove equipes de saúde para participar da pesquisa. Em cada equipe de saúde, foi realizada uma entrevista com o enfermeiro.

Os dados foram coletados entre os meses de agosto e dezembro de 2014 nas unidades de saúde. Inicialmente, os enfermeiros foram caracterizados segundo sexo, idade, tempo de vínculo na equipe de saúde e participação em cursos de capacitação para atuar na APS.

Realizou-se entrevista com os enfermeiros, com foco na importância do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição direcionadas para o cuidado nutricional das crianças menores de cinco anos na ESF, seguindo um

roteiro de perguntas com seis questões norteadoras: i. aspectos mais importantes para trabalhar as demandas de alimentação e nutrição, ii. conhecimentos importantes para trabalhar as demandas de alimentação e nutrição, iii. obstáculos para trabalhar as demandas de alimentação e nutrição, iv. fontes de informação usadas para transmitir orientações sobre alimentação e nutrição, v. importância da implementação de rotinas ou protocolos de cuidado nutricional, e vi. principais práticas de alimentação e nutrição desenvolvidas na rotina de trabalho. As entrevistas tiveram tempo médio de duração de 30 minutos, foram gravadas em Gravador Digital de Áudio Voz Sony Icd-px240 e transcritas literalmente (*ipsis verbis*).

Fez-se análise de conteúdo temática do material empírico¹² mediante: i. leitura exaustiva das entrevistas e identificação dos núcleos de sentido, ii. agrupamento dos temas afins, e iii. construção das categorias empíricas. O processo foi orientado pelo objeto, pelos objetivos e fundamentos do estudo. Dessa análise, emergiram quatro categorias temáticas relacionadas ao desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição em termos de facilidades, obstáculos, principais práticas e necessidades.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com o protocolo de número 19689613.3.0000.5187. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para resguardar a identidade dos entrevistados, os profissionais foram identificados pelas denominações ‘E1, E2, E3...’.

Resultados e discussão

Todos os entrevistados eram mulheres e tinham mais de 30 anos, o que pode ser justificado pelo forte predomínio de profissionais de enfermagem do sexo feminino e na faixa etária de adulto jovem, o que relaciona-se a um processo histórico e reproduz a força de trabalho da APS no País¹³⁻¹⁵. Apenas sete profissionais possuíam vínculo estável mínimo

de dois anos, característica que pode estar relacionada à precarização do trabalho em saúde, dadas as dificuldades de realização de concurso público e de boas remunerações, que contribuem para a rotatividade profissional, com possíveis prejuízos nos serviços prestados à população¹⁵⁻¹⁷. Dos 18 participantes do estudo, 13 tinham frequentado algum curso de capacitação para atuar na APS, resultado que assemelha-se à situação encontrada entre enfermeiros de Goiânia¹⁸ e pode derivar da localização dos municípios estudados, tendo em vista as melhores oportunidades de cursos nos grandes centros urbanos do País¹⁹. No contexto do presente trabalho, é possível presumir enriquecimento dos conteúdos das falas associado à capacitação dos profissionais.

As falas e o agrupamento de ideias, analisados de acordo com o objetivo do estudo, levaram à formação de quatro categorias centrais que representam o contexto da compreensão, percepção e atuação dos enfermeiros nas ações de alimentação e nutrição. As categorias centrais elucidativas dos aspectos do trabalho valorizados por enfermeiros no tocante às ações de alimentação e nutrição foram: 1. facilidades para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição: manuais do Ministério da Saúde, 2. obstáculos para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição: situação socioeconômica das famílias, 3. práticas de maior importância na área de alimentação e nutrição: educação sobre alimentação saudável, e 4. necessidades para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição: capacitação profissional e trabalho multidisciplinar com a atuação de nutricionista.

Facilidades para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição: manuais do Ministério da Saúde

Na primeira categoria, os profissionais reforçaram a relevância dos manuais do Ministério da Saúde como elementos facilitadores para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição.

A gente tem guias do Ministério da Saúde. De vez em quando, a secretaria de saúde manda folders, mas também não são todas as vezes. A gente pesquisa muito na internet, a gente monta os formulários para eles responderem, a gente traz cartazes. (E1).

Usamos sempre os manuais do Ministério. A gente recebe algumas portarias... A gente recebe portaria, eles mandam portarias, mas a gente nunca foi treinado pra isso. (E2).

Eu me baseio nos manuais do Ministério que a gente tem, nas informações da internet, né? (E3).

Dispor de material técnico respalda as ações realizadas pelos enfermeiros e representa um dos principais fatores para que se tenha sucesso nas consultas de enfermagem^{7,20}. A adequada utilização dessas tecnologias torna possível a padronização e a sistematização dos cuidados, permitindo sua qualificação^{21,22}. Para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, vários documentos técnicos do Ministério da Saúde estão disponíveis, sendo sua utilização importante para o diagnóstico correto do estado nutricional, a identificação de riscos nutricionais e a implantação de ações e programas prioritários^{21,23,24}. Entretanto, estudos têm relatado a disponibilidade insuficiente desses materiais nas unidades de saúde e dificuldades no seu uso^{21,23,25}, conforme relatado pelos enfermeiros do presente estudo, o que pode advir das suas limitações nas recomendações relacionadas às soluções exigidas do profissional de saúde na sua prática diária²⁶. Destarte, reforça-se a importância da capacitação para uma melhor apropriação desses instrumentos²¹.

Adicionalmente, conforme estudo internacional que ressaltou que enfermeiros recorrem aos recursos informacionais de mais fácil acesso e de respostas rápidas, como informações disponíveis na internet²⁷, os profissionais do atual trabalho também manifestaram o uso de material obtido por essa via. Vale questionar que tipo de documento

na internet os enfermeiros acessaram, como forma de ter garantia da sua qualidade. Como isso não foi possível de ser constatado neste estudo, recomenda-se o planejamento de pesquisas adicionais para esses fins. Cabe ressaltar que a valorização dos manuais do Ministério da Saúde mostrada pelos profissionais que participaram desta pesquisa revela a importância de estarem disponíveis para uso nas unidades de saúde.

Obstáculos para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição: situação socioeconômica das famílias

Na segunda categoria, a situação socioeconômica das famílias foi abordada como importante limitador relacionado à capacidade de ter uma boa alimentação e no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição.

O pessoal não tem muita condição social de realmente se manter com uma boa alimentação [...] não tem muito dinheiro pra verdura, não tem condições de comprar uma fruta, por exemplo, três vezes por semana. O pessoal não se alimenta direito, e é a grande maioria. (E2).

A baixa renda do pessoal, logo a gente trabalha com uma população muito carente [...] vem uma paciente aqui e aí a gente quer, uma criança, orientar, aí a gente manda pra nutricionista. Chegar lá, ela vai passar uma dieta. Nem sempre, na maioria das vezes, ela não tem condição de seguir aquela dieta [...] eles não querem nem ouvir, por isso que eles nem vêm pro posto. (E4).

Como é que você vai falar em nutrição, como é que você vai falar em alimentação se as pessoas não têm condição de comprar até o próprio alimento, né? [...] quando a gente orienta o paciente a ir falar com o nutricionista, ele diz logo: 'eu não vou não, que eu não tenho dinheiro pra comprar aqueles negócios que elas passa'. (E7).

A fragilidade socioeconômica de famílias como as do presente estudo é tida como um

dos principais responsáveis pela insegurança alimentar e nutricional. A relação entre esses dois fatores determina modificações na qualidade da alimentação, condicionadas ao baixo poder aquisitivo, priorizando-se o consumo de alimentos de alta densidade energética, que contribuem para a saciedade. As baixas condições socioeconômicas implicam a diminuição da quantidade de alimento que pode ser acessado, com impacto direto no bem-estar e na qualidade de vida²⁸. Assim como o presente estudo, outros também relataram as condições socioeconômicas das famílias atendidas na ESF como obstáculo para o desenvolvimento das ações pelos profissionais de saúde, reforçando-se a importância da compreensão do modelo de produção social da saúde e do estado nutricional^{23,29}. Assim, a formação dos profissionais, além do foco nos determinantes sociais da saúde, deve agregar bases relacionadas ao perfil epidemiológico e necessidades da população e de grupos vulneráveis, com vivências teóricas e práticas voltadas para a realidade local³⁰.

Práticas de maior importância na área de alimentação e nutrição: educação sobre alimentação saudável

Na terceira categoria, os profissionais deixaram clara a importância da educação com abordagem direcionada à alimentação saudável para que as mães das crianças ampliem seus conhecimentos sobre o tema. Entretanto, percebe-se tanto nas falas quanto na carência de argumentos que não há uma construção adequada do processo para a educação alimentar e nutricional.

Tentar sensibilizar essas mães, para, assim, pra ter uma alimentação saudável. Já pra evitar, né? Problemas futuros como, no caso a obesidade, que a gente vê que ultimamente tem aumentado bastante devido a esse erro alimentar. (E5).

Eles têm que entender que o que a gente tenta passar pra eles sobre alimentação é o melhor,

né? Acho que a gente só consegue isso através de conversa, conversa até mesmo amigáveis. Não adianta você querer impor nada às mães [...] tem que ser um trabalho de formiguinha mesmo. (E9).

É competência dos enfermeiros que fazem parte das equipes da ESF a educação em saúde, sendo responsáveis por consultas de enfermagem e atividades em grupo³¹. Os enfermeiros reconhecem por meio dessa categoria a importância de atividades educativas sobre alimentação saudável, o que pode ser reflexo da educação em saúde como prática relevante desse profissional^{32,33}. Além disso, o enfermeiro tem se preocupado com a busca de fundamentação teórica e prática para o desempenho do cuidado nutricional da criança³⁴.

Entretanto, estudos têm mostrado que a educação em saúde desenvolvida por enfermeiros é deficiente, associando-se a fatores como as crenças e os costumes das comunidades, a desvalorização profissional, a visão hegemônica centrada na doença na forma de pensar e as precárias condições materiais^{33,35}. Assim sendo, a promoção da alimentação saudável requer de enfermeiros capacitação para tal, uma vez que são eles os principais envolvidos nas ações de nutrição nas unidades de saúde, sem que contem, na maioria das vezes, com os conhecimentos necessários para esses fins^{23,29}. Além disso, para um cuidado nutricional efetivo, o serviço de saúde deve estar organizado de forma a permitir um processo constante de formação, ressaltando-se que a capacitação nem sempre resulta em educação permanente. Nesse sentido, por meio de um estudo desenvolvido em 28 municípios brasileiros de grande porte, sugeriu-se que a educação permanente em alimentação e nutrição viabiliza-se com a disponibilidade de recursos e parcerias, enquanto tem como fatores dificultadores a indisponibilidade de agendas e a falta de profissionais na gestão das ações de nutrição. Adicionalmente, destacam-se as ações educativas a partir do nível local, considerando as necessidades dos profissionais e da comunidade³⁶.

Necessidades para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição: capacitação profissional e trabalho multidisciplinar com a atuação de nutricionista

A quarta categoria trata a necessidade que os profissionais sentem de capacitação para atuar na área de nutrição, além da importância da integração da equipe de saúde mediante a multidisciplinaridade e a participação do nutricionista.

Acho que primeiro a gente tinha que saber classificar. Nem todo profissional sabe avaliar uma criança pra saber se uma criança tá desnutrida ou não, o acompanhamento dessa criança [...] e a gente ter realmente noções de orientação alimentar, porque a gente não tem. A gente só tem quando a gente vai em busca. (E3).

O nutricionista ele é, é como eu te falei, ele é de grande importância na unidade, mas eu acharia que todos os profissionais tivessem pelo menos um pouquinho do nutricionista, né? Que a gente tivesse um pouquinho do entendimento também. (E4).

Acho que a gente precisa saber mais sobre alimentos, as propriedades dos alimentos, essas coisas. A importância de cada fase, de cada nutriente, de cada coisa que a criança precisa mais, entendeu? E tentar fazer isso de uma maneira acessível pra eles, uma comida assim que ele tenha capacidade de obter. (E6).

Tudo que envolva a criança, crescimento e desenvolvimento, a gente nunca teve capacitação nenhuma [...] eu acho necessário ter nem que seja um minicurso. (E7).

Percebe-se, como em estudo anterior²⁹, o despreparo dos enfermeiros na área de nutrição, principalmente devido à falta de conhecimento técnico, o que pode comprometer a implantação das ações de alimentação e nutrição e prejudicar a integralidade do cuidado,

alertando para a necessidade de capacitação desses profissionais^{21,24,29}. Apesar de a enfermagem representar uma profissão idônea para contribuir de maneira significativa para a melhoria do estado nutricional da população³⁷, as ações de alimentação e nutrição caracterizam-se por sua interdisciplinaridade²⁹, como levantado nas entrevistas. Essa conjuntura vai de encontro à Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que prevê a garantia de educação permanente em alimentação e nutrição para os trabalhadores de saúde³⁸. Nesse sentido, é pertinente destacar a importância da educação interprofissional no processo de formação dos profissionais de saúde, com foco em práticas colaborativas que possam impactar o modelo de atenção à saúde³⁹. Sob esse aspecto, iniciativas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e a implantação dos Nasf configuram-se como importantes referências alicerçadas às premissas da educação interprofissional e do trabalho em equipe de forma colaborativa^{40,41}.

Cabe ressaltar que as deficiências atingem até ações básicas, como a vigilância do crescimento e do desenvolvimento, recomendada como um dos eixos estratégicos do cuidado à saúde da criança como parte da PNAISC, na qual a APS representa a coordenadora e o ponto central da assistência¹⁰. Essas fragilidades também foram anteriormente sistematizadas por meio de uma revisão da literatura que alerta sobre a probabilidade de efeitos negativos na promoção da saúde infantil e na prevenção de desfechos indesejados, além de constituir importante indicador da qualidade dos serviços²¹.

Por meio da análise das entrevistas, foi possível constatar, também, a importância atribuída ao trabalho do nutricionista na equipe multidisciplinar, conforme achados anteriores que destacam esse profissional como detentor de conhecimentos específicos para atuar no âmbito das questões de alimentação e nutrição, de forma a conscientizar a população sobre as consequências de uma má alimentação^{23,29,42}. O nutricionista é o único

profissional capacitado para realizar diagnósticos nutricionais e propor orientações dietéticas adequadas, podendo sua atuação contribuir com outros profissionais para o fortalecimento dos conhecimentos técnicos sobre a temática e a implantação das ações da área^{9,23,24,29,42}. Na APS, o nutricionista tem função de caráter predominantemente coletivo e centrado na comunidade, na perspectiva de contribuir para o planejamento e a organização do cuidado nutricional, em sintonia com a qualificação e a resolutividade dos serviços^{43,44}. Dessa forma, salienta-se a relevância do nutricionista para o campo de práticas do enfermeiro com relação à alimentação e à nutrição na APS, que destaca-se, a despeito de importantes lacunas na formação e nos conhecimentos em nutrição, por ser o profissional com maior envolvimento no cuidado nutricional e por seu papel fundamental na atenção à saúde da criança, com ações para a construção de conhecimentos sobre nutrição, a promoção da alimentação saudável e o aconselhamento nutricional^{24,37,42,45-47}.

Como limitações deste estudo, deve-se considerar que se restringiu a dois municípios de um estado da região Nordeste do Brasil, analisando, exclusivamente, a perspectiva dos enfermeiros, os quais podem apresentar uma visão dos serviços oferecidos diferente da de outras categorias profissionais e de outros atores sociais, como usuários e gestores. Além disso, as características intrínsecas à abordagem metodológica qualitativa, na qual a representatividade dos sujeitos é desconsiderada, não possibilitam a generalização dos resultados.

Conclusões

Os achados deste estudo propiciaram conhecer a percepção de enfermeiros sobre a importância do cuidado nutricional de crianças menores de cinco anos. Os resultados encontrados poderão servir de alerta para todos os profissionais de saúde que atuam diretamente

na atenção à criança, pois os discursos apresentados, além de ajudarem na compreensão sobre o cuidado nutricional da criança, mostram a necessidade de maior divulgação e sensibilização com os problemas nos serviços de atenção básica à saúde.

Os discursos apresentados pelos enfermeiros evidenciaram que o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na APS confronta dificuldades frente às barreiras do próprio sistema de saúde relacionadas à qualificação para trabalhar essa temática, bem como às demandas impostas pela situação socioeconômica da clientela. As práticas educativas sobre alimentação saudável foram as mais valorizadas. Considerando a importância atribuída pelos profissionais, as ações podem ser facilitadas com o uso dos manuais do Ministério da Saúde existentes para esses fins e com a atuação do nutricionista junto à equipe multidisciplinar, além da necessidade

implícita de capacitação em nutrição.

Dessa forma, percebe-se um desafio na formação de trabalhadores para atuarem no SUS, com foco na educação permanente. Essa premissa, acompanhada de outras mudanças, a exemplo da garantia de estruturas mínimas para as ações de alimentação e nutrição, da valorização profissional e da participação social como forma de interferir nos interesses coletivos relacionados às políticas de saúde, expressam circunstâncias da gestão democrática e do modelo de cuidado centrado no usuário, indispensáveis à satisfação com a atenção à saúde da criança na ESF.

Colaborador

Figueroa Pedraza D (0000-0002-5394-828X)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *Br M J*. 2010 [acesso em 2018 jan 10]; 341:c4945. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232266318_Brazil's_Family_Health_Programme.
2. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1499-1509.
3. Prezotto KL, Chaves MMN, Mathias TAF. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015; 49(1):44-53.
4. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1829-36.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(9):2961-73.
6. Jacowski M, Budal AMB, Lemos DS, et al. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Baiana Enf.* 2016; 30(2):1-9.
7. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, et al. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. *Rev. Min. Enferm.* 2013; 17(2):331-9.
8. Vasconcelos IAL, Sousa MF, Santos LMP. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. *Rev. Nutr.* 2015; 28(4):431-50.
9. Rigon SA, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad. Saúde Pública.* 2016 [acesso em 2018 jan 10]; 32(3):e00164514. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016000300709&script=sci_abstract&tlng=pt.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 5 Ago 2015. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
11. Nunes Pereira T, Monteiro RA, Santos LMP. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. *Gac. Sanit.* 2018; 32(3):297-303.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
13. Thumé E, Fehn AC, Acioli S, et al. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):275-88.
14. Tambasco LP. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate.* 2017; 41(esp2):140-51.
15. Oliveira MM, Figueroa Pedraza D. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate.* 2019; 43(122):763-77.
16. Alvarenga EC, Oliveira PTR, Pinheiro HHC, et al. Condições de trabalho de Equipes de Saúde da Família do Pará. *Rev. NUFEN.* 2018; 10(1):58-72.
17. Rolim MD, Lima SML, Barros DC, et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(8):2359-69.
18. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da Atenção Primária. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2016; 40(4):547-59.
19. Mattos LB, Dahmer A, Magalhães CR. Contribuições do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. *ABCS Health Sci.* 2015; 40(3):184-189.
20. Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, et al. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2018 [acesso em 2018 fev 14]; 52:e03327. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S008062342018000100415&lng=en&nrm=iso.
21. Figueroa Pedraza D. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2016; 16(1):7-19.
22. Figueroa Pedraza D, Santos IS. Profile and performance of nutritionists in Primary Health Care. *Rev. Nutri.* 2017; 30(6):835-45.
23. Pedraza DF, Menezes TN, Costa GMC. Ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da fa-

- mília: estrutura e processo de trabalho. *Rev. Enferm. UERJ*. 2016; 24(4):e15848.
24. Junqueira TS, Cotta RMM. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(5):1459-74.
 25. Venancio SI, Giugliani ERJ, Silva OLO, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2018 fev 14]; 32(3):e00010315. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016000300704&script=sci_abstract&tlng=pt.
 26. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Rev. Bras. Enferm*. 2013; 66(3):358-65.
 27. Thorsteinsson HS. Icelandic nurses' beliefs, skills, and resources associated with evidence-based practice and related factors: a national survey. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2013; 10(2):116-26.
 28. Teo CRPA, Ferraz L, Cembranel F. Agentes comunitários de saúde: percepções sobre alimentação no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2015; 14(3):1229-36.
 29. Pimentel VRM, Sousa MF, Hamann EM, et al. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(1):49-57.
 30. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1971-80.
 31. 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) [internet]. *Diário Oficial da União*. 31 Set 2017. [acesso em 2018 nov 11]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
 32. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016 [acesso em fev 2018 14]; 24:e2721. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609.
 33. Moreno CA, Ferraz LR, Rodrigues TS, et al. Atribuições dos profissionais de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, uma revisão das normas e práticas. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*. 2015; 19(3):233-40.
 34. Monteiro FPM, Caetano JA, Araújo TL. Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional. *Rev. Enferm. Anna Nery*. 2010; 14(2):406-11.
 35. Moutinho CB, Almeida ER, Leite MTS, et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*. 2014; 12(2):253-72.
 36. Ricardi LM, Sousa MF. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(1):209-18.
 37. Hidalgo MCM, López LP. Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición. *Nutr. Clín. Diet. Hosp*. 2017; 37(4):189-93.
 38. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
 39. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2019; 43(esp1):86-96.

40. Magnago C, França T, Belisário SA, et al. PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. *Saúde debate*. 2019; 43(esp1):24-39.
41. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Cuidado colaborativo entre os núcleos de apoio à saúde da família e as equipes apoiadas. *Physis*. 2018 [acesso em 2018 fev 14]; 28(3):e280310. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312018000300605.
42. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais. *Physis*. 2017; 3:793-811.
43. Conselho Federal de Nutricionistas. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. 3. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas; 2015.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Séria A. Normas e Manuais Técnicos).
45. Palombo CNT, Fujimori E, Toriyama ATM, et al. Difficulties in nutritional counseling and child growth follow-up: from a professional perspective. *Rev. Bras. Enferm*. 2017; 70(5):949-57.
46. Campos AAO, Cotta RMM, Oliveira JM, et al. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(2):529-38.
47. Einloft ABN, Cotta RMM, Araújo RMA. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da ação básica. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018;23(1):61-72.

Recebido em 15/03/2019

Aprovado em 04/12/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (Fapesq)

Sujeitos invisíveis e acessos possíveis: cuidado à saúde bucal de pessoas com fenda orofacial e expressões

Invisible people and possible accesses: the oral health care of the people with orofacial cleft and expressions

Priscila Figueiredo Cruz Ramos¹, Fábio Solon Tajra²

DOI: 10.1590/0103-1104202012411

RESUMO O objetivo deste estudo consiste em compreender o cuidado à saúde bucal de pessoas com fenda orofacial e suas expressões. Esta pesquisa teve a história de vida como recurso metodológico. Analisaram-se as narrativas de quatro mulheres com idades entre 19 e 28 anos, moradoras da zona urbana de um município do Nordeste brasileiro. Foram estruturados quatro encontros, gravados e transcritos, em que vivenciou-se a construção de uma identidade e formação do vínculo, resgate das redes sociais e comunitárias de apoio, caminhos percorridos nos serviços de saúde e a percepção sobre os serviços. A análise dos dados foi inspirada na abordagem hermenêutica de P. Ricoeur. Identificaram-se quatro unidades de sentido: Ser-fissurado?; Rede de cuidados; Fluxos assistenciais em saúde bucal para pessoas com fenda orofacial e suas expressões; e Percepção sobre os serviços de saúde. Concluiu-se que há uma rede fragmentada quanto ao cuidado à saúde bucal, com falhas na comunicação, articulação e integração dos serviços de saúde, pouco envolvimento e apropriação dos casos pelas equipes de atenção básica, com importantes repercussões dos estigmas sociais sobre o paciente. Assim, estratégias para o aprimoramento das relações, bem como articulação e integração entre os serviços devem ser desenvolvidas na tentativa de superar tais problemas.

PALAVRAS-CHAVE Acesso aos cuidados de saúde. Saúde bucal. Fissura labial. Fissura palatina. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *The objective of this study was to understand the oral health care of people with orofacial cleft and their expressions. This research had the history of life as a methodological resource. It was analyzed the narratives of four women aged between 19 and 28 years, living in the urban area of a Brazilian northeast municipality. Four meetings were structured, recorded and transcribed, in which we experienced the construction of an identity and formation of a bond, rescue of social and community support networks, paths taken in health services and perception on services. The analysis of the data was inspired by the hermeneutic approach of P. Ricoeur. Four sense units were identified: Be a person with orofacial cleft?; Health care network; Oral health care flows for people with orofacial clefts and their expressions; and, Perception about health services. It was concluded that there is a fragmented oral health care network, with poor communication, articulation and integration of health services, low involvement and appropriation of cases by primary care teams, with important repercussions of social stigmas on the patient. Thus, strategies for improving relations, as well as articulation and integration among services should be developed in an attempt to overcome such problems.*

KEYWORDS *Health Services Accessibility. Oral Health. Cleft lip. Cleft palate. Qualitative research.*

¹Universidade Estadual do Piauí (Uespi), Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Teresina (PI), Brasil.

²Universidade Federal do Piauí (UFPI), Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Teresina (PI), Brasil. fstajra@hotmail.com



Introdução

O cuidado à saúde deve ser oportunizado após o reconhecimento das necessidades, demandas e representações da população. Exige a atuação, a articulação e a integração de diversos sujeitos e setores na tentativa de se construir uma rede, tendo em vista a integralidade¹. Aqui, é importante salientar que o propósito de cuidado vai além da questão técnica. Inclui a atenção e a assistência à saúde e faz referência ao empoderamento dos sujeitos que operam para a transformação de suas práticas².

A organização e o funcionamento das ações e dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS) fazem parte dessa construção. Constituem elementos de reestruturação, mantendo a coerência com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Esse é um dos aspectos da atual política de saúde brasileira, formalizado por meio da Portaria nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011^{4,5}.

O trabalho em rede exige a participação de uma equipe multiprofissional e uma atuação interdisciplinar, aliada a um modelo de atuação intersetorial^{5,6}. Esse é um desafio a ser superado pelas diversas categorias profissionais, e a odontologia é uma delas⁶.

A odontologia tem uma trajetória singular na história das políticas públicas brasileiras. A sua inserção no modelo de atenção orientado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e com enfoque nas famílias e comunidades se deu após sete anos de implantação do Programa Saúde da Família^{7,8}. A partir das Conferências de Saúde Bucal e da formalização da política nacional, intitulada Brasil Sorridente, percebe-se uma transformação no trabalho em saúde e a incorporação de aspectos mais abrangentes na saúde bucal das pessoas e comunidades⁶.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) propôs níveis de atenção com enfoque na humanização do trabalho e na integralidade do cuidado. Isso foi possível por meio da construção de linhas de cuidado, as quais consistiram na concretização das ações e dos serviços da RAS. Entre as linhas de cuidado, podem-se citar: grupos etários, saúde

do trabalhador, pessoas com deficiência, pessoas com doenças crônicas e saúde da mulher⁸.

No Brasil, uma das redes temáticas de maior relevância tem sido a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Isso se deve ao movimento disparado no âmbito mundial e esteve contido nos objetivos do milênio da Organização Mundial da Saúde⁹. A Rede Cegonha, instituída por meio da Portaria de nº 1.459/2011, é resultante desse movimento e está consolidada no País¹⁰.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 793/2012, também apresentou destaque no Brasil. Foi implantada com a intenção de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às Pessoa com Deficiência (PcD) no SUS, assim como de promover a sua vinculação e de suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e a integração dos serviços em redes. Aqui, a saúde bucal se mostrou transversal a todos os seus componentes, seja nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou nas unidades hospitalares e em todos os níveis de atenção^{11,12}.

O movimento em prol do cuidado à saúde bucal de PcD teve outro marco histórico, ainda em 1994, por meio da Portaria SAS/MS nº 62¹³. Naquela ocasião, foram estabelecidas normas para o cadastramento de hospitais que realizassem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o SUS, bem como elencados aspectos da estrutura física, dos equipamentos e categorias profissionais que, aqui, seriam indispensáveis. Em se tratando dos procedimentos e do financiamento para o serviço, outras bases normativas foram publicadas, a saber: Portaria SAS/MS nº 718, de 20 de dezembro de 2010, e Portaria GM/MS nº 2.867, de 27 de novembro de 2008^{13,14}.

No Brasil, somente 28 hospitais foram credenciados. Um deles encontra-se em Teresina, Piauí¹⁵. Contudo, sabe-se que a unidade hospitalar não dá conta de todas as necessidades e demandas relacionadas ao cuidado à saúde de PcD. É importante investir no fortalecimento de outros pontos de atenção à saúde, assim como

no desenvolvimento do potencial humano, das relações e da dinâmica para o trabalho em rede.

Após vivenciar o processo de territorialização e planejamento em saúde durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, foram observados casos de má-formação congênita relacionados ao processo de desenvolvimento orofacial. Um deles envolvia uma gestante que expressava essa situação e, na oportunidade do contato, era conhecedora desse diagnóstico também para a sua criança. Isso gerou uma reflexão de como o cuidado estava sendo conduzido para a mulher e de que forma estava sendo preparada para cuidar do seu bebê.

Diante disso, o questionamento que movimentou este estudo surgiu quanto ao cuidado à saúde bucal e à construção de redes. Assim, objetiva-se compreender o cuidado à saúde bucal de pessoas com fenda orofacial e suas expressões.

Material e métodos

Foi realizada pesquisa qualitativa, em que a história de vida foi utilizada como recurso metodológico^{16,17}. Trata-se da história contada por quem a vivenciou, com a finalidade de apreender e compreender a vida conforme ela é relatada e interpretada¹⁷. A partir disso, foi possível caracterizar a prática social de um grupo de pessoas acerca do cuidado à saúde bucal com resgate dos seus valores, definições e atitudes.

A análise dos dados foi desenvolvida a partir do referencial teórico da hermenêutica de Paul Ricoeur¹⁸. A Teoria de Ricoeur está fundamentada em três níveis: o da vida cotidiana ou do vivido, o da vida científica e o nível propriamente reflexivo, contemplando a fenomenologia, a ciência e a filosofia da linguagem, respectivamente¹⁹. Assim, toda a produção de dados diz respeito a questões singulares.

Neste estudo, foram considerados os sentidos e as unidades de significado de cada uma das narrativas produzidas, obtidos após a imersão em três fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação. Trata-se aqui de uma possível

compreensão sobre essa temática a partir desses achados de pesquisa. Faz-se referência a contextos e cenários específicos. Assim, é possível que outras compreensões possam ser geradas a partir de relatos de vida diversos^{18,19}.

A pesquisa foi realizada com mulheres de um dos bairros da zona leste/sudeste do município de Teresina (PI). Participaram da pesquisa mulheres nas idades compreendidas de 19 a 28 anos, com fenda orofacial e suas expressões, ou mães de crianças com essa condição. O diagnóstico clínico específico da fenda orofacial (se fenda labial exclusiva, por exemplo) não foi levado em consideração. Para este estudo, foi considerado o diagnóstico ao nascer com a fenda labial e/ou palatina (associadas ou não).

Todos os sujeitos que participaram do estudo foram selecionados a partir do processo de territorialização. O contato com as mulheres para participação na pesquisa foi feito pelo pesquisador principal.

As entrevistas foram estruturadas em quatro encontros com cada participante, a saber:

- i. Primeiro encontro: apresentação e aproximação, além do reconhecimento das necessidades de saúde e cuidado. O recurso utilizado foi um autorretrato construído por meio de desenho.
- ii. Segundo encontro: construção do ecomapa, reconhecimento da história de cuidado dos sujeitos e suas relações. Pergunta disparadora: ‘quando o assunto é cuidado à saúde, que sujeitos e equipamentos sociais e de saúde compõem sua rede?’.
- iii. Terceiro encontro: reconhecimento das necessidades, demandas e representações das pessoas com fenda orofacial e suas expressões, com ênfase na saúde bucal, além da identificação do itinerário para a materialização do cuidado.
- iv. Quarto encontro: análise da percepção dos serviços de saúde, além das possibilidades de aperfeiçoamento e melhoria da rede.

Os encontros aconteceram em uma sala da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou na residência da participante, conforme sua escolha. Cada um desses encontros teve tempo médio de 60 minutos; foi gravado; e, posteriormente, transcrito para análise.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Piauí, sob o número 2.059.339. Os nomes das participantes da pesquisa, aqui apresentados, são fictícios.

Resultados e discussão

Analisaram-se as narrativas de 4 mulheres entre um universo de 11 casos identificados. Destes, 3 eram menores de 18 anos, 1 havia mudado de bairro durante a pesquisa e outras 3 se recusaram a participar. As 4 mulheres que fizeram parte deste estudo apresentaram histórias singulares, que se diferenciam desde o diagnóstico até o acesso à rede. Vale ressaltar que as narrativas apresentadas dizem respeito a trajetórias e acontecimentos que atravessam ciclos de vida diferentes e, por isso, resgatam necessidades, demandas e representações diversas. Isso foi levado em consideração na análise.

Construiu-se uma breve caracterização dessas histórias e, em especial, as intercorrências do itinerário terapêutico. A saber:

A história de Frida: “na escola, perguntavam se eu era de outro país ou era de outro mundo”.

Frida, teresinense, 26 anos, casada, tinha uma filha também com o diagnóstico de fenda orofacial obtido ainda durante a gestação. Carregava um grande peso consigo, já que atribui a separação de seus pais ao diagnóstico. Sua mãe, em uma ‘vida Severina’, teve que priorizar a alimentação da família em detrimento de sua cirurgia. Com a demora no acesso à cirurgia, Frida foi vítima do estigma social durante sua infância. Ela se deparou com um meio social que a isolava e, por isso, perdeu um ano escolar. No início da adolescência, teve acesso ao procedimento cirúrgico no palato. Assim que fez a cirurgia, relatou que passou três meses sem falar, porque estranhou sua própria voz. Buscou meios diversos de superação. Além de forte religiosidade, contou com uma rede de apoio familiar e profissional. De sua rede assistencial, destacou os profissionais da psicologia e da fonoaudiologia. Depois de tudo que tinha passado, Frida percebia que a sua relação com a rede de apoio familiar, composta por sua mãe e sua irmã, é um ponto forte na sua vida (*figura 1*).

Figura 1. Frida, à procura de si mesma



O que Tarsila tem para contar: “o hospital é a minha segunda casa”.

Tarsila, teresinense, 20 anos, casada, estava gestante e foi diagnosticada assim que nasceu com fenda orofacial, que se estendia do lábio ao palato. Relatou ter passado por dificuldades, pois não conseguia segurar o alimento na boca. Somado a isso Tarsila tinha muita ânsia de vômito e queixava-se de sangramentos frequentes. Foi amparada pelos pais, que sofriam com o seu estado de saúde e a acompanhavam nas suas peregrinações pelos hospitais do município.

Tinha o hospital como uma segunda casa, pois havia permanecido lá por muito tempo. Sentia-se muito grata por todo tratamento no hospital, porque foi lá que realizou o tratamento clínico e cirúrgico para o fechamento da fenda. Além da equipe médica e odontológica, contou com o cuidado do fonoaudiólogo. Tarsila era grata ao cuidado e à preocupação dos seus pais, que significavam um porto seguro. Também demonstrou ansiedade e apreensão, pois estava gestante e não sabia, ainda, se o seu filho apresentava o mesmo defeito congênito (figura 2).

Figura 2. Tarsila, por ela mesma



Coisas que Adriana tem para dizer: “só vim conhecer o que era vaidade depois que me casei”.

Adriana, potiguara, 36 anos, era casada e tinha uma filha. Aos 15 anos, mudou-se para Teresina. Teve que largar os estudos cedo para ajudar nas despesas de casa. Demonstrou preocupação com sua família, pois aos 12 anos viu seu único irmão falecer. Por conta disso, foi superprotegida em casa e teve infância e adolescência muito restritivas. No quesito vaidade, só foi conhecer o que era maquiagem após o casamento. Demonstrava ser preocupada com

a família, religiosa, vaidosa e se considerava livre. Comentou que a conquista da liberdade era motivo de felicidade, uma vez que teve uma adolescência de muitas restrições. Em se tratando da construção de sua rede assistencial, pontuou que foi desafiante. Foi informada no pré-natal que sua filha iria nascer com uma fenda orofacial. Contudo, não recebeu orientação e se viu perdida quando sua filha nasceu. O acesso à rede se deu por meio do plano de saúde da sua filha. Não tinha conhecimento do acesso na rede pública (*figura 3*).

Figura 3. Por trás de Adriana



As várias afetações de Edith: “*faço tratamento desde o nascimento [...] sou uma pessoa muito feliz por ter saúde*”.

Edith, teresinense, 19 anos, era solteira e nasceu com fenda orofacial. Sua mãe tomou consciência da sua condição de saúde somente após seu nascimento. Tinha uma irmã que nasceu com a mesma expressão que a sua, mas faleceu com 2 meses de vida. Fazia tratamento desde seu nascimento e era muito grata por sua saúde. Estava terminando o ensino médio em uma escola particular. Em seu tempo livre, ajudava no empreendimento de sua tia. Edith morava com sua mãe. Seus pais se separaram

quando ela tinha 14 anos. Apesar disso, os pais de Edith mantiveram contato, e isso a deixava bastante feliz, porque poderia contar com o apoio deles. Edith se sentia fortalecida pela união de sua família e seus amigos. Com isso, não tinha motivos para lamentar; somente, agradecer. Algumas pessoas chegavam a mencionar para ela que nunca a viam triste. Certo dia, perguntou à sua mãe quantas cirurgias já tinha feito, e ela respondeu que “*tinha perdido as contas*”. Relatou que não sentia medo diante dos procedimentos cirúrgicos que precisava fazer. Percebia o quanto melhoravam sua fala e sua aparência (*figura 4*).

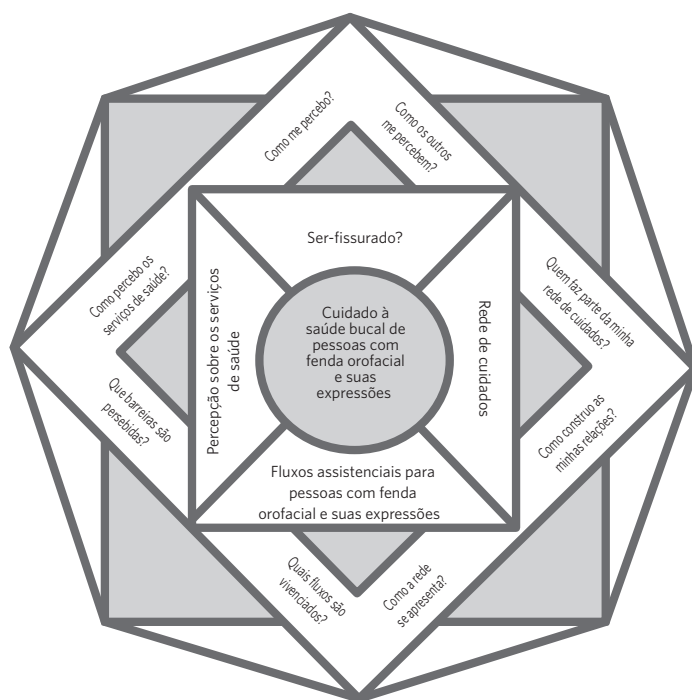
Figura 4. Autorretrato de Edith



Ao analisar as narrativas dessas mulheres, identificaram-se quatro unidades de significado: Ser-fissurado?; Rede de cuidados; Fluxos

assistenciais em saúde bucal para pessoas com fenda orofacial e suas expressões; e Percepção sobre os serviços de saúde (*figura 5*).

Figura 5. Unidades de sentido relacionadas à rede de cuidados de pessoas com fenda orofacial e suas expressões



a) Ser-fissurado?

Alguns sujeitos percebem a fenda orofacial como um problema de constituição física, que pode envolver lábio, gengiva, palato e comprometer as funções mastigatórias, a fonação e o alinhamento dentário (estética). Trata-se de um tipo de má-formação não sindrômica, comum na região craniofacial, e que acarreta diversos transtornos, entre eles, os sintomas depressivos^{20,21}.

Quando questionados, os participantes da pesquisa relataram não se sentirem satisfeitos com o termo 'fissura', utilizado para tratar desse problema. Uma delas mencionou que: "fissura só me lembra de cachorro" (Frida). Diante dessa narrativa, é importante refletir acerca da terminologia mais adequada e da forma de abordar os sujeitos. Não atentar para isso poderá contribuir para a reprodução do preconceito, reforçar o estigma que atravessa as expressões da fenda orofacial e interferir na qualidade de vida de cada uma dessas pessoas²².

Historicamente, o termo utilizado para esses casos era 'lábio leporino', e foi atribuído às pessoas que sofriam com defeito congênito caracterizado pela fusão do processo nasal mediano com o processo maxilar (fissura ou fenda labial). A falha na fusão das prateleiras palatinas resultava em fenda palatina²³. A fenda na área labial era similar, morfológicamente, com a região labial apresentada pelos mamíferos lagomorfos da família *Leporidae*, geralmente conhecidos como lebres.

Para o Comitê Federal de Terminologia Anatômica (FCAT) e a Federação Internacional das Associações de Anatomistas (IFAA), os termos mais apropriados são fenda labial, fenda palatina ou fenda labiopalatina/orofacial, pois descrevem concretamente essa falha de desenvolvimento e evita uma comparação morfológica que, de certa forma, torna-se desdenhosa e não obedece a uma linguagem médica e científica apropriada²⁴.

Esse tipo de fenda pode ser percebido ainda durante a gestação, por meio do exame

de ultrassonografia morfológica. Contudo, o nível de comprometimento funcional e estético da fenda só é possível detectar após o nascimento²⁵. Isso significa dizer que, desde cedo, a gestante poderá se apropriar dessa expressão e dos principais cuidados que deve compartilhar com os seus filhos. Além disso, essa informação, ainda durante a gestação, poderá preparar a mãe quanto aos sentimentos e afetações relacionados a essa descoberta.

Quando questionadas sobre as reações diante do diagnóstico, algumas mulheres relataram ansiedade, medo e apreensão: “quando minha mãe me viu, teve reação de susto [...] aceitou, porque tinha solução” (Frida). Isso foi minimizado por meio de consulta aos profissionais, além da rede de apoio, familiares e amigos:

o médico falou para minha mãe, durante o exame, que eu tinha um problema e deveria fazer uma cirurgia [...] mas ela só entendeu o problema quando nasci. (Edith).

Isso também aconteceu com as pessoas que apresentavam a fenda orofacial, na medida em que começavam a se apropriar do seu próprio corpo e se relacionavam com outras pessoas. O olhar do outro sobre aquela expressão era percebido com diferença e estigma: “minha voz era anasalada ao ponto de ninguém entender nada [...] perguntavam se era de outro país ou de outro mundo” (Frida). Goffman²⁶ trata do estigma como o produto de um juízo de valor que se atribui a uma pessoa sem levar em consideração as suas qualidades, que pode gerar comportamentos sociais defensivos ou, mesmo, o isolamento social.

Os impactos no convívio social mencionados pelos sujeitos estavam relacionados a problemas com a fonação e a estética. Quanto à comunicação, mencionaram a vergonha e o medo de falar diante da dificuldade de articulação das palavras: “tenho vergonha de falar [...] medo de não conseguir me expressar” (Edith).

Os impactos no convívio social relacionados ao estigma estético acontecem diante da

expressão da fenda labial e do achatamento do nariz. Isso pode ser percebido pelos sujeitos no contato com outras pessoas em cada um dos espaços que frequentam: “o povo fala: meu Deus!!! [...] tens aquilo diferente no lábio” (Edith).

Acredita-se que a educação em saúde pode ser um dos mecanismos para minimizar os estigmas sociais relacionados à pessoa com fenda orofacial. Isso pode ser oportunizado em momentos diferentes, na tentativa de estabelecer o contato com as diversas temáticas, as suas expressões e as formas de cuidar. A educação em saúde, enquanto estratégia de promoção da saúde, tem sido caracterizada como um veículo transformador de práticas e comportamentos, capaz de construir mecanismos que possam reduzir os estigmas sociais²⁷.

Apesar do estigma, os sujeitos mencionaram buscar estratégias para a sua superação. O reconhecimento do estado de saúde no âmbito sistêmico esteve muito além da expressão restritiva da fenda orofacial:

não tenho nenhum motivo para chorar [...] as outras pessoas falam que nunca estou triste, só estou sorrindo [...] sou uma pessoa muito feliz por ter saúde. (Edith).

b) Rede de cuidados

Diante das necessidades geradas, foi possível compreender a rede de cuidados construída por cada um dos sujeitos entrevistados. Em cada uma das narrativas, percebeu-se que a rede tem início no âmbito familiar e tem sido o motivo do bem-estar subjetivo: “o que mais me faz feliz, hoje, é saber que meus pais me apoiam em tudo” (Edith).

De fato, os pais têm sido essenciais para compor a rede de cuidados. Após a fase de apropriação da sua saúde e do reconhecimento da falta de recursos para o cuidar-de-si, os sujeitos costumam mobilizar o seu núcleo familiar²⁸. Isso perpassa a afetividade e a responsabilização, e é indispensável para operar a transformação mencionada anteriormente sobre a efetivação do cuidado.

Durante o tratamento, o papel dos pais e responsáveis está relacionado com a continuidade do pós-operatório no âmbito domiciliar, de forma compartilhada com a equipe de saúde. É construído a partir das dificuldades do cotidiano²⁹. Isso se estende aos cônjuges, na medida em que se formam novos laços afetivos e amorosos com outros sujeitos: “*em relação à saúde, posso contar com duas pessoas: meu esposo e minha mãe*” (Frida).

Isso significa dizer que a família, por muitas vezes, sente-se fragilizada diante do quadro clínico vivenciado e também precisa de atenção. Aqui, podem-se mencionar dificuldades nas relações interpessoais, com destaque para a falta de estrutura emocional que alicerça essa rede de apoio. Entre os sentimentos que essa família possa vivenciar e que, possivelmente, podem comprometer o suporte no cuidado, estão: a desesperança, a impotência e o medo. Esses são alguns exemplos de aspectos que merecem atenção.

Neste estudo, algumas adversidades foram entendidas como barreiras para o cuidado. Foram relatadas dificuldades inerentes ao tratamento longo e invasivo da fenda orofacial e ao afastamento da família devido a essa condição: “*meu pai só namorou com minha mãe [...] engravidou ela [...] e devido eu ter nascido com a fenda, ele a abandonou*” (Frida).

O tratamento da pessoa com fenda orofacial, usualmente, torna-se complexo e longo, pois inclui uma equipe multiprofissional em contatos frequentes, assim como a realização de procedimentos cirúrgicos bastante invasivos aliados à observação da evolução e do processo de cicatrização³⁰. Aqui, o vínculo com os profissionais opera em prol do cuidado e possibilita o reconhecimento da situação de saúde, além da tomada de decisões sobre a conduta e a adesão ao plano de tratamento proposto³¹. Isso foi observado em algumas narrativas:

durante as internações, eu achei bom, porque, apesar de ficar no hospital, fui muito bem cuidada. (Frida).

o hospital representou boa parte da minha vida até os dias de hoje [...] agradeço muito aos profissionais de lá [...] todo tratamento [...] eu gosto de ir lá, me sinto em casa. (Tarsila).

Esse vínculo com a equipe multiprofissional do hospital, por vezes, foi representado de forma individual por um único profissional: “*a doutora faz parte da vida de todo mundo que tem a fenda labiopalatina*” (Frida). A centralização do cuidado na figura de um único profissional em um equipamento de saúde em um nível de atenção terciário não foi vista como oportunidade neste estudo. Isso poderá comprometer a unidade da rede. Acredita-se que devem existir profissionais de referência em cada um dos níveis de atenção na tentativa de articular o cuidado mediante as necessidades de saúde dos sujeitos.

c) Fluxos assistenciais em saúde bucal para pessoas com fenda orofacial e suas expressões

A assistência integral à mulher, que inclui o planejamento familiar e o pré-natal, constitui requisito basilar na Estratégia Saúde da Família (ESF)³². A gravidez é um período de mudanças físicas e emocionais que as mulheres vivenciam de forma distinta. Essas transformações podem gerar medo, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo³².

Nesse aspecto, as equipes de Saúde Bucal (eSB) também devem valorizar esse período tão significativo na vida da mulher, incluindo a atenção odontológica no pré-natal. No entanto, é preciso ir além da atenção multiprofissional. É necessário tencionar práticas interdisciplinares e intersetoriais na tentativa de ampliar as possibilidades de cuidado para a saúde da mulher e da criança.

A assistência à saúde da pessoa com fenda orofacial e suas expressões inicia-se antes mesmo do nascimento. É importante que o primeiro contato se dê, ainda, no planejamento familiar e durante o pré-natal, uma vez que existem fatores etiológicos que extrapolam a genética, como a exposição ao álcool, ao

cigarro, as deficiências nutricionais e a exposição a defensivos agrícolas²³. Durante as consultas de pré-natal, por exemplo, deverão ser feitas investigações sobre os fatores de risco e fatores protetivos relacionados a essa expressão, a fim de reconhecer as necessidades imediatas de cuidado e de estabelecer uma conduta de contato, articulação e a integração com os serviços de referências. Esse é um dos pré-requisitos de constituição da rede³³. A falta de informação nesse período pode ocasionar alguns problemas, que incluem o desconhecimento da rede assistencial: “quando soube, durante a gestação, o médico não me informou nada sobre o tratamento de fenda [...] não sabia como conseguir uma consulta pelo SUS” (Adriana).

Uma vez iniciado o tratamento, as consultas devem acontecer periodicamente, pois as expressões da fenda orofacial acompanham as fases de desenvolvimento e crescimento da criança, sendo necessárias intervenções em períodos de tempo que só podem ser determinados mediante análise: “é feito acompanhamento com a doutora em relação à dentição, pois [...] a pessoa que nasce com a fenda não tem os dentes alinhados” (Adriana).

A proposta de rede vivenciada no SUS tem a atenção básica (AB) como coordenadora e reguladora do cuidado³³. As consultas para os equipamentos de atenção secundária e terciária devem ser reguladas pelas UBS, compondo, assim, o sistema de referência e contrarreferência. Neste estudo, observou-se que os profissionais da AB não estavam preparados para orientar o usuário na rede:

na UBS, pedi para marcar para o hospital, mas não colocaram o nome do profissional, e voltei [...] na UBS, de volta, disseram que não sabiam fazer [...] liguei para o hospital, e a atendente deu as orientações para a funcionária do Same [Serviço de Arquivamento Médico e Estatística]. (Adriana).

A falta de informações sobre a organização e o funcionamento dos serviços e o despreparo da equipe do Same, nesse caso, constituem as barreiras funcionais.

A dificuldade no acesso às consultas especializadas de serviços públicos também foi relatada pelas participantes desta pesquisa:

nunca recorri à UBS porque demora e tem que acordar de madrugada [...] vou ao plano de saúde [...] em três dias liberam a cirurgia. (Adriana).

hoje, para tudo que for fazer [...] você marca no posto de saúde e agenda a consulta [...] uma luta. (Frida).

O cuidado à saúde não se materializa somente com o acesso ao procedimento. A falta de informação e o despreparo dos cuidadores antes da realização dos procedimentos poderão ocasionar desconforto e interferir no vínculo com a equipe de saúde³¹. É indispensável incorporar a família em todas as etapas. Isso inclui a tomada de decisões quanto aos procedimentos que serão oportunizados à pessoa com fenda, as orientações no pré e no pós-operatório.

As crianças submetidas aos procedimentos cirúrgicos, quilorrafia e palatorrafia reconstrutoras da fenda labial e da fenda palatina, respectivamente, devem receber alta hospitalar quando seus cuidadores estiverem aptos aos cuidados inerentes à cirurgia^{24,29}. Essas são as primeiras cirurgias plásticas reparadoras executadas durante o longo e complexo tratamento das pessoas com fenda orofacial.

Para crianças que nascem com a fenda, a cirurgia é um desafio não só estético, mas, principalmente, funcional. Os cuidados incluem a preparação e a atenção na consistência dos alimentos, utensílios utilizados para a administração da alimentação, técnica de limpeza da ferida operatória, realização da higiene oral, sinais e sintomas de dor, analgésicos a serem utilizados em cada um dos casos e reconhecimento de sangramento atípico³¹. Algumas dessas complicações foram relatadas: “tudo que eu comia, vomitava e derramava muito sangue [...] voltei para casa depois de muito tempo no hospital” (Tarsila).

A atuação multiprofissional e a conduta interdisciplinar também contribuem para construir o cuidado à saúde das pessoas com fenda orofacial. Entre os profissionais, tem-se o Cirurgião-Dentista (CD), que tem como desafio a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento da fenda orofacial, como a restauração de dentes cariados, substituição de dentes ausentes por meio de reabilitações protéticas e ortodônticas, entre outros³⁴. Isso tudo sem perder de vista as necessidades de saúde que se somam, como o acompanhamento psicológico, fonoaudiólogo e fisioterapêutico, que estão associados ao cuidado em saúde de forma mais abrangente.

No Brasil, não há uma legislação específica sobre a composição da equipe multidisciplinar ou um modelo organizacional que deve compor a assistência de saúde à pessoa com fenda orofacial. No entanto, estabelece as normas para hospitais credenciados para realização de procedimentos integrados de reabilitação estético-funcional para pessoas com fenda orofacial no SUS³⁵. Isso ratifica a necessidade de se pensar em bases normativas que assegurem a composição de uma equipe mínima para o seguimento do cuidado de pessoas com fenda orofacial.

d) Percepção sobre os serviços de saúde

No que diz respeito à percepção sobre os serviços de saúde, foram apresentadas outras dificuldades quanto ao acesso:

o acesso à doutora é complicado [...] tive que andar bastante para conseguir [...] tive que pagar para poder falar com ela pela primeira vez e conseguir chegar ao tratamento no hospital. (Adriana).

O acesso, enquanto atributo da atenção primária à saúde, implica contato e utilização dos serviços de saúde pelos usuários³⁶. Neste estudo, percebeu-se que existem diversas barreiras, como a intensa burocratização. Isso resulta em um elevado tempo de espera para as consultas e os exames. Nesse caso, os serviços de saúde parecem construir impedimentos para a construção de uma rede eficiente e resolutive.

A identificação dos limites do acesso foi observada desde a AB até os serviços de média e alta complexidade. Entende-se que a AB, enquanto porta de entrada, deve disparar processos que mobilizem serviços e setores em prol do cuidado. Nesse sentido, devem-se aglutinar recursos para que isso se concretize.

Em outra fase, o acolhimento se apresentou como recurso para a construção de vínculos. Alguns autores mencionam que o acolhimento, quando feito por uma equipe multiprofissional, tem como finalidade manter a escuta qualificada, delimitar de forma participativa os encaminhamentos oportunos e necessários, assim como minimizar as dificuldades inerentes à marcação de consultas e ao acesso ao tratamento nos níveis de atenção especializada e de alta complexidade³⁷. Esse deve ser um investimento a ser vivenciado por toda a equipe de saúde, e as interferências diante desse processo devem ser minimizadas ou superadas.

Com relação ao seguimento do tratamento, também foi citada a falta de cobertura de procedimentos de média e alta complexidade, como o acesso ao enxerto ósseo e gengival e a implantes unitários:

o dentista falou que tinha que pagar [o material, tendo em vista que aquele disponibilizado no serviço público era de qualidade inferior] [...] e ainda demorou uns dois meses para liberar [o procedimento] pelo SUS. (Edith).

O acesso a procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional para pessoas com má-formação labiopalatal está amparado legalmente pela Portaria de nº 718 desde dezembro de 2010³⁵. Entretanto, os procedimentos de alta complexidade, como implantes dentários, não foram incluídos como procedimento de reabilitação estético-funcional. Sobre esse acesso, a nota técnica de nº 23, de 20 de junho de 2017, previu mudanças a partir do ano de 2018 na composição dos repasses efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde, revisando valores de procedimentos ofertados e incluindo a reabilitação com implantodontia e ortodontia pelo SUS³⁸.

Quanto à qualidade do material, entende-se que se trata de uma demanda relacionada à aquisição e ao processo licitatório. Nesse caso, é importante compor uma equipe técnica que seja capaz de descrever a relação dos materiais ou serviços, com suas especificações técnicas apropriadas, além de estabelecer prazos de entrega, condições de recebimento, entre outros. Cabe à equipe responsável por essa atividade acompanhar a compra e o recebimento de cada um dos itens na tentativa de checar se todos os aspectos foram cumpridos.

Vale ressaltar que as falhas nesse processo não justificam a solicitação de materiais e serviços particulares, como se percebe na narrativa anterior. É preciso que as informações sobre a qualidade do material cheguem ao gestor e, assim, possam ser desenhadas outras formas de superar o problema.

No que diz respeito aos cuidados pré e pós-operatório, outro componente interpretativo presente neste estudo, percebeu-se que há despreparo da equipe de saúde e dificuldade de socialização das informações entre os profissionais, clientes e cuidadores: “*seria bom que os profissionais do posto de saúde fossem mais informados sobre a fenda [...] eles não sabem orientar*” (Adriana).

O cuidado de pessoas com fenda orofacial e suas expressões exige capacitação técnica adequada, que passa pelo conhecimento de especialidades como a cirurgia buco-maxilo-facial, ortodontia e a implantodontia, por exemplo³⁵. Isso está relacionado com forte investimento de formação e desenvolvimento profissional.

Aliado a isso, o cuidado exige suporte individual e familiar contínuo. A promoção de saúde e a capacitação dos cuidadores referentes aos aspectos pré e pós-operatórios contribuem para amenizar a sua ansiedade, já que, geralmente, enfrentam níveis elevados de estresse físico e psicológico, além de reduzirem as possíveis complicações pós-operatórias³⁰. Neste estudo, algumas situações foram desencadeadoras do nervosismo e da ansiedade, colocando em debate o adequado suporte que deveria ser compartilhado:

queria que os médicos explicassem melhor sobre o aparelho [...] após a colocação, minha filha vomitava muito [...] fiquei muito nervosa no banheiro do hospital. (Adriana).

Em outras situações, algumas mulheres perceberam diferença no cuidado à saúde entre o serviço público e o privado:

vi uma criança como a minha, que fez a cirurgia e não precisou de pontos [...] fez particular [...] saiu no mesmo dia [...] quem faz pelo SUS é pontilhado e sai depois [...] é de qualquer jeito, mas resolve. (Frida).

Alguns autores mencionam que a prestação de serviço público ainda mantém foco na oferta desse serviço, deixando de se preocupar com a qualidade³⁹. A qualidade dos serviços pode ser percebida por meio de componentes de tangíveis e intangíveis. A tangibilidade do serviço consiste naquilo que o usuário consegue perceber e sentir, por exemplo, a aparência física do local³⁹. Os componentes intangíveis seriam as características inerentes ao vínculo com os profissionais de saúde, como a humanização do atendimento, sendo, portanto, diretamente ligados ao relacionamento com a equipe multiprofissional e o paciente. Diante disso, é possível ressaltar que podem existir diferenças na prestação de serviços. Contudo, é importante investir em componentes diversos, oferecer alternativas para a decisão conjunta entre os profissionais e clientes, bem como na educação em saúde e comunicação.

Aliado a isso, o acesso aos serviços, públicos ou privados, não assegura o cuidado⁴⁰. A oferta de serviços, tendo em vista o acesso, é um quesito dentro de uma perspectiva multidimensional. O cuidado deve estar centrado na pessoa, considerando a experiência de viver, as suas relações, o cenário e o contexto. As tecnologias no âmbito dos serviços de saúde devem ser acionadas a partir das suas necessidades e demandas na intenção de se construir o plano de cuidados mais apropriado para o caso.

Considerações finais

Conclui-se que há uma rede plural de cuidado à saúde bucal construída com elementos formais e informais, bem como uma diversidade de caminhos percorridos no acesso aos serviços. Isso marcou momentos e memórias nas histórias de vida das pessoas com fenda orofacial e suas expressões e contribuiu para a construção de uma identidade singular.

Em Teresina, Piauí, a assistência à saúde bucal está centralizada em único serviço de média e alta complexidade. Há uma rede fragmentada quanto ao cuidado à saúde bucal, com falhas na comunicação, articulação e integração dos serviços, pouco envolvimento e apropriação dos casos pelas equipes de atenção básica, com importantes repercussões dos estigmas sociais sobre o paciente. Isso fragiliza a

construção de uma rede e interfere na garantia da integralidade do cuidado.

Estratégias para o aprimoramento das relações, bem como articulação e integração entre os serviços devem ser desenvolvidas na tentativa de superar esses problemas. Acredita-se que o esforço deve ser compartilhado entre os gestores, profissionais de saúde e clientes e que não se constrói uma rede sustentável sem participação, comunicação e humanização.

Colaboradores

Os autores deste artigo, Ramos PFC (0000-0002-8188-3559)* e Tajra FS (0000-0001-7236-5541)*, contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Assis MAA, Nascimento MAA, Franco TB, et al., organizadores. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010.
2. Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc.* 2009; 18(4):733-743.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- União [internet]. 30 Dez 2010. [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
5. Brasil. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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 Inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial União [internet]. 28 Jun 2011. [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm.
 6. Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
 7. Pucca Jr GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciênc. Saúde Colet. 2006; 11(1):243-246.
 8. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
 9. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc., 2008; 17(2):107-119.
 10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações programáticas estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [internet]. 24 Jun 2011. [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [internet]. 24 Abr 2012. [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
 12. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. Saúde debate. 2018; 42(117):455-467.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 62, de 19 de abril de 1994. Normaliza cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [internet]. 19 Abr 1994. [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1994/prt0062_19_04_1994.html.
 14. Almeida AMFL, Chaves SCL, Santos CML, et al. Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. Saúde debate. 2017; 41(esp):156-166.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
 16. Deslandes SF, Gomes RA. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosí MLM, Mercado-Martinez FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
 17. Spindola T, Santos RS. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). Rev. Esc. Enferm USP. 2003; 37(2):119-26.
 18. Ricoeur P. Teoria da Interpretação. O discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70; 1976.
 19. Terra MG, Gonçalves LHT, Santos EKA, et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. Acta Paul. Enferm. 2009; 22(1):93-99.
 20. Martelli DRB, Machado RA, Swerts MSO, et al. Fissuras lábio palatinas não síndromicas: relação entre o sexo e a extensão clínica. Braz. j. otorhinolaryngol. 2012; 78(5):116-120.

21. Lima LS, Ribeiro GS, Aquino SN, et al. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com fissuras labiopalatinas. *Braz. j. otorhinolaryngol.* 2015; 81(2):177-183.
22. Raposo-do-Amaral CE, Kuczynski E, Alonso N. Qualidade de vida de crianças com fissura labiopalatina: análise crítica dos instrumentos de mensuração. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2011; 26(4):639-644.
23. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Defeitos do desenvolvimento da região maxilofacial e oral. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
24. Ellis III E. Tratamento de pacientes com fenda orofaciais. In: Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 575-94.
25. Vanz AP, Ritter NR. Escutando as mães de portadores de fissuras orais. *Rev. Esc. Enferm.* 2011; 45(3):596-602.
26. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Mathias Lambert. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
27. Munguba MCS, Vieira ACVC, Porto CMV. Da invisibilidade à participação social: promoção da saúde em pessoas com deficiência. *Rev. Bras. Promoç. Saúde.* 2015; 28(4):463-466.
28. Tajra FS, Pontes RJS, Carvalho FHC. The possible meanings of care: self-care and care-for-the-other. *Invest. educ. Enferm.* 2017; 35(2):199-209.
29. Melo EMOP, Ferreira PL, Lima RAG, et al. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(3):432-9.
30. Trettene AS, Razera APR, Maximiano TO, et al. Dúvidas de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014; 48(6):993-8.
31. Nascimento MAA, Santos SCMC, Assis MMA, et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa saúde da família. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, et al., organizadores. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [internet]. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 113-25. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xjcw9>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.
33. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Conass; 2015.
34. Lorenzoni D, Carcereri DL, Locks A. The importance of multi-professional, interdisciplinary care in rehabilitation and health promotion directed at patients with cleft lip/palate. *Rev. Odonto Ciênc.* 2010; 25(2):198-203.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 718, de 20 de dezembro de 2010. Estabelece as normas para o cadastramento de Hospitais que realizem Procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [internet]. 20 Dez 2010. [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718_20_12_2010.html.
36. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
37. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(11):3321-31.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 23, de 20 de junho de 2017. Informações sobre os procedimentos de implantodontia no SUS. 2017. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_cgsb_23_2017.pdf.
39. Fadel MAV, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Rev. Adm. Púb* [internet]. 2009 [acesso em 2020 jan 20]; 43(1). Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6677>.
40. Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? *Saúde debate*. 2019; 43(esp6):93-103.

Recebido em 23/04/2019
Aprovado em 07/02/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores

Access to breast cancer care in a municipality in Bahia: the perspective of users, workers and managers

Shirley Batista Oliveira¹, Daniela Arruda Soares¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012412

RESUMO Este estudo teve como objetivo avaliar o acesso de mulheres com câncer de mama aos serviços de atenção à saúde em um município de médio porte no interior da Bahia, na perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado com mulheres com diagnóstico de câncer de mama, tanto da zona urbana quanto da rural. Além disso, participaram trabalhadores da atenção primária em saúde, da média e alta complexidade e gestores municipais. Os resultados foram apresentados em duas categorias: Organização da rede de atenção ao câncer de mama e Acesso à atenção ao câncer de mama na rede de atenção à saúde. Na primeira, destaca-se a inexistência da linha de cuidado ao câncer de mama, financiamento insuficiente da saúde e fragilidade nos mecanismos de integração da rede de atenção. Na segunda, rastreamento mamográfico ineficaz, focalização da atenção ao câncer de mama no Outubro Rosa e dificuldade de acesso aos exames e procedimentos especializados, como consulta com mastologista e punção/biópsia mamária. A pluralidade de perspectivas avaliadas proporcionou observar lacunas importantes na constituição da rede de atenção às mulheres com câncer de mama, em que problemas organizacionais se retroalimentam com aqueles relativos à atenção prestada.

PALAVRAS-CHAVE Acesso aos serviços de saúde. Neoplasias da mama. Níveis de atenção à saúde.

ABSTRACT *This study aimed to evaluate the access of women with breast cancer to health care services in a medium-sized municipality in the interior of Bahia, from the perspective of users, workers and managers. This is a case study with a qualitative approach, carried out with women diagnosed with breast cancer, both in urban and rural areas. In addition, primary health care workers of medium and high complexity and municipal managers participated. The results were presented in two categories: Organization of the breast cancer care network and Access to breast cancer care in the health care network. In the first, the lack of a line of care for breast cancer stands out, insufficient health financing and fragility in the mechanisms of integration of the care network. In the second, ineffective mammographic screening, focusing on breast cancer care in the Pink October and difficulty accessing the exams and specialized procedures, such as consultation with a mastologist and breast puncture/biopsy. The plurality of evaluated perspectives allowed observing important gaps in the constitution of the care network for women with breast cancer, in which organizational problems feedback with those related to the care provided.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira - Vitória da Conquista (BA), Brasil.
enf_shirley@hotmail.com

KEYWORDS *Health services accessibility. Breast neoplasms. Health care levels.*



Introdução

O acesso aos serviços de atenção à saúde refere-se à capacidade das pessoas em adentrar e utilizar o serviço de saúde para resolução de alguma demanda, no momento em que acreditam ser necessário; e relaciona-se às características dos sistemas de serviços de saúde que podem possibilitar o atendimento das necessidades da população ou concorrer para entraves no seu percurso de cuidado¹.

Por meio desse, é possível expressar a maneira pela qual os Estados protegem seus cidadãos ou não, refletindo equidade ou problemas de iniquidade no acesso a esses serviços². No Brasil, ainda que o arcabouço político e jurídico aponte para a universalidade e igualdade de acesso, na prática, ainda se observam inúmeros entraves para a sua operacionalização. Assim, estudos apontam desigualdades de acesso vinculadas, principalmente, a fatores econômicos, sociais e distribuição geográfica dos serviços^{3,4}.

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o primeiro movimento avançado em todo o território nacional foi a descentralização, sendo que esse processo ocorreu dissociado da instituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁵. Dessa forma, o sistema brasileiro muito vagorosamente tem instituído as RAS como estratégia central de organização dos sistemas de serviços de saúde e, por conseguinte, do favorecimento de um acesso mais organizado⁵⁻⁷.

A operacionalização dessa diretriz em relação à atenção oncológica é fundamental, pois possibilita a formação de relações horizontais entre diferentes pontos de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora dessa rede, e contribui para o planejamento das ações conforme as necessidades da população assistida. Assim, facilita o acesso dos usuários às medidas promocionais e preventivas, antes mesmo de estarem doentes, desde o rastreamento, detecção precoce, diagnóstico, tratamento da doença, passando por todos os níveis de

atenção (básica, média e alta complexidade), bem como utilizando todos os recursos disponíveis para atender às suas necessidades de saúde^{8,9}.

Não obstante, estudos apontam fragilidades na organização, no acesso e no direcionamento do fluxo dos usuários com câncer pelas redes de serviços de saúde, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada, assim como nos indicadores epidemiológicos de morbimortalidade relacionados com essa doença¹⁰. Dentre esses, destacam-se: fragmentação das ações de saúde, caracterizada por uma atenção descontínua e pouco resolutiva; forte polarização entre o hospital e a atenção primária; e ausência de integração entre os vários pontos do sistema⁸.

Desse modo, para este estudo, optou-se pelo recorte do câncer de mama, devido à magnitude dessa doença, pois consiste na neoplasia mais incidente nas mulheres no Brasil e no mundo, responsável por uma alta parcela de mortes e mutilações e, também, por esta condição convocar um trânsito das mulheres em todos os níveis de atenção integrantes da RAS. Estimativas mais recentes apontam, para o Brasil, a ocorrência de 59.700 casos novos de câncer de mama para cada ano do biênio 2018-2019. Para a Bahia, a projeção é de 2.560 novos casos da doença¹¹. No município de Vitória da Conquista, o câncer de mama ocupa o primeiro lugar em incidência na população feminina¹².

Dessa forma, entendendo que melhorar o acesso à atenção à saúde deve estar entre os objetivos estratégicos da política de saúde, por relacionar-se intimamente ao direito de cidadania¹³, faz-se relevante e necessário avaliar o acesso de mulheres à RAS no contexto do município de Vitória da Conquista (BA), identificando as possíveis barreiras que interferem na obtenção dos cuidados necessários tanto para o diagnóstico precoce quanto para o tratamento oportuno e adequado; e apontar caminhos necessários à melhoria da atenção à saúde delas, com vistas a um acesso universal, equânime e integral.

Trajectoria metodológica

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada sob a ótica de mulheres com câncer de mama, gestores e trabalhadores de saúde, no município de Vitória da Conquista (BA), localizado no sudoeste da Bahia, com uma população estimada de 338.480 habitantes¹⁴.

A APS conta com 44 Equipes de Saúde da Família (EqSF) (27 na zona urbana e 17 na zona rural) e 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no modelo tradicional, o que corresponde a 44,5% de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e 53,5% pela atenção básica no total¹⁵.

Em relação à média e alta complexidade, o município possui um Centro Municipal

Especializado em Reabilitação Física e outro de Especialidades Médicas, o qual conta com mastologistas clínicos, e duas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), uma em um hospital geral e outra em um hospital municipal privado; esses serviços atendem a toda a região de saúde.

O acesso de mulheres com câncer de mama aos serviços de atenção à saúde é um fenômeno complexo e demanda que a sua investigação seja pautada em características multidimensionais, a fim de apreender com maior clareza esse fenômeno. Assim, os participantes do estudo compuseram três grupos distintos, contando com técnicas e instrumentos de coletas de dados diversificados, tal como apontado no *quadro 1*.

Quadro 1. Participantes e técnicas de coleta de dados utilizados na pesquisa

Grupos de Participantes		Técnica de coleta de dados	Total de Participantes	Local
Grupo 1: Usuárias	Mulheres com câncer de mama	Entrevistas semiestruturadas	19 da Zona Urbana 5 da Zona Rural	Zona Urbana 7 USF 3 UBS
	Atenção Primária à Saúde	Zona Urbana: 1 grupo focal com médicos e enfermeiros 1 grupo focal com ACS ^a	6 (grupo focal nível superior) 8 (grupo focal com ACS)	Zona rural 4 USF
Grupo 2: Profissionais de Saúde	Média Complexidade	Zona Rural: entrevistas semiestruturadas	2 enfermeiros 2 ACS 1 médico	Centro de Especialidades Médicas
	Alta Complexidade	Entrevistas semiestruturadas	1 oncologista 1 mastologista (cirurgião)	Unacon ^b
Grupo 3: Gestores	SMS ^c	Entrevistas semiestruturadas	5	Diretorias da SMS Coordenadores da Unacon
	Unacon	Entrevistas semiestruturadas	6	

^aACS: Agente Comunitário de Saúde; ^bUnacon: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; ^cSMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Dessa forma, o grupo 1 totalizou 24 usuárias, o grupo 2 contou com a participação de 23 profissionais, e o grupo 3, com 7 gestores.

Os critérios de inclusão das mulheres foram: ter diagnóstico confirmado de câncer de mama, ter realizado alguma etapa do

tratamento no município da pesquisa, com idade igual ou superior a 18 anos, e ser cadastradas em alguma das Unidades de Saúde (US) situadas na zona urbana ou rural do município de Vitória da Conquista.

O levantamento das mulheres com câncer de mama foi feito pelos profissionais da APS do município. Após isso, as mulheres identificadas foram abordadas no seu domicílio pelas pesquisadoras juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), e convidadas a participar da pesquisa. As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade das usuárias, em seu próprio domicílio ou outro local escolhido por elas.

Foram excluídas duas pessoas que, após três tentativas, não foram localizadas em seu domicílio. Totalizaram 24 mulheres, identificadas neste estudo pela sigla M seguida pelo número de ordem da sua entrevista, acrescida da informação de procedência da usuária, se Unidade de Saúde da Família (USF) ou UBS, de Zona Urbana (ZU) ou Zona Rural (ZR).

Os profissionais da APS da ZU constituíram 3 enfermeiros, 3 médicos e 8 ACS, o Grupo Focal com Enfermeiros e Médicos foi identificado ao longo deste texto como GF-EM; e o com ACS, como GF-ACS. As entrevistas com 2 Enfermeiras, 1 Médica e 2 ACS da ZR foram identificadas pela sigla ENF-ZR, MED-ZR e ACS-ZR, respectivamente, seguidas pelo número de ordem das entrevistas, totalizando 19 profissionais da APS.

A seleção dos profissionais entrevistados na ZR e para composição dos grupos focais da ZU ocorreu de maneira intencional, com base nas entrevistas com as mulheres. Assim, para cada uma das entrevistadas, foi escolhido pelo menos um profissional da unidade de saúde daquela usuária, preferencialmente aqueles que foram mencionados por elas durante a entrevista, sendo que algumas mulheres pertenciam à mesma unidade, por isso foram selecionados menos profissionais.

Para representar os profissionais da Média Complexidade, foram entrevistados dois mastologistas que atendem no Centro

de Especialidades Médicas; e para a Alta Complexidade, foi selecionado um representante da área oncológica e outro da área cirúrgica da Unacon do hospital público, por meio de acordo prévio com os coordenadores e agendamento das entrevistas, com base na disponibilidade deles e na rotina dos serviços. Ambos foram identificados no texto como MC e AC e o número da entrevista, respectivamente.

O grupo de Gestores foi representado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Unacon, sinalizados nos excertos pela letra G e pelo número de ordem. Na SMS, foi selecionado um representante de cada uma das cinco diretorias que dividem responsabilidades pela atenção à saúde da mulher no município; e na Unacon, um representante responsável pela parte cirúrgica e outro pela ambulatorial/quimioterapia. Os entrevistados foram indicados pelos serviços, conforme disponibilidade no período da coleta de dados. O critério de inclusão tanto para os profissionais quanto para os gestores foi estar no cargo pelo período mínimo de 6 meses no momento da entrevista.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2017 e abril de 2018. As entrevistas, para os três grupos, foram realizadas pela pesquisadora responsável por meio de questionário semiestruturado, nos locais selecionados pelos participantes, sempre de modo reservado, a fim de garantir a privacidade e a confidencialidade das informações. Para os grupos focais, foram estabelecidos roteiros para direcionar a discussão e garantir que os objetivos da pesquisa fossem debatidos em profundidade. É importante ressaltar que não foi observada recusa à participação em nenhum dos grupos.

O fechamento amostral para o grupo 1 (usuárias) utilizou o critério de saturação dos dados, para tanto, a coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente. Assim, a partir da observação de que os discursos acumulados responderam aos objetivos da pesquisa e que o acréscimo de entrevistas proporcionou reincidência das informações e/ou

não surgiram novos elementos discursivos, foi instituída a finalização da coleta de dados. Para os demais grupos, houve estabelecimento prévio da quantidade de entrevistados com base nos critérios mencionados anteriormente.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente por equipe treinada, sendo que elas não retornaram aos participantes para acréscimo de informações. Ademais, todos os dados foram armazenados e guardados pelas pesquisadoras responsáveis na Instituição de Ensino à qual a pesquisa está vinculada.

Os dados foram analisados mediante a modalidade de Análise de Conteúdo Temática¹⁶. Foram utilizados três processos para a análise: inicialmente, foram feitas a leitura exaustiva e a síntese de cada uma das entrevistas individualmente; após isso, elas foram comparadas com as demais do seu próprio grupo e elaborada uma nova síntese; por fim, foi realizada a análise entre os grupos e elaborada a síntese final, expressando as similaridades e contradições observadas.

Os resultados foram organizados com base nas categorias empíricas que emergiram nos discursos e apresentados: Organização da Rede de Atenção à Saúde voltada ao câncer de mama e Acesso à atenção ao câncer de mama na Rede de Atenção à Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira, CAAE: 54535916.5.0000.5556, processo: 1.502.395.

Resultados

Organização da Rede de Atenção à Saúde voltada ao câncer de mama

Os resultados demonstram que a organização dos fluxos de cuidado para a atenção ao câncer de mama e a delimitação dos agentes envolvidos na estruturação e prestação do cuidado foram avaliados como frágeis pelos

profissionais e gestores. Um exemplo emblemático refere-se à admissão na Unacon para início da quimioterapia por conta das próprias usuárias, sem nenhum encaminhamento.

Normalmente, o paciente não é referenciado para cá, eles procuram por conta própria. A maioria das pacientes de mama elas não vêm referenciadas do serviço. Vem porque ouviu alguém falar que aqui faz o tratamento, elas já estão com diagnóstico na mão e aí na maioria você vai ver que eles não têm uma consulta, um direcionamento de consulta com o oncologista. Eles marcam por conta própria a primeira consulta. (G1).

Quanto à participação na construção dos fluxos de atendimento/cuidado e das decisões sobre o próprio processo de trabalho, os profissionais da APS queixaram da não participação:

na maioria das vezes, essas políticas e essas construções, esse material que é produzido, muitas vezes não envolve quem realmente interessa e a gente já recebe o pacote pronto. (ENF-ZR2).

No que diz respeito ao aspecto logístico, aqui representado pela comunicação entre os profissionais, principalmente médicos, ressalta-se que esta ocorria de forma concomitante pela via pessoal e institucional, sendo que a primeira se destacava pela utilização de telefones, contatos pessoais e rede de relacionamentos para referenciar as usuárias.

Já tem profissionais que já são profissionais que a gente conhece, já tem mais contato, então, às vezes, ele liga, pede para agilizar, ele pede pra tentar priorizar algumas situações e a gente prioriza. Mas, às vezes, alguns profissionais, a gente não conhece, né, então, às vezes, o contato é muito pequeno, né, então a gente faz o que tem que fazer e segue com as orientações e vai trocando cartas e bilhetinhos e relatórios na medida que a paciente vai passando. (AC1).

Tais mecanismos são utilizados devido à insuficiência dos meios ditos 'oficiais' de

referência e contrarreferência, bem como de integração da RAS.

A gente não tem ainda aquele prontuário único, mas a gente tenta minimizar de todas as formas essa falha que realmente existe [...] essa questão de WhatsApp, hoje em dia também tem os grupos, que os médicos discutem, entendeu? Então tudo isso vai estreitando e facilitando a comunicação. (G5).

No que refere à integração da RAS, essa foi avaliada como incipiente pelos profissionais, gestores e algumas usuárias.

Eu acho que aqui falta mesmo a questão de organizar a rede mesmo né, da gente sentar, da gente discutir [...] a gente vê que os profissionais também não sabem esse fluxo, entendeu, então se a gente não sentar para criar, vai ficar desse jeito mesmo, os próprios profissionais não sabem para onde encaminhar, não sabe para onde vai, né, o usuário fica igual um pingue-pongue. (G6).

Em relação à governança da rede, foi unânime entre usuárias, profissionais e gestores o relato das dificuldades relativas ao subfinanciamento do SUS:

é surreal, então você tem o orçamento desse 'tamanhinho' assim pra você administrar uma população toda que a gente sabe que a população tem envelhecido, então sugere muito mais procedimentos. (G7).

Além de aspectos relativos ao financiamento, no geral, os profissionais de saúde, independentemente do nível de atenção, afirmaram que a gestão está alheia aos problemas enfrentados cotidianamente na rotina dos serviços e que o monitoramento das ações é realizado de forma ineficiente e não condiz com a realidade do fazer em saúde.

O link, na verdade, é muito entre os pacientes e a linha de frente que somos nós que tratamos, né. A gestão, às vezes, ela trabalha um pouquinho isolada aí de tudo, né, e talvez eles até conheçam

algumas dificuldades, né, mas a particularidade, o dia a dia, não, é muito uma noção. (AC1).

No que tange à gestão, essa apontou dificuldades para dar o apoio suficiente às equipes de saúde, tanto pela falta de tempo quanto de recursos financeiros.

A gente teria que sentar, o problema é que falta tempo mesmo pra gente sentar e fazer [...] a gente planeja diversas coisas, nem tudo a gente consegue de fato, por conta de recurso, né, por conta de várias situações. (G6).

Acesso à atenção ao câncer de mama na Rede de Atenção à Saúde

A atenção ao câncer de mama na RAS passa por todos os níveis de complexidade de assistência em saúde. Em relação à APS, foi observada, como principal entrave, a sobrecarga das EqSF decorrente de uma alta demanda de pessoas para poucas ESF no município:

no dia a dia, a nossa demanda não dá nem para você... nossa! Sua obrigação de ter que acolher essa mulher, ter que fazer uma busca ativa dessa mulher as vezes não dá, você tem uma demanda que você não consegue. (GF-EM).

Para os profissionais, o somatório entre alta demanda, baixa cobertura e falta de tempo traduziu em um rastreamento do câncer de mama ineficaz, sendo que entre as entrevistadas que tinham entre 50 e 69 anos, menos de 40% referiram realizar o rastreamento mamográfico periodicamente. Para essas, a principal causa para não realização do rastreamento foi o desconhecimento acerca da sua importância/necessidade: *“eu achava que não precisava. Eu não sentia nada”* (M4USFZU).

Na rotina diária das EqSF, observam-se ações destoantes da prática clínica integral, em que mesmo as mulheres que buscaram o serviço rotineiramente não foram avaliadas acerca da saúde das mamas:

nunca me orientou não, sempre eu passava aí no posto, mas nunca, nunca me orientava não. (M13UBSZU).

você dizer que toda mulher na idade de rastreio que passou pelo seu consultório você examinou a mama, isso não é verdade, porque a demanda é muito grande. (GF-EM).

Ademais, as ações direcionadas ao controle do câncer de mama estavam focalizadas na campanha do Outubro Rosa. A despeito da avaliação positiva e do aumento das ações de rastreio e detecção precoce nesse período, entre todos os grupos, ocorreram críticas muito enfáticas de que as ações desenvolvidas são pontuais e que, muitas vezes, não seguem determinações protocolares, já que não há continuidade nos demais meses do ano e que há falhas na prevenção e no cuidado primário:

a gente só ouve do câncer de mama com um pouco mais de ênfase em outubro, no decorrer do ano não se fala tanto. (M20USFZR).

para falar sobre câncer de mama só existe o outubro rosa e ponto final. Parece que a mama só tem câncer em outubro. (GF-EM).

Relativo à média complexidade, com exceção dos gestores, os entrevistados dos demais grupos se mostraram insatisfeitos com a oferta de vagas para especialista, como o mastologista, para exames complementares como ultrassonografia de mamas, para punção/biópsia mamária e de cintilografia óssea no processo de atenção ao câncer de mama:

precisa melhorar mais a saúde das mulheres né? Ter mais acesso, fazer mamografia, isso aí que precisa mais. E os exames não ser tão demorado, porque, às vezes, muitas mulheres têm o diagnóstico de um câncer de mama, aí demora. (M13UBSZU).

Todavia, na visão dos gestores, à exceção da punção/biópsia, o quantitativo encontra-se dentro do recomendado pelo Ministério

da Saúde, porém não existe um uso racional ou as práticas dos profissionais não estão alcançando o grau de resolubilidade esperado, o que gera uma demanda maior para a média e alta complexidade:

não é a oferta que a gente tem de profissional na rede especializada que tá impactando na questão do diagnóstico, e sim a gente sensibilizar esse nosso profissional que tá lá na atenção básica pra poder realmente triar essas pessoas. (G7).

No que diz respeito à alta complexidade, o tratamento quimioterápico foi o mais bem avaliado no processo saúde-doença-cuidado das mulheres com câncer de mama: *“lá é maravilhoso, lá é maravilhoso... olha, eu não tenho o que queixar da Unacon dentro do Hospital de Base e nem a Unacon de lá aonde toma químio” (M2USFZU).* A única crítica tecida pelas usuárias foi a alta rotatividade dos oncologistas.

No entanto, a alta vinculação das usuárias à Unacon se relaciona também à recusa dos demais serviços da rede em atender o paciente oncológico, tal como exposto abaixo.

As pessoas na rede, no geral, quando fala é paciente oncológico eles não querem cuidar. Eles falam assim: ‘quem cuida do oncológico é o oncologista’. O paciente ele tem uma comorbidade totalmente diferente, nada relacionado com o câncer, mas se ele passou um dia pelo médico oncologista quem tem que cuidar é o oncologista. Essa é uma dificuldade grande. É a comunidade de saúde entender que o paciente ele não é só do oncologista, ele merece cuidado integral. (G1).

Em relação ao tratamento radioterápico, também foram relatadas facilidades de acesso e boas avaliações, mas, das 13 mulheres que passaram por essa terapêutica, 2 (M8USFZU e M13UBSZU) relataram que o aparelho quebrou, por isso houve atraso nas sessões. Quanto ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, muitas mulheres relataram demora para conseguir o procedimento até o ano de 2015, o que ocasionava aumento do nódulo e

necessidade de quimioterapia neoadjuvante para redução e posterior cirurgia:

o caroço já tinha 6,5 cm quando eu fui operar, então aí era muito grande pra o tamanho da mama, comecei a químio antes pra poder diminuir pra eu poder fazer a cirurgia, porque já era muito grande. (M5USFZU).

Além disso, apenas uma mulher teve acesso à biópsia por congelamento para avaliação do comprometimento dos linfonodos axilares, sendo que a cirurgia ocorreu na capital do estado e por meio de convênio de saúde. As demais realizaram cirurgia mamária junto com o esvaziamento axilar sem a presença desse exame.

O principal recurso que nenhuma usuária conseguiu acessar pelo sistema público foi a reconstituição mamária: duas usuárias (M12UBSZU e M20USFZR) referiram contato pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) no final de 2017 para iniciar a avaliação da colocação da prótese em Salvador; a Unacon refere estar acompanhando para garantir que as demais também tenham acesso.

Discussão

É sabido que a constituição da RAS, enquanto mecanismo de construção de sistemas integrados de saúde, convoca uma articulação sincrônica de diferentes níveis de atenção, serviços e profissionais, cujos objetivos em comum são norteados pela garantia do acesso à saúde como direito e as necessidades sociais como premissa para o provimento do cuidado singular aos sujeitos de forma integral, resolutiva e equânime^{17,18}.

Não obstante, a frágil integração entre os distintos níveis assistenciais e a inexistência de fluxos consensuados, claros e com envolvimento participativo de todos os atores envolvidos no estabelecimento de papéis e responsabilidades para sua construção/efetivação, foram marcantes nos resultados encontrados. Tal

situação denota que a implantação da RAS e da rede de cuidado aos pacientes com doenças crônicas, notadamente aqueles que possuem alguma doença oncológica, como o câncer de mama, ainda possui um longo percurso até a sua efetivação no contexto local³.

O estabelecimento de integração horizontal e vertical, entre os profissionais e os diferentes níveis de atenção, deu materialidade ao complexo mecanismo comunicacional instituído, o qual se mescla com a informalidade e/ou a institucionalidade deles no sistema. Esses mostraram-se efetivos para a solução de demandas relativas ao referenciamento das mulheres na RAS, a despeito de estar atrelado à disposição do profissional em empreendê-lo e da rede de relacionamentos tecida para o alcance das soluções almejadas.

Não obstante, ainda que tais processos sejam importantes para a consecução do acesso, o seu acionamento revela, em alguma medida, a ausência de mecanismos institucionais potentes, visto que podem gerar desigualdade no acesso ao diagnóstico e à terapêutica, obstaculizando a entrada e o uso por parte daqueles que se encontram mais necessitados do sistema e que não comparecem aos serviços de saúde¹⁹.

A esse respeito, evidências demonstram que a integração comunicacional é prerrogativa importante para a continuidade do cuidado em redes de atenção²⁰, portanto, necessária para a consecução do acesso ao cuidado em saúde. Um estudo realizado em quatro municípios brasileiros demonstrou que, em três deles, informações escritas representaram uma prática utilizada por mais de 90% dos médicos entrevistados²¹, o que contraria os resultados deste estudo em que as ligações telefônicas, as mensagens de texto por parte dos profissionais e o contato direto das mulheres com os serviços especializados foram as modalidades que prevaleceram.

No que diz respeito ao sistema de governança de uma RAS, considerando o contexto locorregional, este objetiva fomentar e promover articulação de políticas institucionais e intersetoriais por meio do planejamento,

monitoramento e avaliação, a partir do fortalecimento da capacidade institucional, gerencial e do financiamento²².

O quesito financiamento, apontado por todos os entrevistados deste estudo como interveniente na governança da RAS, revela-se insuficiente, mesmo garantindo o patamar mínimo de recursos para a saúde preconizadas pela Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), aprovada em 2000; e, atualmente, tende ao franco declínio decorrente das restrições impostas pela EC nº 95, de 2016, que congela as despesas federais com saúde e educação por 20 anos²³.

No mesmo sentido, é notória a inclinação do governo atual para a ampliação dos planos de saúde privados e ‘redução’ do tamanho do SUS, o que implicará aumento dos custos individuais em saúde, levando camadas com maiores condições financeiras ao sistema suplementar; os que têm consciência dos seus direitos e meios de reivindicá-los, para a judicialização; e os mais vulneráveis, à desassistência crônica e às piores condições de vida e saúde²⁴.

Em relação à capacidade de gestão, destaca-se que, neste estudo, despontou um descompasso entre as necessidades apresentadas pelas usuárias e aquelas atendidas pelos profissionais e consideradas pelos gestores. Com isso, entende-se que modelos de gestão que não agreguem a participação social no processo de tomada de decisão tendem a produzir práticas verticalizadas, antidialógicas e destoantes das necessidades reais da população e dos serviços³.

Quanto ao acesso à atenção ao câncer de mama na RAS, a despeito das ações de controle do câncer de mama estarem incluídas nas agendas das políticas públicas no Brasil desde a década de 1980, tendo como marcos normativos o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), o Programa Viva Mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o próprio SUS e a ESF²⁵, observa-se um lapso temporal entre a criação e a incorporação de ações, notadamente de prevenção e rastreamento de forma sistemática e contínua, além do escopo de ações que competem aos outros níveis de atenção à saúde.

No âmbito da APS, ações de promoção da saúde não foram relatadas por nenhum grupo de entrevistados. Entretanto, ressalta-se que as políticas públicas pertinentes ao câncer de mama ainda são grandemente direcionadas à prevenção, especificamente à detecção precoce²⁶. Outrossim, para a prevenção, além da grande demanda de pessoas para serem contempladas, o baixo índice de rastreamento mamográfico e clínico relatado pode relacionar-se à focalização das ações apenas na Campanha do Outubro Rosa e ao rastreamento oportunístico.

Dessa forma, as intervenções que poderiam ser realizadas cotidianamente em todos os meses do ano, a grupos direcionados ou não, são condensadas em um único mês, o que limita a atenção ao câncer de mama e, também, ao cuidado integral, uma vez que as mulheres em idade para o rastreio costumam frequentar os serviços rotineiramente para o cuidado de outras comorbidades e precisam ser avaliadas integralmente, independentemente de ações campanhistas.

Destarte, o baixo nível socioeconômico das mulheres entrevistadas tem relação estreita com o rastreamento do câncer de mama, pois a maioria referiu ter ensino fundamental incompleto e renda mensal de até um salário mínimo. Em um importante levantamento nacional, foi constatado que a chance de realização de mamografia aumenta com o nível socioeconômico em função do maior acesso aos serviços de atenção à saúde²⁷.

Mesmo considerando que a APS no contexto nacional operou expansão dos serviços às pessoas com doenças crônicas – entre elas, o câncer de mama –, neste estudo, esse fator foi considerado insuficiente no contexto local, do ponto de vista dos trabalhadores e usuárias. Concretamente, essa expansão só se sustenta em termos qualiquantitativos se a robustez da APS ocorrer concomitantemente a um sistema de saúde fortalecido, o que exige um redimensionamento dela não apenas como solução para a coordenação da RAS e o ordenamento do cuidado, mas para um necessário rearranjo

político-organizativo-técnico-assistencial de caráter contínuo e sistêmico¹⁷.

No acesso aos exames e procedimentos diagnósticos, usuárias e trabalhadores reportaram entraves que parecem atravessar toda a rede. A esse respeito, estudo prévio sinalizou que o tempo de realização de exames por meio do SUS foi extenso, constituindo possível fator concorrente para o diagnóstico tardio do câncer de mama²⁸. Diagnósticos tardios estão implicados com menor sobrevida e maior mortalidade da doença, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil²⁹.

Em contrapartida, para a insuficiência dos exames disponibilizados pelo componente especializado, os gestores apontam a dificuldade de a APS exercer o papel de porta de entrada e filtro, creditando ao aparato político-normativo a exclusividade na resolução de toda ordem de problemas relatados. Achados semelhantes foram encontrados em outro trabalho, cuja condição marcadora analisada foi o acidente vascular encefálico³⁰.

No que tange ao acesso a exames e tratamentos realizados pela alta complexidade, os que foram mencionados pelas mulheres, como a biópsia por congelamento e a reconstituição mamária, são realizados fora do município sede deste estudo. O não acesso a esses elementos aludem que o processo de regionalização na construção das RAS precisa ser fortalecido ante a necessidade de cooperação solidária entre os entes federados e a garantia da atenção integral.

A alta concentração tecnológica e a excelência no atendimento prestado pelo Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, espaço em que as mulheres passam a transitar por um tempo mais prologando no percurso do tratamento e seguimento do câncer de mama, receberam maior valoração por parte das usuárias. O estabelecimento de vínculos mais fortes com os profissionais desse nível de atenção, a atração às tecnologias duras e a consideração do câncer como uma morbidade que guarda certa complexidade também podem ter concorrido para esse desfecho, assim como apontado em outro estudo³¹.

Por outro lado, nos demais serviços da rede de atenção, o cuidado à pessoa com câncer ainda é identificado como exclusivo do oncologista, mesmo quando as demandas não são relacionadas com essa doença. Tal fato remete ao modelo de atenção predominantemente médico-hegemônico, que fragmenta o cuidado, enclausura as pessoas a um diagnóstico patológico e não contempla uma atenção que perceba as usuárias enquanto detentoras de demandas e necessidades, cujas responsabilidades pelo cuidado são de todos os níveis de atenção¹¹. Também traz à tona o caráter seletivo da APS, ao ser considerada espaço para atendimentos corriqueiros, de menor complexidade e específica para alguns agravos.

Considerações finais

As dimensões de análise projetadas neste trabalho revelam que o mote dos discursos aponta lacunas importantes na constituição da RAS às mulheres com câncer de mama no contexto local, em que problemas organizacionais se retroalimentam com aqueles relativos à atenção prestada.

Nesse sentido, a posição central da APS para a coordenação do cuidado atrelada aos outros níveis de atenção à saúde mostrou-se fragilizada, assim como os mecanismos de integração entre eles. O acesso às ações de atenção ao câncer de mama na RAS também apontou que tanto o rastreamento quanto o diagnóstico e tratamento do câncer de mama ainda constituem desafio a ser superado pelas mulheres, profissionais e gestores da saúde, visto que podem interferir no prognóstico da doença e na qualidade de vida, concorrendo para piora do quadro clínico, maior gravidade, complicações e elevação da mortalidade no contexto local e nacional.

Ainda que se espere da APS um papel importante na reestruturação do modelo assistencial, e de coordenação de uma rede poliárquica, tal assertiva não se sustenta se não for combinada a uma RAS organizada,

bem estruturada e integrada. De igual modo, a atenção especializada não pode ser marginalizada dos processos integrativos com vistas ao acesso em saúde em perspectiva ampliada.

A pluralidade de sujeitos avaliados propiciou a captação de percepções que ora apresentaram-se concordantes, ora discrepantes, o que potencializa a apreensão mais abrangente da realidade e demonstra o quanto esses três atores precisam estar contíguos no planejamento das ações em saúde, tendo o usuário no centro do cuidado e a inclusão factual dos anseios/demandas/necessidades da população assistida.

Apesar da vantagem de a avaliação compor diversos atores, o estudo tem como limitação a circunscrição a um município e o fato de

não possibilitar generalizações. No entanto, pode apontar caminhos para novas pesquisas, inclusive na perspectiva de regiões de saúde, a fim de proporcionar comparações entre municípios. De modo similar, sugere-se o acréscimo de abordagens metodológicas, com a inclusão de dados quantitativos para ampliação do escopo analítico da dimensão organizacional e da atenção em redes de saúde.

Colaboradores

Oliveira SB (0000-0002-9219-9517)* e Soares DA (0000-0002-4801-1011)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude soc.* [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 26]; 24(1):100-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sau-soc-24-1-0100.pdf>.
2. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, et al. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit* [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 27]; 30(6):415-420. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v30n6/0213-9111-gs-30-06-00415.pdf>.
3. Silva BFS, Benito GAV. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. *Ciênc. Saúde colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 26]; 18(8):2189-2200. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/03.pdf>.
4. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 26]; 51:50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006661.pdf.
5. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- em 2019 mar 26]; 32(3):e00172214. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00172214.pdf>.
6. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2010 [acesso em 2019 mar 26]; 15(5):2307-2316. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>.
 7. Magalhães Júnior HM. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. *Divulg. Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 26]; (52):15-37. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.
 8. Peters SH. Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e o câncer de mama - dificuldade no acesso: do diagnóstico ao tratamento oncológico. Pelotas: UCPEL; 2013.
 9. Cabral MPG, Jorge MSB, Franca EV, et al. Políticas Públicas, Práticas de Saúde e Subjetivações da Atenção Oncológica: pretensa genealogia da produção do cuidado a pessoas com câncer. In: Jorge MSB, Leitão IMTA, Silva RM, et al., organizadores. Políticas e acesso aos serviços de saúde: práticas, cuidados e fluxos [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE; 2016. [acesso em 2020 mar 14]. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/POLITICAS%20E%20ACES-SO%20AOS%20SERVICOS%20DE%20SAUDE%20-%20907pg.pdf>.
 10. Silva GA, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 26]; 30(7):1537-1550. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1537.pdf>.
 11. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
 12. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) [internet]. Informações de Saúde. Cadernos de Informações de Saúde. Brasília, DF; 2018. [acesso em 2018 mar 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ba.htm>.
 13. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2003 [acesso em 2019 mar 26]; 8(3):815-823. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Por cidade e estado, 2020 [internet]. [acesso em 2020 mar 14]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=2933307>.
 15. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) [internet]. Informações de Saúde. Rede Assistencial, 2018. [acesso em 2018 mar 9]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>.
 16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2011.
 17. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 26]; 23(6):1791-1798. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1791.pdf>.
 18. Assis MMA. Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB, organizadores. Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA; 2015.
 19. Oliveira LA, Cecilio LCO, Andreazza R, et al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 27]; 40(109):8-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00008.pdf>.

20. Almeida PF, Gêrvás J, Freire JM, et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate* [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 27]; 37(98):400-415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf>.
21. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2010 [acesso em 2019 mar 27]; 26(2):286-298. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>.
22. 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 2019 mar 27]; 22(4):1209-1224. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1209.pdf>.
23. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas* [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 27]; 28(1):4417-4426. Disponível em: <https://do-cplayer.com.br/50887131-O-direito-a-saude-no-brasil-em-tempos-de-crise-economica-ajuste-fiscal-e-reforma-implicita-do-estado.html>.
24. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis* [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 27]; 23(4):1101-1122. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/05.pdf>.
25. Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. *Rev enferm UERJ* [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 27]; 23(2):272-8. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13632/12813>.
26. Migowski A, Silva GA, Dias MBK, et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 27]; 34(6):e00074817. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00074817.pdf>.
27. Silva GA, Souza Júnior PRB, Damacena GN, et al. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 27]; 51(supl1):14s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000191.pdf.
28. Ataíde RCN, Waissmann W. O direito à saúde e o diagnóstico tardio do câncer de mama na região Sudoeste da Bahia. In: Oliveira MHB, Erthal RMC, Vianna MB, et al., organizadores. *Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*. Rio de Janeiro: Cebes; 2017. p. 277-291.
29. Alves MO, Magalhães SCM, Coelho BA. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. *Saude soc.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 7]; 26(1):141-154. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sau-soc-26-01-00141.pdf>.
30. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 27]; 22(4):1141-1154. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>.
31. Cecílio LCO, Carapineiro G, Andrezza R, organizadores. *Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde*. São Paulo: Hucitec; Fapesp; 2014.

Recebido em 04/06/2019

Aprovado em 19/02/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua

Health-interfering streets experiences: homeless people's perspective

Fabiana Aparecida Almeida Lawall Valle¹, Beatriz Francisco Farah¹, Nivaldo Carneiro Junior²

DOI: 10.1590/0103-1104202012413

RESUMO A saúde, compreendida como estado multideterminado, revela a organização política e social de um país. Com a Constituição Federal brasileira de 1988, foi considerada um direito. A população em situação de rua expõe importantes obstáculos à garantia desse direito. O objetivo deste estudo é o de compreender as dificuldades da vida na rua que interferem na percepção e no estado de saúde de adultos em situação de rua em um município da Zona da Mata Mineira, Brasil. Adotou-se a metodologia qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas e observação com registro em diário de campo. Dela participaram vinte pessoas em situação de rua. Destacam-se as dificuldades relacionadas a exposição não protegida às mudanças climáticas, como frio e chuva; vivência de preconceito; vulnerabilidade à violência física e sexual; obstáculos no acesso à alimentação, água potável, banheiros; dificuldades para frequentar alguns espaços sociais e de manter tratamentos de saúde. Reconhecendo as situações que determinam os níveis de saúde das pessoas em situação de rua é possível construir políticas e estratégias que contemplem suas reais necessidades. A intersetorialidade das ações públicas ainda é um desafio ao cumprimento de um direito fundamental de todos: o direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVES Pessoas em situação de rua. Direito à saúde. Disparidades nos níveis de saúde.

ABSTRACT *Health, understood as a multidetermined attribute, characterizes the political and social organization of a country. From Brazilian 1988's Federal Constitution onwards, health has been understood as an individual right. Homeless people create important obstacles on the accomplishment of such right. The objective of this study is to understand the difficulties encountered on the streets that impact the perception and health state of adults living on the streets of a municipality in Zona da Mata Region, State of Minas Gerais, Brazil. A qualitative methodological approach was applied through semi-structured interviews and observation recorded on a field diary. The research interviewed 20 people living on the streets. Main difficulties involved climate exposition, as rain and cold; prejudice; vulnerability to physical and sexual abuse; obstacles to access food, drinking water and toilets; difficulties to access certain social spaces and health treatment. By knowing the situations that determine the various levels of health among people living on the streets, it is possible to build strategies and policies so to cope with their actual needs. Inter-sectoriality of public action is still a great challenge, despite necessary to accomplish a right that is fundamental and universal: health.*

KEYWORDS *Homeless people. Right to health. Health status disparities.*

¹Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.
fabianalawall@gmail.com

²Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

O direito fundamental à saúde foi instituído no Brasil em 1988 por meio da promulgação da Constituição Federal (CF/88). Muito além da ausência de doença, a saúde é compreendida como um estado multideterminado, que guarda íntima relação com as condições de vida e acesso aos bens públicos e sociais de indivíduos e grupos populacionais de determinada sociedade¹.

As desigualdades sociais perfilam profundos padrões de realidades socio-sanitárias nos diferentes segmentos populacionais. Nesse contexto, importantes iniquidades em saúde são produzidas. A população mais pobre fica à margem, em situação de vulnerabilidade². A não garantia de moradia que proporcione proteção e privacidade torna o indivíduo nessa situação vulnerável, impactando negativamente seu estado de saúde.

As pessoas que fazem dos espaços das ruas como moradia expõem vulnerabilidades complexas, apresentando heterogêneas necessidades e demandas para a manutenção de suas vidas. Nesse contexto, necessitam de serviços sociais e de saúde mais adequados às suas peculiaridades³⁻⁷.

A vulnerabilidade é entendida por Carmo e Guizardi⁸ como a sobreposição de diversos fatores, em várias dimensões, capaz de tornar um indivíduo ou um grupo mais suscetível aos riscos e imprevisibilidades da vida. As condições de vulnerabilidade social podem estar relacionadas com a estrutura de oportunidades vivenciadas pelo indivíduo e com as características sociais, econômicas, culturais e políticas do lugar.

Conhecer as dificuldades que afetam o processo saúde-doença-cuidado desse grupo populacional é condição fundamental para contribuição na formulação e implantação de políticas públicas e serviços que respondam efetivamente às suas necessidades⁸.

Este artigo é parte da dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade

Federal de Juiz de Fora, que teve como objetivo compreender as dificuldades da vida na rua que interferem na saúde segundo a percepção dos adultos em situação de rua de um município da Zona da Mata Mineira.

Metodologia

Adotou-se abordagem metodológica qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo da observação cotidiana de convívio nos espaços da rua e nas instituições pesquisadas.

O campo da pesquisa foi um município da Zona da Mata Mineira, na região Sudeste do estado de Minas Gerais, que possui 559.636 habitantes. Desses, 880 encontram-se em situação de rua⁹. Os cenários foram os dois serviços de acolhimento temporário municipais, um destinado às mulheres e o outro, aos homens, que oferecem leitos para pernoite. O período de realização foi de março de 2016 a fevereiro de 2018.

Excluíram-se da pesquisa os sujeitos com déficit cognitivo ou apresentando alterações comportamentais devido ao uso de álcool ou outras substâncias psicoativas.

Com a finalidade de preservar seu sigilo, os participantes foram identificados pela letra E, seguida dos números 1 a 20, ou seja, E1 a E20.

Os dados foram interpretados à luz da hermenêutica dialética, respeitando os momentos de ordenação, classificação e relatório final de Minayo¹⁰. A organização das informações permitiu identificar o material coletado no campo por meio da transcrição das entrevistas e leitura preliminar. A classificação foi realizada a partir da leitura flutuante das entrevistas com o objetivo de reconhecer as ideias centrais e permitiu encontrar os núcleos de sentido analisados. Este artigo destaca o núcleo de sentido 'a vivência na rua e sua interferência na saúde'.

Após a identificação dos núcleos de sentido, os fragmentos das falas, ou unidades, relacionados a cada núcleo foram organizados em um quadro de análise (*quadro 1*), conforme proposto por Alencar et al.¹¹.

Quadro 1. Análise das entrevistas

Núcleos de Sentido	E1	E2	E (...)	E20	Síntese Horizontal
Dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde					
Síntese Vertical					

Fonte: Elaboração própria.

Após sua organização no *quadro 1*, as unidades foram analisadas a partir das sínteses horizontal e vertical de cada núcleo de sentido. Enquanto a síntese horizontal possibilitou identificar convergências, divergências e complementaridades das falas de cada participante da pesquisa, a síntese vertical permitiu visualização da articulação dos núcleos de sentido de cada sujeito.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, Parecer nº 1.913.094/2017. Todos os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Participaram vinte indivíduos em situação de

rua e maiores de dezoito anos, sendo quatorze homens e seis mulheres.

Os entrevistados possuíam entre 25 e 68 anos, em sua maioria, cor preta, e ensino fundamental incompleto. O tempo em que viviam na rua variou de dois a 31 anos. Quanto maior o tempo de permanência nas ruas, maior o sentimento de pertencer a essa realidade, vivenciando a instabilidade e precariedade das ruas e construindo formas de sobrevivência. São anos de alimentação incerta, de busca por água potável, de trabalho informal, de distanciamento das famílias, de vivência de preconceito e de violência que causam impacto à saúde física e mental¹².

As dificuldades da vivência nas ruas relatadas pelos entrevistados estão compiladas no *quadro 2*.

Quadro 2. Dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde

TIPOS DE DIFICULDADE	
Dificuldades relacionadas às necessidades básicas	- Sede - Fome - Banheiros - Higiene pessoal
Dificuldades relacionadas às mudanças climáticas	- Frio - Chuva
Dificuldades psicossociais	- Preconceito, constrangimento, discriminação, falta de compaixão - Dificuldades para frequentar alguns espaços sociais - Violência física e sexual
Dificuldades relacionadas ao trabalho	- Trabalho informal precário
Dificuldades com a saúde	- Vivência na rua com doenças crônicas estigmatizadas (epilepsia) - Medo de passar mal na rua e não ser socorrido

Fonte: Elaboração própria.

Água potável e alimentação são necessidades básicas. Logo, se tais necessidades não são atendidas, causam inúmeros comprometimentos à saúde, além de serem fatores relevantes de exclusão social. Os relatos dos participantes desta pesquisa reforçaram, de maneira contundente, a existência dessas privações:

Para ser sincero com você, eu já passei fome. Cheguei a passar mesmo. É fome e é vontade de comer. É fome e é vontade de comer. Aí é aquilo... a gente quer comer uma coisa gostosa, quer beber um negócio específico e não pode. (E9).

Conseguir água para beber é muito difícil. Eu que trabalho, ainda consigo comprar uma garrafinha aqui e ali, mas quem não consegue trabalhar tem muito mais dificuldade. Aí tem que beber água suja mesmo. Ou é isso ou é passar sede [...] A gente come o que tem, o que dão, o que dá para comprar. (E1).

A dificuldade para atender às necessidades básicas é uma das principais vulnerabilidades entre as pessoas que moram nas ruas¹³. A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 afirma que a alimentação adequada, o que inclui o acesso à água potável, é um dos componentes necessários para assegurar a todo ser humano um padrão de vida saudável¹⁴. No Brasil, em 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) contemplou a necessidade de proporcionar às pessoas em situação de rua o acesso permanente à alimentação, com a implantação de ações de segurança alimentar e nutricional¹⁵. Em 2010 a alimentação foi incluída como direito social na Constituição Federal, através da Emenda Constitucional 64/2010¹⁶. Mas a efetivação desse direito ainda é um desafio.

Observa-se que o Município desta pesquisa conta com um restaurante popular na região central e os usuários dos serviços de acolhimento recebem o *ticket* para a alimentação, distribuído pelo Centro de Referência Especializado em População em Situação de Rua (Centro POP). Todavia, alguns indivíduos

em situação de rua queixam-se do horário dessa oferta e não vão à instituição alegando dificuldade de locomoção.

Ainda sobre as necessidades básicas, os entrevistados alegaram ausência de locais para lavar roupas e dificuldade para tomar banho:

A gente vive na rua, né? Senta no chão... e a rua é suja. Como a nossa roupa vai ficar? Suja, né? E tem onde lavar? Não tem onde lavar. Quando a gente não vai pro albergue... não tem jeito nem de tomar banho. (E1).

Especificamente em relação à higiene pessoal das mulheres, foi possível identificar a dificuldade relacionada ao período menstrual:

Eu acho que uma dificuldade para gente que é mulher é a questão da higiene. Eu estou falando de menstruação mesmo. Às vezes a gente não consegue comprar absorvente... (E20).

Em outro estudo, constatou-se que os comportamentos de higiene pessoal, como tomar banho, ter roupas limpas e fazer assepsias em geral, estão quase sempre associados aos albergues e às Organizações Não Governamentais (ONG) por serem locais que oferecem esse autocuidado¹⁷.

No Município desta pesquisa não existem banheiros públicos. A disponibilidade de locais para banho só existe nos albergues. A dificuldade de acesso a locais para a realização da higiene pessoal acarreta diversos prejuízos para a saúde, como infestações de piolhos, doenças na pele, dificuldades para tratar feridas, dentre outros¹⁸.

Fortemente associados à questão da manutenção da higiene pessoal, estão a discriminação e o preconceito contra o corpo, a aparência física e a forma de se vestir. A discriminação contra o corpo que sofre as consequências da vivência na rua é uma reação contra uma aparência não idealizada¹⁹. Um corpo marginalizado, sujo e exalando fortes odores não condiz com o ideal de uma sociedade limpa:

E quando a gente está mal arrumado, sujo, parece que o tratamento é diferente. A gente vai sendo deixado de lado... as pessoas só falam com a gente o que é extremamente necessário. (E20).

Garantir o acesso à higiene pessoal fortalece a autoestima. O preconceito relacionado às questões de higiene também diminui a esperança de mudança de vida. A aparência surgiu nas entrevistas como fator determinante para conseguir ingresso no mercado de trabalho formal:

E conseguir um trabalho direitinho também é difícil. Eu quero é trabalhar. Às vezes a gente quer ir arrumadinho para levar o currículo na empresa, mas a gente não tem nem roupa para entrevista de emprego. Fora que eu estou sem meus dentes... e isso é feio para entrevista, né? Ninguém quer contratar alguém que não tem uma boa aparência. (E13).

A aparência pessoal e a higiene corporal são alguns dos fatores de discriminação que prejudicam o acesso às políticas públicas e à construção das possibilidades de saída das ruas, incluindo a inserção ao mercado de trabalho²⁰.

Existe dificuldade de acesso aos recursos que podem proporcionar o autocuidado:

Banheiro... é a coisa mais difícil aqui no município. Se eles pudessem, eles cortavam da gente entrar no banheiro até do supermercado... mas eles não sabem quem é morador de rua e quem não é... aí não tem jeito de cortar, né? Se você é morador de rua... às vezes dá vontade de você urinar, de você ir no banheiro... Olha a dificuldade: tem que ficar pedindo e a pessoa ainda negar. (E4).

Para Maslow²¹ alimentação, hidratação, respiração, sono, sexo e local apropriado para as funções fisiológicas encontram-se na base da classificação hierárquica das necessidades humanas. Promover o acesso ao banheiro é cuidar de uma necessidade básica, fisiológica de todo ser humano. Muitas vezes, por não ter

banheiro disponível, a pessoa utiliza-se da rua. Além da 'degradação do espaço público', está a violação da privacidade e o sentimento de degradação da própria condição de ser humano.

Conforme os entrevistados, a impossibilidade de inserção no mercado formal de trabalho torna a atividade informal realizada nas ruas uma alternativa e inserção precária, porque, sem proteção social e em condições inapropriadas, causam significativos impactos na saúde:

Para mim dificuldade é carregar um carrinho o dia inteiro... porque eu carrego as coisas em um carrinho, né? Pra cima e pra baixo, no sol e na chuva... o dia inteiro. A dificuldade é só isso. (E4).

Algumas das ações para acessar o mercado de trabalho previstas pela Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua englobam a inserção dessas pessoas como público-alvo prioritário para intermediação de emprego pelos equipamentos sociais, sua capacitação profissional, o incentivo às formas cooperadas de trabalho e a garantia de acesso aos direitos trabalhistas, incluindo a aposentadoria²². Além disso, o investimento do setor público em cursos de capacitação e de qualificação profissional destinados à essa população, como previsto pela PNPSR, também é uma das atitudes para promover e estimular movimentos que provoquem mudanças nas condições de vida¹⁵.

As mudanças climáticas também apareceram como percalços para a vivência na rua. Populações em situações de vulnerabilidade social são profundamente impactadas e seriamente fragilizadas, principalmente no seu estado de saúde, pela não garantia de proteção às alterações de temperatura²³, por exemplo:

Na época do frio eu já passei frio. Estou passando agora, né? E quando chove? Como a gente se esconde da chuva? Se tá chovendo no frio, então, ... a gente fica todo molhado e a roupa parece mais fria ainda! (E7).

Associadas às vulnerabilidades, as doenças respiratórias são mencionadas por muitos entrevistados:

Estava com muita febre e o corpo doendo. Era pneumonia. Mas graças a Deus eu estou melhorando. (E12).

Todo ano me dá pneumonia. Além disso eu estou com tuberculose hoje em dia. (E19).

As doenças respiratórias podem ser agravadas devido às iniquidades resultantes da inserção desigual dos indivíduos na sociedade²⁴. Além de um aumento de risco para a incidência da tuberculose, a situação de rua representa também um aumento de desfechos negativos da doença²⁵.

Os serviços de acolhimento, ou ‘albergues’, são equipamentos de abrigamento e proteção da assistência social. Funcionam, em geral, para pernoite. No município no qual essa pesquisa foi realizada, há dois serviços de acolhimento, com capacidade para receber 150 indivíduos adultos em situação de rua por noite. De acordo com a PNPSR, os serviços de acolhimento devem atender à demanda do município, levando em consideração os dados obtidos pelas pesquisas municipais sobre a população em situação de rua¹⁵. Pesquisa da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social estimou que haja 884 pessoas vivendo nas ruas do Município⁹. Portanto, observa-se que só 17% conseguem abrigos protegidos. Todavia, chama a atenção que a adesão por esse tipo de serviço é contraditória e tensa entre os indivíduos em situação de rua, observando-se ociosidade na utilização das vagas disponíveis. As entrevistas relatam que a ‘falta de liberdade’ e a imposição de ‘regras’ são fatores de não aderência ao serviço:

Olha... aqui eu não tenho liberdade. Aqui é bom pra dormir... mas por exemplo: eu quero ir em uma festa junina... há quantos anos que eu não vejo isso. Pra ver, eu tenho que dormir na rua, igual no meu passado. Como eu já estou mais velho e a rua é

muito perigosa, eu não quero dormir na rua mais. Aí é isso. Não tem essa liberdade. Essa é a vidinha que eu vou tocando. (E10).

A gente consegue comida, banho, proteção dentro do albergue. Só que quando você está dentro do albergue, tem regras e as pessoas não querem seguir regras... elas querem ter liberdade, afinal... albergue não é prisão. (E16).

A gestão atual dos albergues atua com política domesticadora, cujo objetivo é controlar o comportamento dos indivíduos para que não incomodem durante seu pernoite, cerceando a liberdade por meio de regras rígidas²⁶. Para ampliar e qualificar o acesso a essas instituições, é importante promover mecanismos de gestão participativa, com reuniões entre a coordenação e os usuários ou seus representantes, possibilitando um espaço democrático para a discussão das suas demandas.

Também muito presente nos relatos dos entrevistados foi a vivência do preconceito:

Mas a pior dificuldade mesmo é o preconceito. A gente sabe que as pessoas olham para gente como se a gente fosse lixo, como se a gente quisesse estar nessa situação ou como se fosse um castigo. Eu me pergunto: se é castigo, é castigo de quem? De Deus? Eu nunca vi Deus. Ninguém nunca viu Deus. Será que os erros que a gente cometeu na vida precisam de um castigo tão grande assim? Isso pode dar até depressão. Tem um monte de gente que mora na rua que tem essa depressão. (E1).

O preconceito e a discriminação estão relacionados com os diversos mitos que circundam a pessoa em situação de rua, pois há uma ideia geral de que essas pessoas são perigosas, vagabundas, drogadas. Tais pontos de vista servem apenas para fortalecer o cenário de exclusão social. Além disso, geram consequências à saúde mental dessas pessoas, que, tratadas como um incômodo, desenvolvem sentimentos de não pertencimento social²⁷, provocando o isolamento, podendo até mesmo gerar quadros de depressão e ansiedade, como evidenciado na fala de E1.

Alguns autores relatam que a população em situação de rua possui sentimentos de vergonha, baixa autoestima e inutilidade²⁸. Percebe-se isso na fala acima de E1, quando relata ser tratado como um 'lixo', ou seja, como um objeto descartado, sem utilidade²⁹. A PNPSR determina o desenvolvimento de ações educativas que contribuam para a formação da cultura do respeito, da ética e da solidariedade, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos¹⁵. A sensibilização da sociedade para as dificuldades que a população em situação de rua enfrenta todos os dias ajudaria a desmistificar várias questões que foram relacionadas ao preconceito. Atividade que requer insistência e comprometimento do poder público e de todos os setores sociais.

Outro aspecto preocupante nesse cenário é a vulnerabilidade à violência. Nas ruas, a violência aparece de diversas formas: psíquica, que se expressa pelo preconceito; social, que acontece por meio do não acesso aos bens sociais; e física, que proporciona risco à vida.

Uma vez também eu levei uma paulada da polícia ... e eu não fiz nada com a polícia... Apanhei muito mesmo. (E2).

Um dos objetivos da PNPSR é implantação de centros de defesa dos direitos humanos e canais para receber as denúncias de violência¹⁵. Entretanto, Arbex³⁰ relata a violência policial e de agentes públicos contra a população em situação de rua como algo significativo. Dentre os casos, estão agressões físicas, verbais e destruição de objetos pessoais.

Todas as mulheres entrevistadas revelaram medo de sofrerem violência sexual, e algumas delas contam histórias de estupro:

Então dificuldade é o medo de ser vítima, de ser mais um corpo encontrado no rio Paraibuna ou estrebuchado na calçada. E a gente que é mulher tem que ter mais medo porque pode ter violência por causa de sexo também. (E17).

Aqui na rua eu também fui abusada. Nem lembro a cara do homem. Não quero lembrar. Só lembro que era nojento. E foi assim que meu último filho veio pro mundo. (E15).

Sofri muito abuso, viu? Primeiro foi dentro de casa com o marido. Tenho nove filhos e oito são do mesmo pai. A gente se juntou novo... por amor. Mas logo ele se envolveu com drogas, começou a me bater, forçar relação... sexual, né? (E15).

Acabei conhecendo as drogas por causa de um fim de relacionamento e estou assim... na rua e no vício. Eu apanhava dele todo dia, mas tinha medo de deixar. Aí ele é que me deixou. Mas eu vim mesmo para a rua por causa das drogas. (E17).

Mas logo ele se envolveu com drogas, começou a me bater, forçar relação... sexual, né? E depois de muito apanhar, decidi sair de casa. E aí foi aquilo que eu te contei... de achar um apartamento vazio, invadir... isso você já sabe. Aqui na rua eu também fui abusada. (E15).

As violências sofridas pelas mulheres não podem ser vistas como fruto de fragilidade. Na verdade, estão intimamente ligadas a um modelo patriarcal de sociedade que coloca a mulher como um objeto, inferiorizando-a. O patriarcalismo é uma estrutura caracterizada por uma organização social que possibilita que o homem tenha status de autoridade sobre as mulheres e filhos. Tal organização permeia toda a sociedade, inclusive as relações de produção e consumo e as estruturas políticas. A violência contra a mulher e a aquiescência da sociedade relacionam-se, portanto, com relações hierárquicas de poder entre homens e mulheres, instituídas a partir dessa organização³¹.

Rosa e Brêtas³² chamam a atenção para a questão da relação de gênero sobre as diferenças existentes nas violências que provocam o movimento de inserção na rua. Informam que a rua para os homens é o resultado de situações de ruptura por desgaste das relações. Já para algumas mulheres, a rua se apresenta como saída para as condições de violência sofridas no convívio doméstico.

No relato de E16, observa-se uma trama de violência que teve seu início ainda quando morava em uma casa. Estando na rua, demonstra o medo de ser vítima de uma violência que parte do poder relacionado ao status social:

As pessoas gostam muito de bater na gente. Sai empurrando, chutando. E tem aquele medo de ser morta, de ser linchada, assassinada... estuprada. E isso não é medo só das outras pessoas que moram na rua. O medo é principalmente de quem não mora na rua. Às vezes um doutor faz isso. Aí não tem como falar para a polícia... porque eles acham que a culpa é da gente mesmo. E até a polícia usa da sua autoridade para bater. Aí é muito perigoso. Eu sei que às vezes dentro da casa da gente a violência acontece... como eu apanhava dentro de casa. Imagina na rua! (E16).

Quanto à proteção de mulheres agredidas, as Delegacias da Mulher, que deveriam ser serviços especializados e capacitados para o atendimento das vítimas, ainda sofrem críticas em suas ações. Além disso, as mulheres não se sentem devidamente entendidas, protegidas e amparadas. Assim, a decisão de romper o silêncio e denunciar as situações de violência torna-se um movimento árduo³³.

Relatadas, ainda, dificuldades relacionadas à necessidade de deambulação durante o dia:

Dormir no albergue ainda é bom, mas a gente tem que sair bem cedo, aí tem que ficar perambulando pela rua. A gente fica andando na rua por aí, já que não tem outro lugar para ficar. (E9).

A necessidade que a população em situação de rua tem de perambular pelo espaço urbano foi identificada como uma tática para sobreviver ou para enfrentar o cotidiano, isto é, movimentar-se pela cidade em busca de proteção, alimentos, roupas e outros³⁴.

As feridas nos pés estão dentre os problemas de saúde mais relevantes para as pessoas de rua. Muitas delas se locomovem bastante pelas cidades sem proteção e no calor do asfalto, resultando em queimaduras, cortes e feridas³⁵.

A não atenção a essas situações fragiliza e determina processos de adoecimento importantes nesses indivíduos, que podem não parecer relevantes para suas formas de conduzir a vida, mas que os fazem chegar aos serviços de saúde em condições agudas e impeditivas para suas locomoções³⁶.

Muitas foram as dificuldades relativas à vivência nas ruas narradas pelos participantes desta pesquisa. Considerando a saúde como multideterminada, percebe-se que, nesses casos, ela sofre interferência direta da realidade crua que a rua oferece àqueles que dela fazem seu abrigo.

Considerações finais

Pesquisar sobre as dificuldades da vivência nas ruas que interferem na saúde da população em situação de rua foi uma experiência com inevitáveis reflexões sobre o quanto o Município do estudo ainda tem que avançar nas políticas intersetoriais e na construção de equipamentos para executá-las. Dar voz às pessoas em situação de rua para compreender suas necessidades pode ser o ponto de partida para o reconhecimento das prioridades no planejamento das ações municipais. Espera-se que a pesquisa possa servir para ações e estratégias que viabilizem a política municipal específica para essa população.

O momento para as discussões sobre o acesso aos serviços de saúde na percepção da população em situação de rua é favorável, já que o Município iniciou a construção de política para essas pessoas em 2016. A política deve prezar por ações de caráter intersetorial, de forma a propiciar a abrangência das mais diversas necessidades de saúde das pessoas em situação de rua. Ao poder público do Município cabe agilizar o andamento da política e possibilitar estratégias e equipamentos para a sua efetivação.

Existe a necessidade de expansão do número de vagas nos serviços de acolhimento temporário para melhor atender ao número

de pessoas em situação de rua. E, para que haja procura pelos albergues, sugere-se que seja construído um espaço de escuta e debates sobre as demandas dos usuários.

É relevante o relato sobre a ausência de banheiros públicos com chuveiros, além de bebedouros e locais para lavagem de roupas. Dessa forma, a construção de locais que atendam às necessidades de higiene pessoal e excreção são fundamentais para essas necessidades básicas, assim como também contribuem para o autocuidado e favorecimento das condições de saúde.

A pesquisa possibilitou a compreensão sobre os diversos aspectos relacionados à vivência nas ruas que interferem na saúde, destacando o medo de sofrerem violência física e sexual, relatada por praticamente todas as entrevistadas. Essas informações revelam a necessidade de olhar mais sensível do poder público para a situação da mulher que está na rua e para suas demandas específicas. Poucas são as pesquisas com foco nessas mulheres. O incentivo ao desenvolvimento de tais pesquisas contribuiria para o atendimento de suas demandas.

A pesquisa apresentada possui algumas limitações. Pelo fato de ser uma pesquisa qualitativa, a compreensão do fenômeno ocorreu no

período em que se realizou a coleta de dados no Município, que pode ter sofrido mudanças positivas ou negativas em consequência das mudanças no contexto político e social do País.

Só é possível que o acesso à saúde seja contemplado de maneira efetiva se os aspectos que a determinam forem considerados. Espera-se que as dificuldades aqui apresentadas, dentre outras, sejam acompanhadas pelo poder público, com intervenção intersetorial, para que assim haja a transformação no cotidiano das pessoas que enfrentam a dureza das ruas.

Colaboradores

Valle FAAL (0000-0001-7785-8310)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, bem como da aprovação da versão final do manuscrito. Farah BF (0000-0002-3345-0601)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo, além da aprovação da versão final. Carneiro Junior N (0000-0003-1358-9160)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União. 25 Set 2013.
2. Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. Rev. Cienc. Salud. 2017; 15:397-408.
3. Argintaru N, Chambers C, Gogosis E, et al. A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. BMC Public Health. 2013; 13(577):1-9.
4. Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCSA, et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde Soc. 2015; 24(1):219-232.
5. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. Rev. Esc. Enferm. USP. 2014; 48(6):1069-1076.
6. Farias DCS, Rodrigues ILA, Marinho IC, et al. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. Psicol. saber soc. 2014; 3:70-82.
7. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(7):1497-1504.
8. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(3):1-14.
9. Juiz de Fora. Prefeitura, Secretaria de Desenvolvimento Social. Diagnóstico da População em Situação de Rua de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Secretaria de Desenvolvimento Social; 2016. [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sds>.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. Rev Bras Promoç Saúde. 2012; 25(2):243-250.
12. Alcantara SC, Abreu DP, Farias AA. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. Rev. colomb. psicología. 2015; 24(1):129-143.
13. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(1):115-124.
14. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral da ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. [internet]. Brasília, DF: ONU; 1948. [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>.
15. Brasil. Congresso Nacional. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 Dez 2009.
16. Brasil. Congresso Nacional. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União. 5 Fev 2010.
17. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. Soc. 2006; 8(16):20-45.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado

- à saúde junto a população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_saude_populacao_ rua.
19. Reis MS, Rizzotti MLA. População de rua, território e gestão de políticas sociais: para além de um retrato social. *Serv. Soc. rev.* 2013; 16(1):43-65.
 20. Conselho Nacional do Ministério Público. Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua. [internet]. Brasília, DF: CNMP; 2015. [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/Guia_Ministerial_CNMP_WEB_2015.pdf.
 21. Maslow AH. *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitário; 1954.
 22. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. [internet]. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome; 2008. [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: http://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf.
 23. Valverde MC. A interdependência entre vulnerabilidade climática e socioeconômica na região do ABC paulista. *Ambient. soc.* 2017; 20(3):39-60.
 24. Chiesa AM, Westphal MF, Akerman M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1):55-69.
 25. Figueroa-Munoz, JL, Ramon-Pardo P. Tuberculosis control in vulnerable groups. *Bull World Health Organ.* 2008; 86(9):733-735.
 26. Rodrigues IS. A construção social do morador de rua: o controle simbólico da identidade. [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.
 7. Rodrigues IS. A construção social do morador de rua: derrubando mitos. Curitiba: CRV; 2016.
 28. Campbell DJT, O'Neill BG, Gibson K, et al. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. *BMC Fam Pract.* 2015; 13(16):1-10.
 29. Varanda W, Adorno CF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saude soc.* 2004; 13(1):56-69.
 30. Arbex D. PMS denunciados por violência. [internet]. Juiz de Fora: Tribuna de Minas; 2015. [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: <http://www.tribunademinas.com.br/pms-denunciados-por-violencia>.
 31. Barreto MPSL. Patriarcalismo e o feminismo: uma retrospectiva histórica. *Rev. Ártemis.* 2014; 1:1-10.
 32. Rosa AS, Brêtas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface comun. saúde educ.* 2015; 19(25):275-285.
 33. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc. estado.* 2014; 29(2):449-470.
 34. Kunzi GS, Heckert AL, Carvalho SV. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2014; 26(3):919-942.
 35. Rodrigues LRS, Callero JR. O direito fundamental à saúde para a população em situação de rua de Salvador. *Rev. Juris Poiesis.* 2015; 18(18):194-211.
 36. Carneiro Júnior N, Nogueira EA, Lanferini GM, et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saude soc.* 1998; 7(2):47-62.

Recebido em 25/06/2019

Aprovado em 16/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem

Sexual and reproductive health in the Xukuru of Ororubá ethnic group: tell the women to go forward

Maria Rafaela Amorim de Araujo¹, Mariane Silva Tavares², Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza², Diana de Oliveira Bezerra³

DOI: 10.1590/0103-1104202012414

RESUMO Este estudo teve como objetivo conhecer as práticas em saúde sexual e reprodutiva de mulheres da etnia Xukuru do Ororubá. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa, que se utiliza da Teoria Transcultural do Cuidado. Foram entrevistadas 18 mulheres indígenas, na Aldeia de Cimbres, terra Xukuru, localizada na Serra do Ororubá, município de Pesqueira (PE). Foram codificadas quatro categorias analíticas, que contemplaram as categorias nativas/êmicas identificadas nos dados coletados: 1) Mulheres da etnia Xukuru do Ororubá e o lugar que ocupam; 2) Políticas de saúde e seu impacto na vida das mulheres indígenas; 3) Práticas em saúde sexual e reprodutiva; 4) Enfermagem: promoção à saúde e empoderamento. Frequentemente, ressalta-se a importância do feminino dentro dos povos indígenas, contudo, a relação entre homens e mulheres desagua em uma relação de poder desfavorável para as mulheres. O povo Xukuru do Ororubá encontra-se em uma situação sanitária e de saúde semelhante à população geral do Agreste e do Sertão pernambucano. As mulheres Xukuru do Ororubá fazem uso simultâneo e regular da biomedicina e da medicina indígena, contudo, sem uma real articulação. Urge o redirecionamento das práticas em saúde da mulher através da dinâmica da sensibilidade cultural.

PALAVRAS-CHAVE Saúde sexual e reprodutiva. População indígena. Enfermagem transcultural.

ABSTRACT *The aim of the current study is to get to know the sexual and reproduction health practices of women belonging to the Xukuru of Ororubá ethnic group. It followed a descriptive exploratory design, of qualitative approach, based on the Transcultural Care Theory. Eighteen indigenous women, from the Cimbres village, located in Xukuru of Ororubá territory, Pesqueira County (PE), were interviewed. Four analytical categories were coded, which included the native/emic categories identified in the data collected: 1) Women belonging to the Xukuru of Ororubá ethnic group and the place they occupy; 2) Health policies and their impact on indigenous women's lives; 3) Practices in sexual and reproductive health; 4) Nursing: health promotion and empowerment. The importance of the female character inside indigenous populations is often highlighted, however, the different behavioral patterns and roles attributed to men and women still lies on power relations unfavorable to women. The Xukuru of Ororubá face sanitary and health conditions similar to that faced by the general population living in the Agreste and Hinterland regions of Pernambuco State. Xukuru of Ororubá women make regular and simultaneous use of biomedicine and indigenous medicine, however, without real articulation. There is an urgent need to redirect women-health practices in order to perform nursing practices based on a transcultural approach.*

KEYWORDS *Sexual and reproductive health. Indigenous population. Transcultural nursing.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil. rafaelaamorim.enf@gmail.com

²Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.

³Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Hospital das Clínicas (HC) – Recife (PE), Brasil.



Introdução

Considerando o período colonial, berço da classificação racial como a conhecemos hoje, entende-se o cunho de sua criação como estratégia para a dominação de povos, baseada na ideia de existência de raças superiores e inferiores¹. Sendo assim, os povos indígenas originários do Brasil, as pessoas negras traficadas e escravizadas, submetidos aos colonizadores europeus, participaram do desenvolvimento do capitalismo colonial à custa da exploração da sua força de trabalho, e da usurpação da terra e riquezas naturais².

O processo de colonização trouxe vários problemas para a continuidade das culturas e dos costumes desses povos, ressignificando, por exemplo, o conceito de família e a atribuição de papéis sociais por gênero, marginalizando suas crenças com a imposição do padrão da Igreja Católica, através das missões evangelizadoras. Tal padrão consiste na ideia de representação dos corpos, estando a mulher subordinada ao homem, e o não branco subordinado ao branco, tornando a realidade da mulher não branca a mais desfavorável. Dessa forma, nasceu o modelo de sociedade perpetuado até os dias atuais, que mesmo com os avanços e lutas, ainda se baseia no machismo, racismo e eurocentrismo¹.

Devido ao patriarcado arraigado desde a colonização, o lugar feminino vem sendo conquistado a curtos passos, iniciando com a participação das mulheres em espaços gerais, como a construção da Constituição cidadã, que marca a inserção mais evidente da mulher indígena na luta pelos seus direitos. Além desta, a Comissão de Professores Indígenas em Pernambuco e a Articulação dos Povos Indígenas no Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOInME) também representam espaços conquistados pelas mulheres indígenas, que contaram com a Guerreira Maninha Xukuru-Kariri em sua construção².

Apesar de autores como Luciano³ (índio Baniwa e doutor em Antropologia Social) afirmarem que as mulheres indígenas não estão preocupadas com a conquista de espaços de

liderança, estas vêm sentindo a necessidade de assumir o protagonismo nos debates, ainda que com dificuldades.

Falas como a de Dona Zenilda – reconhecida liderança e considerada mãe do povo Xukuru do Ororubá – ratificam a necessidade de superação das desigualdades vivenciadas pelas mulheres:

O movimento indígena precisa entender a importância das mulheres organizadas, mas é desafio das mulheres superar isso e se impor, se colocar como mulher mesmo. Os maridos reclamam muito das mulheres irem viajar, mas eu digo: onde tem confiança, tem cumplicidade²⁽⁴⁴⁾.

Nesse cenário, as indígenas vivenciam diariamente o enfrentamento do preconceito, por serem mulheres e por serem indígenas; lutam contra as desigualdades sociais, chegando a estarem presentes nos conselhos, nas representações e trabalhando nas instituições públicas². Em junho de 2002, em Manaus (AM), aconteceu o I Encontro de Mulheres Indígenas da Amazônia Brasileira, no qual ocorreu o primeiro debate oficial sobre os direitos das mulheres, entre as populações indígenas brasileiras. No ano de 2006, em Brasília (DF), o debate ganhou esfera nacional durante o Encontro Nacional de Mulheres Indígenas, no qual foram definidas como prioridades três áreas temáticas: discriminação e violência; desenvolvimento econômico; e saúde⁴.

Já discutido em fóruns nacionais, o tema da saúde sexual e reprodutiva tem sido objeto de preocupação do movimento organizado de mulheres indígenas⁵. Observam-se condições pouco favoráveis para elas negociarem o sexo seguro, evitarem gravidezes e, em geral, para tomarem decisões quanto à sexualidade e reprodução, o que as deixa expostas a infecções de transmissão sexual e outros agravos⁶. Tem sido reivindicado que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres indígenas estejam de acordo com as tradições e culturas, desde que essas culturas não violentem as mulheres e que sejam reconhecidas pelas políticas públicas⁵.

Contudo, as concepções culturais dessas populações sobre corpo, fluidos corporais e reprodução ainda são pouco conhecidas ou pouco utilizadas pelo pessoal de saúde, para orientar sua prática⁶. Para chegar ao entendimento entre a cultura tradicional indígena e a cultura ocidental, as equipes de saúde devem ampliar sua bagagem de conhecimentos para além da biomedicina, e buscar a compreensão do cuidado transcultural. Como profissão responsável pelo cuidado embasado cientificamente, a enfermagem vem, ao longo das últimas décadas, buscando aprofundar discussões sobre sua prática⁷.

Desafiada pela complexidade dos seres humanos e seus diversos modos culturais de viver, Madeleine Leininger, enfermeira e antropóloga, desenvolveu um foco comparativo no campo da Enfermagem Transcultural, que foi definido como:

Subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e as práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas, de acordo com os seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença⁸⁽¹⁶⁾.

De acordo com Camargo⁹, a Teoria Transcultural do Cuidado tem sido utilizada com frequência no Brasil nas pesquisas de enfermagem, mas seu trabalho não registrou nenhuma abordagem acerca da saúde sexual e reprodutiva. Partindo disto, entende-se a relevância da presente pesquisa, que se propôs a trabalhar com tal temática, buscando analisar os dados levantados a partir de uma perspectiva diferente, com foco principal na visão das mulheres indígenas, abrindo caminho para uma prática de saúde que transcenda o campo biomédico. Deste modo, este artigo tem como objetivo conhecer as práticas em saúde sexual e reprodutiva de mulheres da etnia Xukuru do Ororubá.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, que se utiliza da Teoria Transcultural do Cuidado, a qual operacionaliza a etnoenfermagem como proposta metodológica⁸. No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das ciências humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas¹⁰.

O local de estudo foi a Aldeia de Cimbres, terra indígena Xukuru, localizada na Serra do Ororubá, município de Pesqueira (PE). A história do povo Xukuru do Ororubá é marcada por um passado recente de muitas disputas e conflitos territoriais, resultando em perseguições, expulsões e mortes de indígenas por parte de fazendeiros^{11,12}. Atualmente, a população é estimada em 7.677 indígenas¹³, habitando 24 aldeias, e cada aldeia é constituída por um grupo de famílias. No que diz respeito aos traços étnicos e culturais, é um povo falante da língua portuguesa, que guarda, ainda, antigos vocábulos nativos. Vivencia a religião indígena e católica, expressas nas festas religiosas e nos rituais anuais, e, principalmente, na dança do Toré^{11,12}.

Segundo Leininger⁸, a operacionalização da coleta de dados, por meio da etnoenfermagem, pressupõe o desenvolvimento de capacitadores (facilitadores), que auxiliam na investigação sobre a cultura e o cuidado. Na presente pesquisa, foram utilizados três capacitadores para a obtenção dos dados: 1- Observação-Participação-Reflexão (OPR), com registro em diário de campo; 2- Formulário do perfil socioeconômico; e 3- Entrevista semiestruturada.

A fim de garantir o cumprimento das questões éticas, com a anuência do Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá (Cisxo) e do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), este estudo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Huoc/Procpe e da Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa (Conep), parecer nº 2.116.494/17. Ressalta-se que todas as depoentes aceitaram, livremente, participar da entrevista e, após receberem todos os esclarecimentos pertinentes ao estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Resguardando a identidade das participantes da pesquisa, foram utilizados os seguintes codinomes de pássaros do tupi-guarani: Uirapuru, Tangará, Nhambu, Mutum, Maritaca, Maguari, Macuco, Jaçanã, Gúyrá, Groló, Graúna, Grapirá, Acaé, Anu, Bairari, Sabiá, Cachimbó e Jacu, preservando a confidencialidade das informações.

As entrevistas aconteceram nas dependências da Escola Indígena Mílson e Nilson, e do Posto de Saúde – Aldeia Cimbres. Para garantir a qualidade dos dados, todas foram gravadas por meio de aparelho eletrônico. Participaram 18 depoentes, que se adequaram aos critérios de inclusão delimitados: mulheres na faixa etária de 18 a 49 anos, pertencentes à etnia Xukuru do Ororubá e residentes no território indígena. Vale destacar que a quantidade de mulheres depoentes foi determinada após a obtenção do ponto da saturação. A saturação é operacionalmente definida como a suspensão da inclusão de novas participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação das pesquisadoras, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerada relevante a persistência na coleta de dados¹⁴.

Os dados também foram organizados com base na etnoenfermagem⁸. Esta pressupõe análise sistemática, profunda e rigorosa da pesquisa qualitativa, dividida em quatro fases. A primeira é conhecida como a relação dos dados coletados. Neste momento, as pesquisadoras reúnem todo o material da coleta para uma primeira leitura. Já a segunda fase se baseia na identificação dos descritores e seus componentes. É o momento de caracterizar as falas das informantes, com o objetivo de identificar as semelhanças e diferenças quanto às afirmações e aos comportamentos encontrados. Na terceira fase de análise do padrão contextual, é realizada avaliação criteriosa

dos dados, buscando a saturação de categorias para demonstrar os padrões do cuidado com respeito aos significados no contexto, na consistência e credibilidade. Por fim, há a fase denominada ‘temas principais’, em que se discutiram as descobertas da pesquisa.

Foram codificadas quatro categorias analíticas, que contemplaram as categorias nativas/êmicas identificadas nos dados coletados: 1) Mulheres da etnia Xukuru do Ororubá e o lugar que ocupam; 2) Políticas de saúde e seu impacto na vida das mulheres indígenas; 3) Práticas em saúde sexual e reprodutiva; 4) Enfermagem: promoção à saúde e empoderamento.

Resultados e discussão

Foi traçado o perfil das mulheres para facilitar a compreensão das dimensões das estruturas cultural e social do grupo em estudo. Entre as 18 participantes, 7 tinham entre 20 e 28 anos de idade, e 11 tinham entre 32 e 48. Percebe-se a presença de duas gerações de mulheres indígenas no estudo. Segundo Laraia¹⁵, a cada geração, é possível vislumbrar mudanças culturais em uma coletividade, sendo a diferença de idade, então, de grande utilidade para a pesquisa.

Todas as entrevistadas eram cisgêneras e heterossexuais. Foi identificada apenas uma mulher transexual na aldeia, que, por ser menor de 18 anos de idade, não preencheu todos os critérios de inclusão e ficou fora da pesquisa. Vale informar que ela fez referência a uma indígena cisgênera e lésbica que, no momento, não habitava mais a aldeia. A identidade de gênero e a orientação sexual dos povos indígenas são temas pouco explorados nos estudos que compõem diversas áreas, inclusive porque, de modo geral, as especificidades da comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) são bastante negligenciadas e invisibilizadas¹⁶.

Quanto à escolaridade, seis mulheres possuíam o ensino fundamental incompleto; cinco, o ensino médio incompleto; seis, o ensino médio completo; e apenas uma possuía ensino

superior incompleto. As principais ocupações das participantes eram: dona de casa, agente de saúde, agricultora e merendeira. A falta de estudos completos espelha a realidade socioeconômica em que se encontram.

Em relação ao estado civil, entre as 18 mulheres participantes, predominaram as casadas (14), que conviviam com seus parceiros sexuais em domicílios habitados por 2 a 9 pessoas, entre filhos e demais parentes. Observa-se que o casamento ainda é o esperado para a mulher: monogâmico e organizado dentro do sistema patriarcal.

Mulheres da etnia Xukuru do Ororubá e o lugar que ocupam

Leininger⁸ sempre menciona a importância de utilizar, além da teoria e da técnica, o ouvir, o observar, o sentir. Com isso, os primeiros resultados vieram em uma aproximação com o campo de pesquisa, ainda no início da construção do projeto que originou o presente artigo. Na XVI Assembleia do Povo Xukuru do Ororubá, ocorrida no ano de 2016, o Cacique Marcos Xukuru falou para um grupo sobre a construção do projeto de vida do povo e o enfrentamento à conjuntura de ataques aos direitos indígenas, e encerrou a fala proferindo sua palavra de ordem: 'E diga ao povo que avance'. Perante esse discurso, buscou-se observar os avanços no papel desempenhado pelas mulheres indígenas no cotidiano das aldeias e na luta do povo.

Em uma análise externa, percebeu-se que, não muito distante da realidade de outros povos de Pernambuco, como trazido por Leal, et al.², a maioria das lideranças são ocupadas por homens e, no geral, as mulheres apenas participam da assembleia de forma indireta, desempenhando trabalhos 'ditos femininos', como os de cozinha. A força das estruturas da dominação de gênero estabelece o lugar sócio-historicamente instituído para o feminino, que, de acordo com a pesquisadora Sorj¹⁷, compreende as responsabilidades domésticas e familiares. O uso do facilitador da OPR

possibilitou um mover gradual da observação para a participação, e desta para a reflexão, confirmando os resultados durante as entrevistas⁸. As falas das mulheres evidenciam o lugar feminino quando trazem a responsabilização das mães sobre as práticas e decisões das filhas, no tema da saúde sexual e reprodutiva.

Não, nunca tinha esse diálogo [a mãe], não tinha. Não é como hoje, que a gente senta com nossos filhos, principalmente as nossas meninas, e fala 'Filha, usa camisinha', prevenindo não só contra filho, mas doenças transmissíveis. Tudo isso, a gente senta e conversa. Aquilo que minha mãe não conversou comigo, eu sempre passo pra elas [filhas]. (Graúna).

O que minha mãe dizia, e diz, é que, se a moça fizer isso [sexo antes do casamento] com o namorado, ela vai ficar falada. Não faça isso, porque, se fizer isso, eles não querem mais, e os outros não querem. (Anu).

Eu não sei se elas [filhas] vão dar pr'a gente ou outro tipo de coisa. Mas quando elas crescerem, eu sempre vou sentar pra conversar, dar o exemplo que minha mãe não me deu [...] ela sempre foi uma mãe ausente. (Tangará).

Frequentemente, ressalta-se a importância do feminino dentro dos povos indígenas, seja quando se fala da Mãe Terra, que é ente feminino, seja se referindo às mulheres e aos papéis que ocupam, com bons exemplos de mulheres indígenas que estão nas lideranças, presentes inclusive na coordenação executiva da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil². Contudo, a construção social de gênero, que define a relação entre homens e mulheres no que tange a padrões de comportamento e aos papéis atribuídos, desagua em uma relação de poder desfavorável para as mulheres, tudo isso com base na biologização do corpo¹⁸. O que é mais nebuloso dentro da comunidade indígena é a dificuldade que existe de reconhecer a desigualdade de gênero, como Barros Jr.¹⁹ traz em seu texto, falando especificamente do povo Xukuru do Ororubá.

Para o avanço das pautas das mulheres indígenas, é necessário reconhecer que o machismo e o patriarcado são abrangentes, fortes e continuam passando de geração em geração, e ainda fazem parte do dia a dia das sociedades indígenas e não indígenas. Há as mazelas do homem branco, mas o que parece mais complicado é tratar e reconhecer a violência no ambiente familiar e comunitário.

Ele [ex-marido] é muito mulherengo. Bebia bastante, começou a me bater. (Acaé).

Tive relações com ele em dezembro, e foi a primeira vez, também, que eu tinha bebido. Nunca tinha bebido. Aí, me perdi também, não senti nada [...] eu fui saber no outro dia o que tinha acontecido, porque ele me disse [...] quando ele falou eu acreditei, porque eu estava dolorida [...] de lembrar como foi, não lembro. Mas eu sei que não houve abuso, porque foi dentro de casa, e estava meu pai e minha mãe dormindo. Então, quer dizer que, se tivesse sido abuso de algum jeito, meu pai e minha mãe teriam escutado [...] praticamente eu me juntei a pulso, porque eu não queria. (Grapirá).

A preocupação com relatos como esses vem promovendo debates, ainda que limitados, sobre o tema da violência, e entende-se que as justificativas para essas práticas com discursos baseados em 'costume', valores 'tradicionais' e na 'cultura' precisam ser desconstruídas²⁰. Avaliar o que vale a pena resguardar da estrutura de gênero tradicional e que aspectos podem mudar representa um grande desafio a ser enfrentado, não apenas pelo movimento de mulheres indígenas, mas por cada povo em particular².

Políticas de saúde e seu impacto na vida das mulheres indígenas

Foi criado, em 1999, o Subsistema de Saúde Indígena, resultado das mudanças no sistema brasileiro de saúde pública que vinham ocorrendo desde a década de 1980, passando inclusive pela construção da Constituição cidadã²¹. Em 2002, foi instituída a Política Nacional

de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o intuito de compatibilizar os direitos diferenciados, constitucionalmente garantidos aos povos indígenas, à Lei Orgânica da Saúde, que, por sua vez, não menciona as questões atinentes à relação entre gênero e saúde^{22,23}.

Quanto ao acesso, iniciou-se uma expansão dos serviços de saúde, buscando alcançar as áreas indígenas. No cenário de hoje, ainda não há uma realidade homogênea entre os territórios indígenas, mas, no território trabalhado no presente estudo, é possível notar o impacto desta expansão.

[...] o posto daqui, ele ajudou muito a área indígena, porque o atendimento d'a gente aqui era tudo em Pesqueira. Era muita dificuldade pra marcar uma consulta, marcar um exame. (Grapirá).

Agora não, agora é muito bom [sobre o acesso à saúde] [...] até o carro vai pegar as gestantes lá onde a gente mora [qualquer aldeia] quando é tempo de pré-natal. Se tornou mais fácil. Já no meu tempo, era mais difícil. (Maritaca).

No universo feminino, houve, em 1983, a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), que estabeleceu a saúde reprodutiva como prioridade de ação política. No âmbito desse programa, a mulher passou a ser compreendida como um sujeito de direitos. E como um desdobramento do Paism, foi lançada, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Tal política, orientada pelos princípios de integralidade, equidade e universalidade que formam o Sistema Único de Saúde (SUS), passou a considerar o enfoque de gênero, de raça, de etnia e geracional²³.

O PNAISM identifica a necessidade de articulação com outras áreas técnicas, além da proposição de novas ações, mas, desde 2004, são ensaiadas iniciativas para a saúde das mulheres indígenas, sem sucesso. Por isso, percebeu-se que o avanço proposto pela política não chegou para essas mulheres, conferindo

uma atenção que perpetua o aprisionamento da mulher ao lugar maternal²³. Nos relatos do presente estudo é possível perceber esta visão restrita quando se faz a pergunta ‘Pra você, o que significa saúde sexual e reprodutiva?’:

Assim [...] o que eu penso é sobre família, como é a convivência, como é ser mãe nova, terminar o estudo e ter filho cedo. (Graúna).

Eu acho que me sinto uma mulher realizada. Eu tenho minhas filhas, meu marido. Primeiro lugar, saúde. Depois, a pessoa conhecer a pessoa que quer ter os filhos, e tem os filhos. (Anu).

Saúde e sexo reprodutivo, no meu ponto de vista [...] a saúde, a gente teve o sexo reprodutivo. Primeiro, a gente tem que ter a saúde. Se a gente não tem a saúde, como é que a gente vai reproduzir? Nós, doentes, não podemos reproduzir, porque a gente sabe que vai ter a formação de um ser dentro de nós. No meu ponto de vista, é isso daí. (Jaçanã).

Parte do grande desafio de ampliar o horizonte feminino, para além da tarefa reprodutiva, é a própria ideia do que significa seu corpo e a relação com ele. As falas levantadas vêm, em sua maioria, carregadas com a ideia de que seus corpos são propriedades dos homens, seja quando relatam o despertar sexual com o homem como protagonista, ou com a utilização de termos como ‘me entreguei’ e ‘me perdi’.

Então, com 13 anos, me entreguei a ele [...] me juntei com ele [...] mexeu com a moça, tem que casar. (Graúna).

Aí, eu completei 15 anos em novembro. Me perdi em dezembro, tive relações com ele em dezembro. (Grapirá)

Na verdade, eu ainda não tinha me perdido, porque é assim que se fala: ‘Perdida’. (Acaé).

Diretamente atrelado à representação do corpo, está o fato de que grande parte das mulheres deste estudo é ou foi casada com

o primeiro homem com quem se relacionou, mesmo que muitas delas tenham expressado que não queriam, ou que se arrependeram.

Assim, terminei casando sem gostar, só por causa da família, que gostava muito dele, entendeu? (Acaé).

Meu esposo, só! Minha primeira relação foi com ele. (Jacu).

Se fosse hoje, estava casada não [...] não que a minha vida de casada seja ruim. Mas é porque foi tão rápido, eu perdi minha juventude. (Graúna).

O sistema reprodutivo acaba por restringir as mulheres mais intensamente quando precisam se responsabilizar sozinhas pelas crianças.

Quando eu descobri que eu estava grávida, eu tive que voltar [de São Paulo], abandonar tudo lá. Ele [marido] é uma pessoa assim, ‘rugida’, não tinha diálogo com ele [...] nunca foi de dar muito apoio. (Graúna).

[...] e queria porque queria [ter filho], ele também era muito novo e, você sabe, devido à minha idade e tudo, eu pensava: ‘Se eu não tiver um filho com ele, claro que ele vai tentar fazer em outra pessoa, que ele quer muito um filho’. (Grapirá).

Tinha ido pra um forró [o marido] a noite todinha [...] deixou eu em trabalho de parto [...] foi embora, chegou de manhã. (Acaé).

Aprisionadas nessa significação de corpo e na dependência da figura masculina, as participantes demonstraram que não conseguiam visualizar outro tipo de vivência da sexualidade. Ou seja, o exercício saudável da sexualidade não passava pela descoberta das áreas do corpo que poderiam lhes proporcionar prazer por elas mesmas, e muito menos se aproximavam da prática sexual com outras mulheres, o que se reflete nas falas das entrevistadas, quando respondem com muita convicção à pergunta ‘Você só se relacionou/relaciona com homens?’:

Só com homem, graças a Deus. (Groló).

Com certeza, sim. Não que eu tenha preconceito, entendeu? Mas só com homens. (Anu).

Lógico, só com homens. (Jaçanã).

Verifica-se a necessidade de uma releitura das políticas públicas de saúde da mulher indígena para a consolidação de direitos, pois o acesso à saúde foi só o primeiro passo de um longo caminhar. Em um horizonte ainda turvo, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se em 'locus' privilegiado de desenvolvimento das questões de gênero em saúde, buscando garantir o direito pleno das mulheres decidirem sobre seus corpos e vidas²⁴.

Práticas de saúde sexual e reprodutiva

Para compreender a saúde das pessoas e da comunidade, torna-se necessário analisar suas práticas a partir da conjuntura onde elas tomam forma, pois cada contexto possui características específicas. Aqui, o termo 'práticas de saúde' é utilizado como sinônimo de qualquer forma de cuidado, não apenas da prática biomédica, abrangendo práticas advindas da cultura popular, tais como o benzimento e as ligadas a religiões²⁵.

O povo Xukuru do Ororubá, por ser um grupo que está em contato permanente com pessoas não índias, assim como os Truká, encontra-se em uma situação sanitária e de saúde semelhante à da população geral do Agreste e do Sertão pernambucano²⁶. Mesmo assim, possui especificidades que situam o tema das práticas de saúde em um contexto diferenciado de compreensão sobre saúde, doença e processos de cura.

De acordo com os depoimentos, constatou-se que as mulheres Xukuru do Ororubá fazem uso regular da biomedicina e da medicina indígena, simultaneamente.

Eu sempre tomo [chás]. Por isso, quando eu faço

prevenção, graças a Deus, não dá nada, porque eu me cuido. (Uirapuru).

Olha, eu uso o remédio que o médico passa e também uso remédio caseiro, que dizem que é bom. (Mutum).

Pra corrimento, eu tomo casca de pau na água [...] às vezes, eu uso a pomada; às vezes, o comprimido. (Maritaca).

A relação existente entre a sabedoria popular e as práticas de cuidado está diretamente ligada à utilização de plantas medicinais, que é uma das mais antigas práticas populares em saúde, conhecida predominantemente por mulheres²⁷.

A maioria das entrevistadas utiliza as plantas sempre que tem algum sintoma ginecológico – destacando-se o corrimento vaginal, outras afecções mencionadas foram infecção, coceira e atraso menstrual. Entre as ervas medicinais usadas, estão: quixabeira, aroeira, cajueiro roxo, chifre de bode, cidreira, barba-de-timão, cabacinha e quebra-faca. O preparo das plantas por todas as mulheres é feito por infusão, em banho de assento ou elas as ingerem através de chás.

Quixabeira é uma planta anti-inflamatória, ela faz tratamento de colo uterino. Eu já alcancei pessoas aqui não tomar pílula, não fazer uso de camisinha, mas ter o esposo dela, e elas fazerem o uso da água da quixabeira. (Jaçanã).

Tem o chifre de bode, não sei se você sabe [...] é bom pra inflamação. A gente toma, a gente se banha. Serve bastante. Para mim, serve mais do que os remédios de farmácia. (Jacu).

Leininger⁸ assinala que o cuidado é dividido entre popular e profissional. O cuidado popular refere-se ao conhecimento culturalmente apreendido e transmitido. Esta transmissão é feita de modo tradicional entre as gerações, são práticas de cuidado desenvolvidas e compartilhadas entre as mulheres. Entretanto,

percebe-se que as mulheres indígenas com menos de 30 anos conhecem menos, e já quase não utilizam os modos/cuidados culturalmente apreendidos.

É porque, assim, eu fui criada com meus avós, e tudo deles era erva [...] era mais minha avó, que minha avó era mais rezeira. A gente estava com dor de barriga, ia no quintal, pegava erva-cidreira, capim-santo, erva-doce. (Graúna).

Temos uma rezadeira e nossa curandeira por aqui. Aí diz que, se tiver um corrimento ou tiver com alguma coisa, toma chifre de bode, banho de água de caju. (Anu).

A biomedicina se expressa de forma mais incisiva no uso de métodos contraceptivos, utilizados para evitar uma gravidez indesejada. Destacou-se o uso da camisinha e da pílula. Além disso, chamou a atenção o apelo à laqueadura.

Eu pretendo colocar um DIU [dispositivo intrauterino]. A doutora falou que depois de quatro meses eu coloco, porque eu não posso me operar, porque eu sou muito nova. (Tangará).

Com 19 anos, eu fiz minha ligação. (Graúna).

Ainda queria desfazer a cirurgia [...] tinha como fazer isso, mas eu desisti. Deus só me deu os dois, deixa eu só com os dois mesmo, que eu não vou arrumar mais problema. (Acaé).

Esse abdicar da vida reprodutiva dentro de um centro cirúrgico é visto como saída eficaz, rápida e desprovida de preocupações posteriores. Contudo, a precipitação e o arrependimento aparecem nas narrativas e, segundo Fontenele e Tanaka²⁸, seria importante que as mulheres fossem mais bem orientadas sobre a laqueadura e outros métodos, visto que o acesso às informações pode promover mais segurança ante as escolhas.

As mulheres indígenas têm acesso e utilizam variados sistemas alternativos de saúde,

contudo, o fazem sem uma real articulação. Assim, é preciso conhecer e valorizar essas práticas, e realizar uma discussão mais aprofundada sobre a inter-relação do cuidado tradicional e as intervenções no campo da biomedicina²⁶⁻²⁹.

Enfermagem: promoção à saúde e empoderamento

Leininger⁸ define a enfermagem como uma profissão focalizada no fenômeno e nas atividades do cuidado, do comportamento humano e suas variações determinadas pela cultura. Todavia, quando o tema da consulta de enfermagem foi problematizado com as participantes, percebeu-se a fragmentação da assistência prestada às mulheres, basicamente em pré-natal e prevenção de câncer de colo de útero.

Em um estudo realizado por Marinelli et al.³⁰, sobre a assistência à população indígena e as dificuldades encontradas por enfermeiras e enfermeiros, constataram-se, entre os entraves, a falta de treinamento específico para o trabalho com indígenas, dificuldade de comunicação, as barreiras geográficas, condições de trabalho não satisfatórias e a aceitação do corpo profissional, por parte das pessoas indígenas.

Eu nunca fiz [o preventivo] na cidade. Tem gente que faz na cidade porque tem vergonha, tem num sei o quê. Mas eu acho que, pra saúde da pessoa, a pessoa não pode que ter vergonha, tem que fazer, pra evitar algumas coisas, doenças. (Uirapuru).

Muitas delas têm preconceito. É por vergonha, e elas têm um pouquinho de receio. Elas gostam muito da enfermeira e elas ficam meio constrangidas de ver a cara da enfermeira. (Jaçanã).

As equipes de saúde são desafiadas a desenvolver a dinâmica da sensibilidade cultural, uma consciência das semelhanças e diferenças culturais⁸. Neste caso, a enfermagem vem conquistando um espaço importante, como profissão educadora, no âmbito da saúde indígena.

Eles fazem palestra com a comunidade, para os jovens; eles explicam as doenças que são transmissíveis. Fazem as palestras na escola também. Eles dão os preservativos em casa e na escola. (Gúyará).

Acho que eles já passam as informações corretas. Eles trabalham muito em cima dessas doenças e eles conversam bastante com os jovens. Pra mim, já é o suficiente, que, no meu tempo, não tinha essas palestras. (Nhambu).

Entretanto, é preciso desmistificar o tema e abordar não apenas os riscos do exercício da sexualidade, mas também o prazer, os sentimentos, o respeito e a responsabilidade envolvidos. Para a realização de uma enfermagem que esteja pautada em uma abordagem transcultural, urge o redirecionamento das práticas em saúde da mulher. É necessário repensar o modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia das pessoas³¹.

Carvalho e Gastaldo³² sugerem o exercício de uma prática profissional guiada pelo entendimento da usuária enquanto cidadã portadora de direitos, que valoriza a parceria entre profissionais, pessoas individuais e comunidades, em substituição a uma prática alienada e autoritária, na qual as pessoas que trabalham na saúde são simplesmente provedoras de serviços, e a usuária, uma consumidora. Nesta instância, o ‘empoderar-se’ não corresponde apenas a um ato psicológico, individual, mas a um ato social e político.

Considerações finais

Quando se utiliza a Teoria Transcultural do Cuidado para delimitar práticas de saúde, questiona-se, antes, o modelo social e cultural. Diante da discussão realizada no presente estudo, percebe-se que o lugar social hegemonicamente ocupado pelas mulheres indígenas faz delas as que mais sofrem frente às perdas de direitos de seu povo e às mazelas que adentram e adentram na comunidade indígena.

Na atual conjuntura política do Brasil, não há espaço para a hesitação, é preciso avançar para além dos papéis historicamente atribuídos ao feminino, se organizar e conquistar espaços de fala e de representação.

Compreendendo esse contexto das mulheres Xukuru do Ororubá, compreende-se também a herança de medos, impedimentos e dificuldades na abordagem da saúde sexual e reprodutiva. A consciência das condições sócio-históricas que se inserem em suas trajetórias permitirá às mulheres indígenas derubarem barreiras e repensarem o modelo de saúde praticado. Pois o que se tem observado é uma sobreposição gradual da biomedicina à medicina indígena, sem a valorização dos atos cuidadores e da autonomia das pessoas.

Frente a essa conjuntura, a profissão da enfermagem destacou-se com grande potencial para o cuidado transcultural. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero oferecem à mulher possibilidades de empoderar-se. Assim, a enfermeira e o enfermeiro seriam facilitadores do cuidado à saúde, como pontes que interagem e estabelecem intercomunicações da biomedicina com a medicina tradicional. Sempre lançando mão de pluralidades terapêuticas, capazes de estimar os chás e banhos da cultura Xukuru do Ororubá sem deixar de oferecer novas tecnologias para o cuidado da saúde sexual e reprodutiva.

Por fim, fica a análise de que o despertar das mulheres indígenas consiste ainda em um processo embrionário, mas que, mesmo com todos os obstáculos, vem avançando, inclusive quando busca a aproximação com o cotidiano das mulheres nas bases, através de mulheres indígenas multiplicadoras e questionadoras dos motes de gênero, saúde e de seus direitos. Tais mulheres forjam-se como protagonistas de escolhas, que vão desde o seu papel dentro da comunidade até o direito de vivenciar livremente sua saúde sexual e reprodutiva. Parte importante de tais desafios é firmar que fortalecer a luta das mulheres indígenas é fortalecer a luta de seu povo, para que, assim, possam continuar avançando e alcem voo sem temer.

Colaboradores

Araujo MRA (0000-0002-9565-6285)* e Tavares MS (0000-0002-5771-7382)* contribuíram para a concepção do estudo, coleta e

análise de dados, e elaboração do artigo. Souza VRFP (0000-0003-4673-378X)* e Bezerra DO (0000-0003-2380-0820)* contribuíram para o delineamento do estudo, interpretação dos dados, e revisão do artigo. ■

Referências

- Oliveira GC. Duas décadas de luta feminista antirracista pelos direitos sexuais e reprodutivos. In: Oliveira GC, Campos CH, organizadores. Saúde reprodutiva das mulheres: direitos, desafios e políticas públicas. Brasília, DF: Ars Ventura Imagem e Comunicação; 2009. p. 15-30.
- Leal C, Eneida H, Andrade LE. Algumas considerações sobre o vivido. In: Leal C, Eneida H, Andrade LE, organizadores. Guerreiras: a força da mulher indígena. Olinda: Centro de Cultura Luiz Freire; 2012. p. 6-29.
- Luciano GS. Gênero. In: Luciano GS. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2006. p. 208-215.
- Verdum R. Mulheres indígenas, direitos e políticas públicas. Brasília, DF: Inesc; 2008.
- Rede Grumín de Mulheres Indígenas. Mesa de Trabalho Local e Regional Rumo ao Fórum Nacional de Mulheres Indígenas. Itaipu; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (n. 26).
- Waldow VR. Atualização do cuidar. *Aquichán*; 2008; 8(1):85-96.
- Leininger MM, Farland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2. ed. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
- Camargo FCM, Lima RFS, Santos AM, et al. A aplicabilidade da teoria do cuidado cultural por enfermeiras nos periódicos de saúde do Brasil (1992– 2011). *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* 2014; 6(1):1743-1755.
- Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Públ.* 2005; 39(3):507-514.
- Almeida AWB, Marin REA, Fialho V. Nova cartografia social dos povos e comunidades tradicionais do Brasil: Xukuru do Ororubá – PE. Manaus: UEA Edições; 2012.
- Fialho V. As fronteiras do ser Xukuru. Recife: FUNDAJ. Ed. Massangana; 1998.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

14. Pires AP. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, et al., organizadores. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 154-211.
15. Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico. 18. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
16. Angonese M, Lago MCS. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde Soc.* 2017; 26(1):256-270.
17. Sorj B. Trabalho remunerado e trabalho não-remunerado. In: Venturi G, Recamán M, Oliveira S. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 107-119.
18. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Porto Alegre: Educação e Realidade; 1990.
19. Barros Junior F. Organizações tradicionais e políticas públicas contemporâneas: avanços e retrocessos na autonomia da mulher Xukuru. In: Sacchi A, Gramkow MM. Gênero e povos indígenas. Brasília, DF: Fundação Nacional do Índio; 2012. p. 128-139.
20. Verdum R. Mulheres Indígenas na luta pela proteção e promoção dos seus Direitos [internet]. Brasília, DF: Inesc; 2010 [acesso em 2017 jun 26]. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-do-inesc/2010/novembro/mulheres-indigenas-na-luta-pela-protecao-e-promocao-dos-seus-direitos>.
21. Azevedo ALM, Gurgel IGD, Tavares MA. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). *Cad. Saúde coletiva.* 2014; 22(3):275-280.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
23. Ferreira LO. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 4(18):1151-1159.
24. Benites APO, Barbarini N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. *Psicol. Soc.* 2009; 21(1):16-24.
25. Oliveira MW, Moraes JV. Práticas populares de saúde e a saúde da mulher. *Rev. APS.* 2010; 13(4):412-420.
26. Vieira HTG, Oliveira JEL, Neves RCM. A relação de intermedialidade nos Índios Truká, em Cabrobó – Pernambuco. *Saúde Soc.* 2013; 22(2):566-574.
27. Muller CP, Araujo VE, Bonilha ALL. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. *Rev. Eletrônica Enferm.* [internet]. 2007 [acesso 2017 jun 17]; 9(3):858-865. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/rVevista/v9/n3/v9n3a24.htm>.
28. Fontenele CV, Tanaka ACD. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. *Saúde Soc.* 2014; 23(2):558-571.
29. Pereira ER, Biruel EP, Oliveira LSS, et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde Soc.* 2014; 23(3):1077-1090.
30. Marinelli NP, Nascimento DF, Costa AIP, et al. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. *Revista Univap.* 2012; 18(32):52-65.
31. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado. *Interface.* 2010; 14(34):593-605.
32. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 13(2):2029-2040.

Recebido em 24/04/2019

Aprovado em 14/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ)

Risk factors for diarrhea occurrence in children living in Guaratiba Island (RJ)

Kelly Cristina Genesio de Aguiar¹, Simone Cynamon Cohen¹, Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel¹, Débora Cynamon Kligerman¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012415

RESUMO Este artigo visou analisar a ocorrência de diarreia aguda em crianças menores de 5 anos assistidas pela Estratégia Saúde da Família de Ilha de Guaratiba, e as condições habitacionais e de saneamento da localidade. Foi realizado um estudo epidemiológico transversal. A análise das variáveis foi feita por meio de regressão logística simples e múltipla. As variáveis que apresentaram associação com a diarreia foram: (a) criança de idade <2,5 anos; frequentar creche/escola e renda familiar <um salário mínimo; (b) presença de filtro de água e tratamento domiciliar da água; (c) presença de inundações, esgoto a céu aberto, transbordamento de fossa e lixo a céu aberto. No modelo de regressão logística, foram considerados dois cenários epidemiológicos, com e sem inundações. No primeiro cenário, as variáveis que mantiveram associação estatisticamente significativa com o desfecho foram: tratamento domiciliar da água, esgoto a céu aberto e presença de inundações. No segundo cenário, encontrou-se evidência de associação também da variável frequência a creche/escola. Portanto, este artigo ressalta a importância de políticas públicas, programas e ações com vistas à ampliação do saneamento básico, ao planejamento de ações de saúde pública e à garantia do acesso à educação infantil.

PALAVRAS-CHAVE Diarreia. Determinantes Sociais da Saúde. Habitação. Saneamento. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT This article aimed to analyze the occurrence of acute diarrhea in children under five years old assisted by the Family Health Strategy of Guaratiba Island, and housing and sanitation conditions of the locality. A cross-sectional epidemiological study was carried out. The analysis of the variables was made by using simple and multiple logistic regression. The variables that showed association with diarrhea were: (a) children <2,5 years old; attend daycare/school and family income <one minimum wage; (b) presence of water filter and home water treatment; (c) presence of floods, open-air sewer, overflow of septic tank and garbage in the open. In the logistic regression model, two epidemiological scenarios, with and without floods, were considered. In the first scenario, the variables that maintained a statistically significant association with the outcome were: home water treatment, open sewer and presence of floods. In the second scenario, evidence was found of association also of the variable attendance to daycare/school. Therefore, this article highlights the importance of public policies, programs and actions with a view to the expansion of basic sanitation, the planning of public health actions and the guarantee of access to early childhood education.

KEYWORDS Diarrhea. Social Determinants of Health. Housing. Sanitation. Family Health Strategy.

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



Introdução

Em todo o mundo, a diarreia aguda representa uma doença de alta morbimortalidade, especialmente nos países em desenvolvimento. Entre as faixas etárias mais suscetíveis à doença encontram-se as crianças de até 5 anos de idade. Relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)¹ aponta que, em 2017, 8% da mortalidade, equivalentes a 448 mil crianças com menos de 5 anos morreram devido à diarreia no mundo.

No Brasil, foram contabilizados 218.012 indivíduos internados por essa doença em 2018, sendo 36,2% deste total compostos por crianças menores de 5 anos².

A ocorrência da doença diarreica engloba um conjunto de fatores relacionados tanto a condições de saúde individual quanto a determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais. Entre estes fatores, a doença está associada, sobretudo, a condições de habitação precárias e saneamento inadequado com impacto negativo no ambiente, causando a contaminação do solo e de mananciais hídricos que favorecem a transmissão de doenças infecciosas, entre elas, a diarreia³⁻⁶.

Para que uma habitação seja considerada saudável, ela deve compreender requisitos mínimos para a promoção e proteção à saúde humana e ambiental, que incluem os estruturais e os socioculturais presentes nos espaços intra e extradomiciliares. A inadequação das condições habitacionais representa fator de risco para ocorrência da diarreia, especialmente a infraestrutura física e os serviços de saneamento^{4,7}.

Embora o saneamento seja um direito constitucional, a cobertura deste serviço ainda permanece deficiente em diversos municípios brasileiros. Cerca de 10 milhões de domicílios não têm acesso à água canalizada, e apenas 59,1% estão ligados diretamente à rede coletora de esgoto^{6,8}.

Diante desse cenário, a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um significativo avanço no campo da promoção da saúde e na prevenção de doenças

transmissíveis como a diarreia. O trabalho das equipes de saúde é realizado na comunidade e os profissionais atuam tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto nos domicílios. A estratégia baseia-se na visão integral do indivíduo, considera seu âmbito familiar, orientando o planejamento de ações e cuidados à saúde voltados à realidade de cada localidade, contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população. Além disso, prevê o incentivo à participação dos indivíduos no controle social^{9,10}.

Neste contexto, esse artigo apresenta os fatores de risco presentes nas habitações. Considerando a inadequação do serviço de saneamento, estudou-se a associação com a ocorrência de diarreia em crianças de 1 a 5 anos residentes na Ilha de Guaratiba, localidade com cobertura da ESF, a fim de ampliar o conhecimento acerca das implicações que as condições habitacionais e de saneamento têm na prevalência da doença.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório sobre fatores associados à prevalência de diarreia em crianças menores de 5 anos residentes na Ilha de Guaratiba. Como método foi conduzido um estudo epidemiológico transversal controlado, de base populacional, opção de desenho de estudo recomendado para a investigação de uma doença com alta prevalência.

O estudo foi realizado na Ilha de Guaratiba, localizada no bairro de Guaratiba, município do Rio de Janeiro (RJ). A Ilha de Guaratiba pertence à Área Programática 5 (AP 5) e à Região Administrativa de Guaratiba (RA XXVI). O bairro de Guaratiba compõe 92% da RA (139,44 km²) e 82% de seu contingente populacional têm renda média de R\$ 780¹¹. Com base no Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2000, a localidade também apresenta baixíssimos índice de desenvolvimento social (0,433) e índice de desenvolvimento humano (0,744) dentro do município do Rio de Janeiro (RJ)¹². Quanto à

demografia, entre os Censos de 1990 e 2000, o crescimento populacional foi de 5,83%, valor que supera a taxa de crescimento do município, que foi, no mesmo período, de 0,74%¹¹.

Em 2016, a população estimada de Ilha de Guaratiba era de 11.698 pessoas, sendo 6.090 do sexo feminino e 5.608 do sexo masculino¹³. As residências eram 68,7% de alvenaria. Todas tinham acesso à energia elétrica. O serviço municipal de limpeza urbana coletava 98% dos resíduos sólidos gerados. O abastecimento de água era por rede encanada em 72,6% das residências, e através de poço ou nascente em 26,9%. Quanto ao destino dos dejetos, 93,5% dos domicílios utilizavam fossas e 6,44% os dispunham a céu aberto¹³.

A escolha da área da pesquisa foi em virtude de ser o local de atuação profissional de uma das autoras do presente artigo como enfermeira da ESF, bem como das características locais: área predominantemente rural, sem a universalidade do abastecimento de água encanada e também desprovida de esgotamento sanitário.

Para o estudo, foi considerado caso de diarreia a ocorrência de aumento na frequência e na quantidade das eliminações intestinais e a alteração em sua consistência¹⁴. A população de estudo corresponde a crianças na faixa etária de 1 ano completo a 5 anos incompletos, residentes na Ilha de Guaratiba. O critério de inclusão era estar com o cadastramento na Unidade de Saúde da Família (USF) ativo no período de 1º de junho a 30 de junho de 2016. Os critérios de exclusão foram: malformações congênitas, doenças agudas graves e doenças crônicas acarretadoras de deficiência imunológica.

A seleção da população do estudo foi realizada através do prontuário eletrônico da USF da localidade, em duas etapas: 1ª) seleção de microáreas onde residiam cerca de 70% das crianças com o cadastro da ESF ativo em junho de 2016, e que apresentavam diferentes cenários em relação ao nível de urbanização, tipo de edificações e padrão de vegetação; e 2ª) seleção de participantes nas 15 microáreas eleitas, onde todas as crianças tiveram suas

residências visitadas, e os critérios de elegibilidade aplicados.

Os dados do estudo foram coletados por meio de dois instrumentos: entrevista e observação domiciliar. Os dados coletados nas entrevistas foram relativos às características da criança, condição socioeconômica da família e de saneamento da residência.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente com os responsáveis das crianças, familiares que residiam no mesmo domicílio ou cuidadores, e a cada um foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que fosse lido e, em caso de assentimento à participação, assinado antes da entrevista. No caso dos responsáveis estarem ausentes, realizou-se mais uma tentativa de encontrá-los, em dia e horário diferentes.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados digital criado no *software* Epidata versão 3.1.

O período de realização das entrevistas foi compreendido entre 10 de agosto e 30 de setembro de 2016.

A variável dependente do estudo foi a ocorrência de diarreia em crianças em até 30 dias anteriores à entrevista, referida pelo respondente. As variáveis independentes foram agrupadas em três dimensões: (a) fatores da criança e família: sexo e idade da criança, renda familiar inferior a um salário mínimo, recebimento de Bolsa Família, frequência a creche/escola, amamentação; (b) fatores do domicílio: presença de banheiro, presença de cozinha, presença de geladeira, presença de filtro e tratamento domiciliar da água; (c) fatores de saneamento e meio ambiente: fonte de abastecimento de água (sistema público versus poço/nascente), limpeza da caixa d'água, esgotamento sanitário (fossa), limpeza de fossa, presença de inundações, esgoto a céu aberto, presença de esgoto no quintal, transbordamento de fossa, lixo a céu aberto e presença de lixo no quintal.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: na primeira, foram avaliadas

a completude e a qualidade dos dados. Na segunda, foi realizada a análise estatística dos dados. Inicialmente, foram calculadas as prevalências de diarreia e seus respectivos intervalos de confiança segundo extratos definidos a partir de características biológicas, socioeconômicas e demográficas. Em seguida, foram calculadas medidas de associação entre os fatores estudados e a ocorrência de diarreia. Procedeu-se a uma análise bivariada, usando modelos de regressão logística simples para todas as variáveis independentes e o desfecho. A medida de associação Odds Ratio (OR – razão de chance) foi utilizada para representar a razão de prevalência. Além de serem realizadas estimativas pontuais dessa medida de associação, também foram calculados seus respectivos intervalos de confiança para um nível de 95%. A última fase consistiu na estimativa das medidas de associação ajustadas usando modelos de regressão logística múltipla. Para cada uma das três dimensões, foram selecionadas as variáveis relacionadas à diarreia que permaneceram associadas ao desfecho a um nível de significância de 5%. Para o modelo final, foram consideradas todas as variáveis selecionadas nos modelos finais de cada dimensão que mantiveram associação a um nível de significância de 5% e, sendo assim, foram consideradas fatores de risco para a diarreia. Procedeu-se, ainda, a uma análise de sensibilidade (comparação dos modelos com e sem o fator em questão) para avaliar a influência de uma variável que apresentou forte associação, a ocorrência de inundação. A análise estatística dos dados foi feita com o programa Stata na versão 13.0.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética da instituição proponente e da coparticipante, através da Plataforma Brasil.

Resultados e discussão

A população estudada foi composta por 220 crianças, que residiam em 214 moradias, sendo 110 meninos (50%) e 110 meninas (50%) com 1 a 5 anos incompletos de idade, média de 2,9 anos (*tabela 1*). Desse total, 78 (35,4%) apresentaram diarreia nos 30 dias que antecederam a entrevista, sendo 40 casos em meninas e 38 em meninos.

Com relação à escolaridade dos 220 responsáveis pelas crianças, 128 tinham até o ensino médio incompleto, e nesta faixa foi observada a maior prevalência de diarreia entre as crianças. Sabe-se que a escolaridade é um fator importante a ser considerado, pois os conhecimentos e as práticas do cuidador da criança influenciam na adoção de medidas preventivas em relação ao quadro, especialmente, aquelas referentes aos cuidados com a higiene. Isto vem sendo discutido em alguns estudos¹⁵, que citam a importância da escolaridade do responsável, embora não tenham encontrado associação com o desfecho. Outros¹⁶ apresentam o tempo de estudo dos responsáveis como fator de proteção contra a diarreia. Assim como um estudo semelhante¹⁷, que aponta maior prevalência de diarreia em residências onde há menores índices de escolaridade.

Quanto à renda familiar, a diarreia mostrou-se mais prevalente na faixa inferior a um salário mínimo, sendo que mais da metade das crianças desse grupo apresentaram quadro diarreico. A prevalência foi ainda maior nas famílias que informaram não terem rendimentos: 72,7%. Na maioria das casas, encontrou-se um número de moradores por domicílio superior a três indivíduos. No entanto, foi nos domicílios com mais de seis moradores que houve prevalência de 47,8%, superior às encontradas nas outras densidades domiciliares. Quanto ao tempo de permanência, a maior prevalência – 42,9% – foi encontrada entre os que moravam naquele domicílio há ‘até um ano’.

Tabela 1. Características da população estudada e a ocorrência de diarreia. Ilha de Guaratiba, Rio de Janeiro, agosto a setembro 2016

Fatores	Presença de diarreia				Total
	Sim	%	Não	%	
Sexo					
Masculino	38	34,5	72	65,5	110
Feminino	40	36,4	70	63,6	110
Escolaridade do responsável pela criança					
Analfabeto	1	50	1	50	2
Fundamental incompleto	21	38,9	33	61,1	54
Fundamental completo	9	40,9	13	59,1	22
Médio incompleto	20	40	30	60	50
Médio completo	23	31,5	50	68,5	73
Superior incompleto	2	33,3	4	66,7	6
Superior completo ou mais	2	15,4	11	84,6	13
Renda familiar em salários mínimos					
Sem rendimentos	8	72,7	3	27,3	11
Até 1 SM	29	46,8	33	53,2	62
De 1 a 3 SM	37	28	95	72	132
De 4 a 5 SM	3	27,3	8	72,7	11
Mais de 5 SM	1	25	3	75	4
Número de moradores por domicílio					
2 moradores	1	50,0	1	50,0	2
3 moradores	15	26,8	41	73,2	56
4 moradores	23	34,3	44	65,7	67
5 moradores	17	34,7	32	65,3	49
6 ou mais moradores	22	47,8	24	52,2	46
Tempo de residência no domicílio, em anos					
Até 1 ano	15	42,9	20	57,1	35
De 1 a 5 anos	18	32,1	38	67,9	56
Mais de 5 anos	45	34,9	84	65,1	129

Fonte: Elaboração própria.

Segundo a análise bivariada, no grupo de fatores da criança e da família (tabela 2), aqueles que apresentaram associação com a

diarreia foram 'Idade<2,5 anos', 'Frequentar creche/escola' e 'Renda Familiar<1 SM'.

Tabela 2. Fatores da criança e da família relacionados à diarreia. Ilha de Guaratiba, Rio de Janeiro, agosto a setembro 2016

Características	Diarreia		Odds Ratio	IC 95%
	Sim	Não		
Sexo feminino				
Sim	40	70	0,92	0,53 - 1,60
Não	38	72		
Idade <2,5 anos				
Sim	42	54	1,90	1,08 - 3,33
Não	36	88		
Bolsa Família				
Sim	26	44	1,11	0,61 - 2,00
Não	52	98		
Frequente creche/escola				
Sim	10	47	0,29	0,14 - 0,62
Não	68	95		
Renda Familiar <1 SM				
Sim	37	36	2,65	1,48 - 4,76
Não	41	106		
Amamentação				
Sim	73	135	0,75	0,23 - 2,46
Não	5	7		

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à faixa etária, pode-se verificar que as crianças com idade inferior a 2,5 anos tiveram maior prevalência de diarreia do que aquelas com idade superior. O sistema imunológico é um dos fatores que justificam esta relação, uma vez que se desenvolve com a idade¹⁸. Considerando também a vulnerabilidade da criança às condições ambientais desfavoráveis¹⁵, outros estudos reforçam a idade como fator de risco^{4,19}.

A renda familiar é um fator relevante para a ocorrência de diarreia, pois influencia as condições de vida e o acesso aos bens e serviços. Neste estudo, verificou-se que crianças cuja renda familiar era inferior a um salário mínimo apresentaram 2,5 vezes mais chance de ter diarreia, se comparadas com aquelas de renda familiar superior. Concordando, alguns autores¹⁷ ratificam maior prevalência de diarreia nas residências com menor nível de rendimento familiar.

Outros autores¹⁶ ainda apontam maiores taxas de mortalidade infantil por diarreia em países com menores percentuais de renda. Portanto, a renda familiar é um fator determinante do nível de bem-estar social¹⁵. Pode-se inferir que quanto maior o rendimento da família, mais adequado é o seu acesso à educação, à alimentação e à moradia estruturalmente completa, compreendendo cômodos como cozinha reservada ao preparo de alimentos, banheiro em seu interior, e saneamento, com abastecimento adequado de água, esgotamento sanitário e coleta regular de lixo.

Em contraponto, as crianças incluídas na educação infantil apresentaram chance 3 vezes menor de adoecer pelo quadro, sendo que apenas 17% delas tiveram a doença, embora alguns estudos apresentem o ambiente escolar como local de risco para a disseminação de doenças

infecciosas transmissíveis, em decorrência da maior vulnerabilidade das crianças menores de 5 anos^{21,22}. Esses autores²² observam que os fatores relacionados ao estabelecimento são características físicas e de recursos humanos, número de frequentadores, hábitos de higiene no cuidado com as crianças e com o ambiente. E sugerem que a educação permanente dos profissionais da educação e funcionários gerais, bem como a adoção de medidas adequadas de higiene no manuseio das crianças são importantes para a diminuição da transmissão de agentes infecciosos nesses locais. No entanto, o estudo realizado neste artigo chega a resultados semelhantes aos de outro estudo¹⁶, apresentando a frequência a creches como fator de proteção contra a diarreia, uma vez que nestes locais a criança tem acesso a alimentação e água adequadas para o consumo, e a práticas utilizadas no manuseio das crianças que respeitam as medidas de higiene pertinentes à prevenção de doenças.

O acesso à educação infantil é um direito da criança e um dever do Estado. Deve ser ofertado de forma adequada em sua estrutura física e com recursos humanos capacitados, visando tanto à qualidade do ensino quanto à prevenção da transmissão de doenças, por meio da detecção e do controle de surtos, que, não raramente, ocorrem em ambiente escolar e pré-escolar. Embora se saiba que tais ambientes favoreçam a transmissão de infecções e infestações, o estudo evidenciou que a permanência da criança nesses locais funcionou como fator de proteção contra a diarreia. Não foram encontradas associações entre as variáveis 'bolsa família', 'amamentação', 'sexo' e o desfecho estudado.

No que se refere às características das habitações (tabela 3), os itens que apresentaram associação com a diarreia foram 'Presença de filtro' e 'Tratamento domiciliar da água', ambos como fatores de proteção.

Tabela 3. Fatores do domicílio relacionados à diarreia. Ilha de Guaratiba, Rio de Janeiro, agosto a setembro 2016

Características	Diarreia		Odds Ratio	IC 95%
	Sim	Não		
Presença de Banheiro				
Sim	77	142	-	Não foi possível calcular
Não	1	0		
Presença de cozinha				
Sim	76	140	0,54	0,07 - 3,93
Não	2	2		
Presença de geladeira				
Sim	76	142	-	Não foi possível calcular
Não	2	0		
Presença de filtro de água				
Sim	32	90	0,40	0,23 - 0,71
Não	46	52		
Trat. domiciliar da água				
Sim	31	92	0,36	0,20 - 0,63
Não	47	50		

Fonte: Elaboração própria.

Das crianças cujas residências possuíam filtro de água, apenas um terço apresentou diarreia. A chance de terem diarreia foi inferior à metade da chance apresentada por crianças que não tinham o utensílio. De modo semelhante, as crianças que residiam em domicílios onde era realizado tratamento domiciliar da água (considerando filtração, fervura e/ou cloração) possuíam menor chance de apresentar diarreia. Isso também é visto em outros estudos^{19,24,25}, que apontam a importância do tratamento domiciliar da água para consumo como forma de prevenção à transmissão da diarreia, especialmente em locais onde não há sistema público de abastecimento de água ou quando há fontes de abastecimento concomitantes, como encontrado na área de estudo. O tratamento de água também pode ser realizado por moradores que estão insatisfeitos ou não creem no serviço público de saneamento²⁵, assim como observado neste estudo através das informações de alguns moradores.

Nos fatores ‘presença de banheiro’ e ‘presença de geladeira’, não foi possível identificar a associação com a doença, uma vez que todas as

crianças que apresentaram diarreia também possuíam banheiro e geladeira em suas residências.

Vale ressaltar, no entanto, a importância desses fatores na ocorrência da diarreia, como apontado em outros estudos^{19,24}. Sabe-se que a presença de geladeira é indispensável para a preservação dos alimentos em condições adequadas para consumo. A presença de banheiro na residência parece ser um fator associado à ocorrência de diarreia, uma vez que as residências que não têm banheiro são desprovidas de saneamento adequado, o que contribui para a contaminação do solo nas adjacências e de lençóis freáticos, que muitas vezes são utilizados como fontes de captação de água para consumo. Ressalta-se, também, que em casas onde não há esgotamento sanitário, há maior tendência à contaminação das águas em áreas sujeitas a inundação, como observado na área de estudo.

Entre as condições de saneamento e meio ambiente (*tabela 4*) foram identificados três fatores associados à diarreia, sendo a ‘presença de inundações’ a condição mais fortemente associada.

Tabela 4. Fatores do saneamento e meio ambiente relacionados à diarreia. Ilha de Guaratiba, Rio de Janeiro, agosto a setembro 2016

Características	Diarreia		Odds Ratio	IC 95%
	Sim	Não		
Fonte de abast. água (poço)				
Sim	30	56	0,96	0,54 - 1,69
Não	48	86		
Limpeza da caixa d'água				
Sim	51	107	0,79	0,32 - 1,94
Não	9	15		
Esgotamento sanitário (fossa)				
Sim	78	139	-	Não foi possível calcular
Não	0	3		
Limpeza de Fossa				
Sim	29	66	0,67	0,38 - 1,18
Não	49	75		

Tabela 4. (cont.)

Características	Diarreia		Odds Ratio	IC 95%
	Sim	Não		
Presença de inundações				
Sim	38	1	133,95	17,83 - 1006,12
Não	40	141		
Esgoto a céu aberto				
Sim	43	31	4,39	2,42 - 7,99
Não	35	111		
Presença de esgoto no quintal				
Sim	21	17	2,71	1,33 - 5,52
Não	57	125		
Transbordamento de fossa				
Sim	39	28	4,07	2,22 - 7,47
Não	39	114		
Lixo a céu aberto				
Sim	45	55	2,16	1,23 - 3,78
Não	33	87		
Presença de lixo no quintal				
Sim	34	42	1,83	1,03 - 3,26
Não	44	100		

Fonte: Elaboração própria.

A diarreia foi mais prevalente nos locais onde ocorreram inundações no período, acometendo cerca de 98% das crianças que viviam nessas condições. A OR indica que o contato com inundações aumentou em 133 vezes a chance de as crianças adoecerem por diarreia. Alguns estudos²⁶⁻²⁹ também evidenciam a associação da presença de inundações com a incidência de diarreia no mundo. No Brasil, foi encontrado³⁰ resultado semelhante: maior adoecimento por diarreia nas residências com ocorrência de inundações.

O território estudado apresenta como característica geográfica variações de altitude, que, associadas à ausência de rede de drenagem pluvial local³¹, favorecem a existência de áreas sujeitas a inundações, especialmente em épocas de chuva intensa. A Ilha de Guaratiba apresenta diversas áreas e logradouros com

potenciais pontos de alagamentos e inundações em decorrência do transbordamento de rios e canais. São eles: Rio da Olaria, no Caminho da Olaria; e Valão do Cachimbau, na Estrada do Cachimbau. Há também pontos críticos para alagamentos ou enchentes ocasionados por fortes precipitações pluviométricas, como a Estrada da Ilha, no trecho da esquina com a Estrada do Morro Cavado. Ainda, há uma área com recorrente transbordamento, a do Rio Olaria³². Durante observação domiciliar, outros pontos de alagamento foram percebidos, em áreas próximas às mencionadas.

É importante considerar que nessa região há a predominância da utilização de fossas nos domicílios. Uma hipótese é a de que, em decorrência da limpeza inadequada das fossas ou da presença de esgoto a céu aberto, possa haver elevada prevalência de diarreia nos

locais onde ocorreram inundações no período. Alguns autores³³ apontam que as doenças diarreicas associadas a inundações se devem à contaminação da água potável pela água da inundação. Corroborando isso, um estudo³⁴ cita maior prevalência de diarreia em períodos de chuva intensa, principalmente em locais onde o saneamento encontra-se inadequado.

A presença de esgoto a céu aberto no domicílio ou nas cercanias fez com que crianças residentes nesses locais tivessem cerca de 4,5 vezes mais chances de apresentar diarreia. Das crianças expostas ao esgoto a céu aberto, mais da metade tiveram a doença, e do total de crianças estudadas, aquelas que residiam em moradias nessas condições também apresentaram mais diarreia do que as demais.

O ‘transbordamento de fossa’ foi considerado separadamente em relação ao fator ‘esgoto a céu aberto’, apresentando associação semelhante. A diarreia esteve presente em aproximadamente 60% das crianças que sofriam com transbordamento de fossa na residência, o que aumentou 4 vezes as chances do quadro diarreico.

Como no presente estudo, outro autor²⁹ identifica a exposição ao esgoto a céu aberto como fator de risco para a ocorrência de diarreia em menores de 5 anos. Ainda, outro estudo¹⁹ aponta elevada associação da presença de dejetos a céu aberto com o adoecimento por diarreia.

O esgoto a céu aberto reflete a situação de saneamento do território, uma vez que, na ausência de rede coletora de esgoto, os indivíduos lançam mão de outros modos para dispor os dejetos, seja através de alternativas inadequadas, em sumidouros e a céu aberto, seja de modo mais adequado, com o uso de fossas sépticas.

Quanto ao território do estudo, as informações obtidas através da entrevista sobre a realização de manutenção ou limpeza periódica das fossas foram diferentes daquelas observadas nas visitas domiciliares. Por vezes, apesar de as informações obtidas na entrevista indicarem que a limpeza era realizada periodicamente,

conforme recomendado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa)³⁵, verificou-se a ocorrência de extravasamento, apontando inconsistência entre o que foi dito e os dados de observação do domicílio. Esta divergência de dados aponta para a possibilidade de a manutenção ou limpeza das fossas na localidade do estudo não estarem sendo realizadas adequadamente. Assim, torna-se mais frequente a disposição irregular dos efluentes no interior ou próximo às residências, dependendo do local de instalação das fossas, propiciando um ambiente facilitador da disseminação de microrganismos causadores da diarreia.

Este estudo optou por abordar prioritariamente as questões de saneamento relativas ao abastecimento de água e ao esgotamento sanitário. No entanto, levando em consideração a literatura revisada, foram acrescentadas no roteiro de observação domiciliar e submetidas à análise bivariada as variáveis ‘lixo a céu aberto’ e ‘presença de lixo no quintal’. Na abordagem desses fatores, na população estudada, foi encontrada associação da destinação inadequada do lixo à diarreia. Este achado está de acordo com estudos prévios, que demonstram o acondicionamento inadequado de resíduos sólidos como fator de risco ao adoecimento por essa doença³⁶.

Quanto à ‘fonte de abastecimento de água’, não foram encontradas evidências de associação à diarreia, assim como em outro estudo⁴. Isto pode ter se dado pela existência de um significativo número de residências que realizavam tratamento domiciliar da água: 123 residências com utilização de poços realizavam algum cuidado domiciliar com a água de consumo. Contudo, não se pode desconsiderar a relevância do abastecimento de água na ocorrência da diarreia. Autores⁴ reforçam a importância do abastecimento de água através do sistema público, o que possibilita a realização do tratamento e da distribuição de água para consumo de acordo com padrões de potabilidade estabelecidos legalmente. Isto já não pode ser assegurado em água proveniente de fontes alternativas ao abastecimento público.

Quanto ao fator ‘esgotamento sanitário’, estudou-se a presença de fossa (sim ou não). Entre as 220 crianças estudadas, 217 utilizavam, em suas residências, a fossa para escoamento de dejetos, sendo que em 3 dessas residências, os moradores referiram ligação ao sistema público de esgoto. Sendo assim, não foi possível demonstrar associação entre a existência de uma rede coletora de esgoto e a prevalência de diarreia no grupo estudado, porém diversos estudos^{37,38} apontam para a importância desta associação. Em outro estudo³⁸, atribuiu-se a redução da mortalidade por diarreia em menores de 5 anos a condições adequadas de esgotamento sanitário.

No estudo dos fatores ‘limpeza da caixa d’água’ e ‘limpeza da fossa’, também não foi verificada associação com o desfecho estudado. Para a identificação dos fatores associados à diarreia, foram considerados dois cenários epidemiológicos: (a) com todos os fatores que

se mostraram associados à diarreia na análise dos grupos – modelo 1; e (b) sem considerar a influência da ocorrência de inundações – modelo 2. Esta abordagem se justifica porque a magnitude da associação entre a presença de inundações e a diarreia é grande e, de certo modo, esta condição indica isoladamente um quadro grave de saúde pública. Por outro lado, a ‘presença de inundações’ desvia aquilo que pode ser considerado como efeito dos demais fatores. No cenário em que inundações foram consideradas (modelo 1), aquelas que mantiveram associação estatisticamente significativa com o desfecho foram: ‘tratamento domiciliar da água’, ‘esgoto a céu aberto’ e ‘presença de inundações’ (tabela 5). No segundo cenário (modelo 2), ao se excluir a variável ‘presença de inundações’, encontrou-se evidência de associação, além das anteriormente descritas, também da variável ‘frequentar creche/escola’.

Tabela 5. Fatores da criança, do domicílio, saneamento e meio ambiente associados à diarreia. Ilha de Guaratiba, Rio de Janeiro, agosto a setembro 2016

Características	Modelo 1		Modelo 2	
	Odds Ratio	IC 95%	Odds Ratio	IC 95%
Frequentar creche/escola	0,47	0,18 - 1,20	0,30	0,13 - 0,68
Trat. domiciliar da água	0,18	0,08 - 0,42	0,34	0,18 - 0,64
Esgoto a céu aberto	2,53	1,15 - 5,59	4,69	2,47 - 8,90
Presença de inundações	150,08	18,52 - 1216,18	-	-

Fonte: Elaboração própria.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que o investimento em saneamento é capaz de reduzir em 36% a incidência de diarreia no mundo³⁹. O saneamento é um direito garantido por lei, reconhecido pela Assembleia das Nações Unidas, em 2010, a partir do Comentário Geral nº 15, de 2002²², que estabeleceu o Direito Humano à Água e ao Esgotamento Sanitário (DHAES). Ainda,

delegou aos Estados a responsabilidade de assegurar o acesso a estes serviços em qualidade e disponibilidade a toda população. A importância do saneamento básico na promoção da saúde reside na garantia do bem-estar econômico e social das populações.

As principais limitações deste estudo dizem respeito ao desenho de estudo (transversal) e às características da população analisada.

Um estudo longitudinal permitiria observar as relações de forma mais adequada, pois garantiria a precedência temporal das exposições em relação ao desfecho. Ainda assim, tendo em conta a natureza dos fatores de exposição e do desfecho, não seria razoável pensar em causalidade reversa. Por isto, as associações detectadas em um estudo seccional devem ser valorizadas.

A despeito da homogeneidade de algumas características sociodemográficas, como escolaridade do responsável, baixa renda familiar e falta de acesso à rede de esgoto, foi possível detectar a influência de outros fatores socioambientais, como a presença de inundações, o tratamento domiciliar da água de consumo, a frequência a creche e escola, e a presença de esgoto a céu aberto, tudo associado à incidência de diarreia.

Durante a visitação, foram encontradas algumas dificuldades para o alcance do total das crianças selecionadas. Devido à grande quantidade de residências para alugar e quitinetes no território, há uma maior rotatividade de moradia da população. Então, a mudança de residência, seja dentro ou fora do território, foi um fator dificultador, bem como a ausência de um responsável na residência, pois muitos pais estavam trabalhando no momento da abordagem no domicílio, embora tenha sido realizada mais de uma tentativa de visita a essas residências. No entanto, o número alcançado de crianças para a pesquisa permitiu encontrar as associações entre os fatores de exposição e a diarreia no território de estudo.

O conhecimento produzido por este estudo, além de contribuir para o entendimento da diversidade dos fatores associados à ocorrência de diarreia e para a identificação de condições associáveis brevemente investigadas – como as inundações enquanto fatores de risco e a educação infantil como fator protetivo ao quadro – também pode dar suporte à atenção básica, por meio da ESF, para o planejamento de ações dentro do território, visando à promoção da saúde e à prevenção da doença diarreica. Medidas imediatas podem

ser tomadas quanto a orientações à população sobre aspectos importantes relacionados à ocorrência de diarreia encontrados neste estudo, tais como o cuidado domiciliar da água para consumo, a conservação adequada dos alimentos, as práticas de higiene, o procedimento apropriado na ocorrência de inundações no território, o acondicionamento adequado dos resíduos sólidos, a limpeza correta de caixas d'água e de fossas. Aos agentes comunitários de saúde, que são os profissionais que realizam o acompanhamento nos domicílios, este estudo pode promover o conhecimento necessário para a observação dos aspectos relevantes e potencialmente associados à diarreia nas residências e no território, quando relata as intercorrências e contribui para a minimização dos riscos. Além disto, pode facilitar-lhes a mobilização da comunidade, a fim de buscar a garantia do acesso ao saneamento adequado e igualitário no território.

Considerações finais

A diarreia aguda é uma doença relacionada a diversos fatores socioambientais que favorecem a transmissão dos agentes causadores do agravo e o adoecimento dos indivíduos expostos, especialmente os mais vulneráveis, entre eles, as crianças. Neste estudo, buscou-se identificar a associação entre a diarreia aguda em crianças menores de 5 anos e as características habitacionais e de saneamento de uma comunidade assistida pela ESF.

Assim, a partir das análises bivariada e múltipla, evidenciaram-se, no território estudado, os fatores de exposição que favoreceram a ocorrência de diarreia infantil: presença de esgoto a céu aberto e presença de inundações, sendo esta última a associação mais importante do estudo. Isto, além de fatores de proteção: o tratamento domiciliar da água e a frequência da criança a creche ou escola. Ressalta-se a diversidade da natureza dos fatores relacionados ao adoecimento pela diarreia, seja de condições que aumentam, seja de condições que

diminuem a frequência da doença. Encontrou-se prevalência de diarreia inferior em crianças que frequentavam creche e escola. Por outro lado, domicílios com presença de esgoto a céu aberto e sujeitos a inundações representaram fatores de risco importantes para a doença, pois ambos mantiveram associação independente e significativa com desfecho, após aplicação do modelo multivariado. Por sua vez, o tratamento domiciliar da água se apresentou como fator de proteção: a filtragem, a fervura e a cloração minimizaram os riscos da ocorrência de diarreia.

Este artigo, através do estudo da diarreia infantil na Ilha de Guaratiba, apresentou as implicações que a ausência ou ineficiência do serviço de saneamento e seus efeitos negativos ao meio ambiente têm com a saúde das populações. Nesse cenário, os serviços de saúde, especialmente os de atenção básica com a assistência da ESF, podem contribuir para a minimização dos riscos relacionados à ausência do saneamento básico nas comunidades. A equipe de saúde da família, a partir do conhecimento do território, pode realizar os planejamentos e as ações de saúde orientadas às características específicas de sua localidade, com vistas à promoção da saúde e à prevenção da doença diarreica. Tais medidas vão do incentivo a práticas cotidianas por meio de orientações para o tratamento domiciliar adequado da água a práticas periódicas,

como a limpeza da caixa d'água e das fossas, e os cuidados ambientais, no sentido de minimizar a ocorrência e as consequências das inundações. Outro ponto relevante está relacionado ao papel dos profissionais de saúde e do seu vínculo com a população, atuando como facilitadores e promotores da mobilização comunitária na busca da garantia dos direitos que lhes deveriam ser assegurados. Conclui-se este artigo tencionando que seus achados, além de contribuírem para a ampliação do conhecimento acerca do panorama da diarreia infecciosa e dos determinantes socioambientais, corroborem a importância da formulação de políticas públicas, programas e ações no âmbito do saneamento básico, com vistas à universalização, no planejamento de ações de saúde pública e na garantia do acesso à educação.

Colaboradores

Aguiar KCG (0000-0001-5203-2803)*, Cohen SC (0000-0001-6228-6583)*, Maciel EMGS (0000-0002-9095-3141)* e Kligerman DC (0000-0002-7455-7931)*, contribuíram para a elaboração das seguintes atividades: participaram da concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório: Levels and Trends in child mortality; 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre morbidade hospitalar do SUS. DATASUS [internet]. [acesso em 2019 jul 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>.
3. Fewtrell L, Kaufmann RB, Kay D, et al. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2005; 5(1):42-52.
4. Paz MGA, Almeida MF, Gunther WMR. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2012; 15(1):188-197.
5. Arteiro MG. Estudo epidemiológico em localidade periurbana no município de Guarulhos, SP: Acesso ao saneamento e condições de saúde de crianças [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007. 127 p.
6. Oliveira MVC, Carvalho ARC. Princípios básicos do saneamento do meio. 10. ed. São Paulo: Senac; 2010.
7. Cohen SC. Habitação Saudável como caminho para a Promoção da Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 167 p.
8. Fundação Nacional de Saúde. Panorama do Saneamento Rural no Brasil. [internet]. [acesso em 2017 jan 5]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/engenharia-de-saude-publica-2/saneamento-rural/panorama-do-saneamento-rural-no-brasil/>.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2012.
10. Senna MH, Andrade SR. Indicadores e informação no planejamento local em saúde: visão dos enfermeiros da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(4):950-958.
11. Rio de Janeiro. Prefeitura. Anexo técnico I. Informações sobre todas as áreas de planejamento. Coordenação operacional de atendimento em emergências (Emergência presente) [internet]. [acesso em 2017 jan 11]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>.
12. Rio de Janeiro. Prefeitura, Instituto Pereira Passos. Índice de Desenvolvimento Social (IDS): comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IPP; 2008. (Coleção de estudos cariocas. N. 20080401).
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). [acesso em 2016 dez 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABCRJ.def>.
14. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
15. Silva GAP, Lira PIC, Lima MC. Fatores de risco para doença diarreica no lactente: um estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2004 [acesso em 2016 out 12]; 20(2):589-595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2004000200028&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
16. Teixeira JC, Heller L. Fatores ambientais associados à diarreia infantil em áreas de assentamento subnormal em Juiz de Fora, Minas Gerais. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005; 5(4):449-455.
17. Porcy C, Ferro TAF, Monteiro SG, et al. Epidemiologia da doença diarreica associada às *Escherichia coli* diarreio gênicas em crianças residentes em uma área alagada de Macapá – Amapá, Brasil. *Ciência Equatorial*. 2013;3(1):57-68.
18. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO. Alimentação infantil

- e morbidade por diarreia. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2003; 79(5):449-454.
19. Silva CV, Heller L, Carneiro M. Cisternas para armazenamento de água de chuva e efeito na diarreia infantil: um estudo na área rural do semiárido de Minas Gerais. *Eng. Sanit. Ambient.* 2012;17(4):393-400.
 20. Teixeira JC, Gomes MHR, Souza JA. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários. *Rev. Panam. Salud Publica.* Washington. 2012; 32(6):419-425.
 21. Pedraza DF, Queiroz D, Sales MC. Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(2):511-528.
 22. Nesti MMM, Goldbaum M. Infectious diseases and daycare and preschool education. *J. Pediatr.* 2007; 83(4):299-312.
 23. Organização das Nações Unidas. Comitê das ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral nº 15 [internet]. 2016 [acesso em 2016 out 20]. Disponível em: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/a5458d1d1bbd713fc1256cc400389e94/\\$FILE/G0340229.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/a5458d1d1bbd713fc1256cc400389e94/$FILE/G0340229.pdf).
 24. Silva-Joventino E, Castro-Bezerra K, Gomes-Coutinho R, et al. Condições sociodemográficas e sanitárias na auto-eficácia materna para prevenção da diarreia infantil. *Rev. Salud Pública.* 2013; 15(4):542-554.
 25. Carlton EJ, Eisenberg JN, Goldstick J, et al. Heavy Rainfall Events and Diarrhea Incidence: The Role of Social and Environmental Factors. *Am J Epidemiol.* 2014; 179(3):344-352.
 26. Silva SR, Heller L, Valadares JC, et al. O cuidado domiciliar com a água de consumo humano e suas implicações na saúde: percepções de moradores em Vitória (ES). *Eng. Sanit. Ambient.* [internet]. 2009 [acesso em 2016 nov 15]; 14(4):521-532. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-41522009000400012&script=sci_abstract&tlng=pt.
 27. Hashizume M, Wagatsuma Y, Faruque ASG, et al. Factors determining vulnerability to diarrhea during and after severe floods in Bangladesh. *J. Water Health.* 2008; 6(3):323-332.
 28. Kondo H, Seo N, Yasuda T, et al. Post-flood – infectious diseases in Mozambique. *Prehosp Disaster Med.* 2002; 17(3):126-133.
 29. Wade TJ, Sandhu SK, Levy D, et al. Did a severe flood in the Midwest cause an increase in the incidence of gastrointestinal symptoms? *Am J Epidemiol.* 159(4):398-405.
 30. Heller L, Colosimo EA, Figueiredo CM. Environmental sanitation conditions and health impact: a case-control study. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2003; 36(1):41-50.
 31. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Datasus. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. [acesso em 2019 dez 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
 32. Tambasco AMSR. XXVI Administração Regional de Guaratiba. Setor de Coleta de Dados e Informações. Perfil Geral. 2015.
 33. Watson JT, Gayer M, Connolly MA. Epidemics after natural disasters. *Emerg. Infect. Dis.* 2007; 13(1):1-5.
 34. Bhavnani D, Goldstick JE, Cevallos W, et al. Impact of rainfall on diarrheal disease risk associated with unimproved water and sanitation. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene.* 2014; 90(4):705-711.
 35. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Cloração de Água em Pequenas Comunidades Utilizando o Clorador Simplificado Desenvolvido pela Funasa. Brasília: Funasa; 2014.
 36. Moraes LRS. Acondicionamento e coleta de resíduos sólidos domiciliares e impactos na saúde de crianças residentes em assentamentos periurbanos de Salvador,

- Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(4):5643-5649.
37. Buhler HF, Ignotti E, Neves SMAS, et al. Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(9):1921-1934.
38. Cheng JJ, Schuster-Wallace CJ, Watt S, et al. An ecological quantification of the relationships between water, sanitation and infant, child, and maternal mortality. *Environmental Health*. 2012 [acesso em 2019 ago 27]; 11(4). Disponível em: <https://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-069X-11-4>.
39. World Health Organization; United Nations Children's Fund [internet]. Ending Preventable Child Deaths From Pneumonia and Diarrhoea by 2025 – The Integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD); 2013. [acesso em 2019 ago 27]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79200/9789241505239_eng.pdf;jsessionid=B3237BC493FFAA3C222CED3E5F32BBE1?sequence=1.

Recebido em 18/04/2019
Aprovado em 05/09/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Desastre de Brumadinho: contribuições para políticas públicas e gestão do saneamento em períodos emergenciais

Brumadinho disaster: contributions to public policies and sanitation management in emergency periods

Deborah Chein Bueno de Azevedo¹, Graziella de Araújo Toledo¹, Simone Cynamon Cohen¹, Débora Cynamon Kligerman¹, Telma Abdalla de Oliveira Cardoso¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012416

RESUMO Este artigo objetivou analisar a vulnerabilidade do saneamento pós-desastre, adotando como estudo de caso a experiência de Brumadinho, no estado de Minas Gerais, em janeiro de 2019. Desenvolveu-se a partir da pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, realizada por meio de análise documental e de um estudo de caso, mediante coleta de dados publicados em sítios eletrônicos institucionais. A análise dos componentes se deu depois da leitura crítica, pautada em aspectos relevantes para a abordagem do artigo. Após a apreciação do material coletado, concluiu-se que a falta de planejamento urbano assim como a precariedade de investimentos nas ações que envolvem o saneamento básico e a ausência de fiscalização na barragem Córrego do Feijão foram fatores determinantes no desfecho do desastre. A mineradora Vale S.A. não dispôs de um plano emergencial, que poderia auxiliar na redução dos danos e na tomada de decisões pós-desastre. Medidas de saneamento são fundamentais para evitar a propagação de doenças e, assim, minimizar os impactos na população atingida. Os desastres provenientes das áreas de mineração acentuam a importância da adoção de políticas ambientais mais rígidas, que possibilitem a promoção de ambientes saudáveis e mais seguros.

PALAVRAS-CHAVE Desastres. Saneamento. Política pública. Planejamento de cidades.

ABSTRACT This article aimed to analyze the vulnerability of post-disaster sanitation, adopting as a case study the experience of Brumadinho, in the state of Minas Gerais, in January 2019. It was developed from qualitative, descriptive and exploratory research, carried out through documentary analysis and a case study, through the collection of data published on institutional websites. The analysis of the components took place after the critical reading, based on aspects relevant to the approach of the article. After assessing the material collected it was concluded that the lack of urban planning as well as the precarious investment in actions involving basic sanitation and the lack of inspection at the Córrego do Feijão dam were determining factors in the outcome of the disaster. The mining company Vale S.A. did not have an emergency plan, which could assist in the reduction of damages and in making post-disaster decisions. Sanitation measures are essential to prevent the spread of diseases and thus minimize impacts on the affected population. Disasters from mining areas underline the importance of stricter environmental policies that promote healthy and safe environments.

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

KEYWORDS Disasters. Sanitation. Public policy. City planning.



Introdução

De acordo com o Relatório Mundial das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento dos Recursos Hídricos, o direito à

água potável limpa, segura e adequada é vital para a sobrevivência de todos os organismos vivos e para o funcionamento dos ecossistemas, comunidades e economias¹⁽⁸⁴⁾.

No entanto, mais de 2 milhões de pessoas no mundo não têm acesso à água potável. Ademais, o valor duplica quando se trata de instalações sanitárias adequadas e descarte correto dos esgotos, o que agrava ainda mais a indisponibilidade dos recursos hídricos¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o acesso ao saneamento impacta a economia e a saúde de uma nação, pois proporciona um ambiente mais saudável e reduz investimentos na área. Esse acesso gera melhores indicadores de educação, valorização imobiliária e no turismo, redução de doenças, menos desperdício de recursos e maior geração de empregos².

A carência de saneamento básico adequado é um dos fatores agravantes dos desastres naturais no Brasil, dado que poucas cidades possuem um sistema eficiente que suporte as chuvas fortes e/ou outros eventos naturais extremos³.

O Brasil presenciou, no período de 1999 a 2009, um ciclo de crescimento econômico sólido, no qual o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu a uma taxa anual de 3,27%, enquanto a população ocupada aumentou a uma taxa anual de 2,29%⁴. Esse processo trouxe também movimentos migratórios internos e um crescimento urbano acelerado e desordenado. Esse panorama, associado à deficiência dos serviços essenciais – principalmente infraestrutura básica e de saneamento –, contribuiu para o aumento dos desastres de origem antropogênica; o que demonstra a vulnerabilidade existente e a fragilidade na gestão dos riscos^{5,6}.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo analisar a vulnerabilidade do saneamento pós-desastre e propor ações a serem implementadas em situações emergenciais, adotando como estudo de caso a experiência de Brumadinho, no estado de Minas Gerais, em janeiro de 2019.

Material e métodos

O estudo tem como base a pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, realizada por meio de análise documental e de um estudo de caso, mediante coleta de dados de matérias publicadas em sítios eletrônicos institucionais, tais como: da Organização das Nações Unidas (ONU), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), do Ministério da Saúde (MS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Instituto Trata Brasil (ITB), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento (SNIS), do Ministério da Justiça (MJ), da Política Nacional de Saneamento (PNS) e o arcabouço legal relativo ao saneamento. Considerou-se o conjunto de leis, decretos e resoluções como parte integrante do estudo.

Na pesquisa bibliográfica, teve-se como base a busca de autores que dissertaram sobre o tema de interesse, a fim de fundamentar a discussão do arcabouço teórico.

Para estudo de caso, foram utilizados dados extraídos da Prefeitura de Brumadinho, do Diário Oficial do município (2015) e da audiência pública do estado de Minas Gerais, referente ao tratamento de esgoto do município de Brumadinho (2018) e da Agência Reguladora de Serviços de Abastecimento de Água e de Esgotamento Sanitário do Estado de Minas Gerais (Arsae-MG).

A análise de todos esses componentes se deu a partir da leitura crítica, pautada em aspectos relevantes para a abordagem do artigo, que constituem alternativas como resposta ao objetivo proposto.

Resultados

A urbanização no Brasil, que teve início a partir da crise de 1929 e da Segunda Guerra Mundial, traz consigo desafios a serem suplantados. As indústrias presentes no território nacional se expandiram bruscamente, com as políticas promovidas por Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek, após a onda de desabastecimento gerado pela guerra. Com a expansão da produção, resultado do processo de industrialização, deu-se um crescimento populacional desordenado nas cidades^{7,8}.

De acordo com dados das áreas urbanizadas do Brasil, fornecidos pelo IBGE, a taxa de urbanização brasileira saltou dos 31,24%, nos anos 1940, para cerca de 85%, no ano de 2018; incentivada principalmente pela atração que a vida na cidade exerceu sobre o meio rural, em que as populações que migraram buscavam qualidade de vida, saúde, educação e emprego. Tal fato, impulsionado pelos meios de comunicação em massa da época, transformou o meio urbano em um paraíso para aqueles que desconheciam sua dinâmica⁷⁻⁹.

Como consequência direta do processo de urbanização, a falta de planejamento urbano afligiu as cidades no País. O rápido crescimento contribuiu para o surgimento de aglomerados subnormais, locais desprovidos de infraestrutura, com condições insalubres de habitação, vulneráveis aos riscos e desastres^{4,8,9}.

As consequências da falta de planejamento urbano ficam marcadas no espaço: excesso de edificações verticalizadas, para melhor aproveitamento do solo urbano; ruas estreitas e sinuosas, que geram problema na mobilidade de pedestres e veículos; áreas de lazer mal espacializadas, localizadas tão somente em bairros de classe média alta; processo de favelização intenso; *deficit* habitacional; construções em áreas de risco a deslizamentos e inundações e falta de saneamento básico⁵.

Legislação urbanística

Como resposta aos problemas das cidades, em 10 de julho de 2001, foi promulgada a Lei Federal nº 10.257, conhecida como Estatuto da

Cidade. Essa lei determina a responsabilidade dos municípios sobre seu desenvolvimento e expansão¹⁰.

No Capítulo I, art. 2º, disserta sobre o planejamento urbano, objetivando organizar a distribuição espacial da população e das atividades econômicas para corrigir distorções no processo de crescimento urbano e controlar os efeitos negativos sobre o meio ambiente.

Destaca também, no art. 4º, Capítulo II, Seção I, as metas do planejamento urbano, o parcelamento do uso e ocupação do solo; zoneamento ambiental; plano plurianual; diretrizes orçamentárias e orçamento anual; gestão orçamentária participativa; planos, programas e projetos setoriais e planos de desenvolvimento econômico e social.

O art. 41, Capítulo III dessa lei apresenta como instrumento do planejamento urbano o plano diretor, tornando-o obrigatório para cidades com mais de 20 mil habitantes e que estejam integradas em regiões metropolitanas e aglomerações urbanas.

Em 2012, a Lei Federal nº 12.608, que discorre sobre a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, no seu art. 42-A, incorpora a promoção da diversidade de usos e a geração de emprego e renda ao planejamento urbano¹¹.

O desafio da urbanização no Brasil está, em grande parte, associado à necessidade de reordenamento territorial, de modo que as leis citadas sejam colocadas em prática, a fim de promover um território justo e igualitário para toda a população, sem discriminação de classe social, renda e cor de pele. Assim, ações de integração entre os setores político, econômico e social podem trazer resultados satisfatórios se as intervenções forem planejadas, bem executadas e mais perenes.

Saneamento

Grande parte dos brasileiros não tem acesso aos serviços básicos de saneamento, como: abastecimento de água, rede de esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos. A carência desses serviços produz, além de riscos

para a saúde, fatores que cooperam com a degradação ambiental. A transmissão de doenças como cólera, disenteria, hepatite A, dengue, malária, zika, chikungunya e febre tifoide está ligada aos problemas relacionados com o saneamento deficiente e com a água empoçada e contaminada¹².

No País, há uma carência no investimento em saneamento. De acordo com o Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), aproximadamente 40% da população brasileira não possui abastecimento de água; 60%, não tem esgotamento sanitário; e 40%, carece de manejo adequado dos resíduos sólidos urbanos. Tais fatos ocorrem devido às limitações na gestão do serviço¹³. Os problemas mais comuns são a baixa capacidade de adequação do planejamento e a execução das obras; a precariedade do sistema de fiscalização quanto ao emprego dos recursos públicos; a incapacidade de promoção de intervenções sustentáveis; a dificuldade do planejamento em longo prazo; tarifas inadequadas; falta de regulação dos serviços e dificuldade de integração das propostas das esferas governamentais¹⁴.

Todas essas limitações resultam na falta de efetividade do serviço e em sua indisponibilidade. Também alude no alto gasto, seja por má gerência dos recursos públicos ou até mesmo por ineficiência na aplicação deles¹⁴.

O Plansab projeta a possibilidade da universalização do acesso à água e à coleta de resíduos nas regiões urbanas até 2030. Poder-se-á elevar, até o ano de 2033, o abastecimento de água em áreas rurais, que saltaria de 61% para 80%; a coleta de esgotos, de 53% para 93% nas áreas urbanizadas, e de 17% para 69% nas regiões rurais; de 53% para 93%, o volume de esgotos tratados; de 27% para 70%, a coleta de resíduos sólidos nas áreas rurais; e uma redução de perdas nos sistemas de abastecimento de águas de 39% para 31%¹³.

Segundo o Instituto Trata Brasil, o custo da universalização do acesso aos serviços do saneamento será de R\$ 508 bilhões, durante o período de 2014 a 2033, sendo 50% desses investimentos da União e 41% por outros

agentes. Anualmente, o governo deveria investir R\$ 13,5 bilhões. Os recursos de agentes não federais seriam provenientes de empréstimos internacionais e dos governos estaduais e municipais. Atualmente, os maiores investimentos ocorreram nos estados de São Paulo, de Minas Gerais, do Paraná, do Rio de Janeiro e da Bahia, totalizando 63,3%. Outrossim, os piores investimentos, cerca de 1,7%, aconteceram nos estados do Amazonas, do Acre, do Amapá, de Alagoas e de Rondônia^{13,15}.

O Plansab sugere também que haja uma readequação nas taxas dos serviços, que estão engessados há anos e não correspondem às mudanças socioeconômicas e demográficas que ocorreram no País nas últimas décadas.

Nesse sentido, é fundamental repensar como os serviços de saneamento podem operar em situações emergenciais.

Desastres

Segundo o sistema de comando e operações da Defesa Civil, desastre é o resultado de um fenômeno, seja ele natural (como a seca, furacões, temperaturas extremas, incêndios florestais), seja causado pelo homem ou mesmo decorrente da relação entre ambos, quando é chamado de evento adverso, fenômeno causador do desastre. Logo, um determinado episódio – como, por exemplo, uma chuva intensa, uma explosão química, incêndios, rompimento de barragem, ou um período prolongado sem chuvas – pode se transformar em desastre, dependendo das consequências e da vulnerabilidade do sistema atingido¹⁶. Também estão associados à intensidade das perdas humanas, materiais ou ambientais ocorridas em função do fenômeno e dos prejuízos econômicos e sociais. Em situações emergenciais, as questões sanitárias assumem características especiais. Primeiramente, deve-se reunir dados básicos sobre a área acometida após o impacto do evento adverso, como infraestrutura de saneamento e saúde e a população afetada¹⁷.

Os desastres exigem ações de resposta imediata por parte dos organismos públicos,

para minimizar a perda de vidas, assim como a definição de um local não afetado pelo evento para ser utilizado como área de apoio, onde se iniciará o trabalho de implantação do abrigo provisório¹⁷. Deve-se quantificar as instalações e as tecnologias adequadas para reestabelecer o saneamento, como o manejo dos resíduos sólidos produzidos, das águas residuárias e da água potável. O estabelecimento de um local adequado para o enterro de cadáveres assim como o controle de vetores também se tornam medidas sanitárias importantes, uma vez que minimizam a transmissão de doenças¹⁷.

Um ambiente com saneamento é uma das necessidades fundamentais em situações de emergência para a proteção da saúde da população. Assim, é determinante para a recuperação imediata da população atingida o restabelecimento do sistema de saneamento local¹⁵.

A ocorrência de um desastre, como o ocorrido em 25 de janeiro de 2019, com a ruptura da barragem B1 de rejeitos de minério, no complexo da Mina do Córrego do Feijão, no município de Brumadinho, Minas Gerais, de propriedade da Mineradora Vale S.A., reforça a importância da adoção de uma política estruturada, que possibilite a preservação e a manutenção de um ambiente seguro e saudável, principalmente no que diz respeito ao comprometimento dos rios e dos mananciais do entorno das cidades, como no caso de Brumadinho-MG^{18,19}.

Estudo de caso: o desastre de Brumadinho

Brumadinho é um município localizado na zona metalúrgica da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), estado de Minas Gerais. Possui como atividade econômica a mineração e a agricultura de pequeno porte. Sua taxa de urbanização corresponde a 72,8% de sua população, que está estimada em 39.520 habitantes²⁰.

Sua extensão territorial é de 639,4 km², sendo uma das maiores cidades da RMBH em termos de área. Seu território divide-se em

5 distritos: Brumadinho, Aranha, Conceição do Itaguá, Piedade do Paraopeba e São José do Paraopeba. Possui clima tropical e o seu bioma é a Mata Atlântica²⁰.

A Prefeitura Municipal de Brumadinho elaborou, em 2010, o Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB), a fim de planejar as ações e definir as prioridades do município¹⁹. Porém, em relação ao saneamento básico, não há abrangência total na cidade. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Meio Ambiente¹³, cerca de 95% dos domicílios urbanos contavam, na ocasião, com a coleta de resíduos sólidos. Contudo, o percentual diminui quando se abordam os quesitos de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, 76,4% e 65,2%, respectivamente, somente na área urbana. A área rural conta com fossa rudimentar para a coleta de seus esgotos, e o abastecimento de água se dá por captação de insurgência, com poços rasos (até 20 metros de profundidade) e profundos (mais de 20 metros de profundidade). Além disso, não há separação entre a rede de drenagem urbana e a rede de esgotamento; o que, juntamente com a expansão urbana sem planejamento, adensamento populacional e retirada da mata ciliar, contribui para as inundações.

A cidade possui duas Estações de Tratamento de Esgotos (ETE): Mirante e Ecológica, localizadas no condomínio Retiro das Pedras (setor norte, sub-bacia 1 e 2; setor sul, sub-bacia 3, respectivamente). Ambas são de propriedade privada, mas possuem um contrato de prestação de serviços com a Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa) por 30 anos, desde o ano de 1995. Utilizam como método a fossa séptica seguida de filtro anaeróbio. A média de vazão, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Meio Ambiente²¹, era entre 3,09 e 3,96 l/s. Os corpos receptores são o Córrego do Mirante e o Rio Ribeirão Retiro das Pedras, pertencentes à Bacia do Rio Paraopeba.

Uma terceira ETE foi construída em 2010, atendendo cerca de 170 residências (aproximadamente 760 pessoas); e trata biologicamente,

a partir da digestão anaeróbia, os efluentes domésticos e as águas pluviais, que chegam pela mesma galeria. O tratamento consiste na geração de uma colônia de bactérias (tratamento primário), em que elas são estabilizadas, passam pela filtração biológica e aeração. Após, retêm-se todas as bactérias que são originárias da filtração²¹.

O último levantamento da Copasa, realizado em 2008, apontou que 61% da população possuía rede coletora de esgotos, sendo que 87% no meio urbano. Nas localidades onde não há rede, principalmente na área rural, adotaram-se as fossas sépticas como meio de coleta e tratamento dos efluentes²¹.

O abastecimento de água na região urbana é fornecido pela Copasa, por meio da Estação de Tratamento de Água (ETA) Brumadinho. A captação se dá no lago originário da Bacia do Rio Manso. O tratamento utilizado na ETA é do tipo convencional, abrangendo cerca de 3,8 m³ de água por segundo. A produção de lodo se dá na ordem de 50 m³/dia. Conforme mencionado, na área rural, as residências são abastecidas a partir de poços, e não há restrições quanto ao uso das águas subterrâneas do município²¹.

Os resíduos sólidos possuem destinação adequada, pois a cidade possui o único aterro sanitário da RMBH (que conta com uma ETE para o tratamento do chorume), que foi construído com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e iniciou suas atividades em 2012. São coletados cerca de 710,1 t/dia de resíduos orgânicos; e desde 1998, coletam-se cerca de 6,17 t/dia de resíduos recicláveis por coleta seletiva²¹.

Em 2017, foi realizada uma audiência pública com os representantes da Copasa, dos poderes executivo e legislativo e a população de Brumadinho com o objetivo de esclarecer o contrato realizado entre a Copasa e o município, a fim de obter informações sobre o andamento da implantação do sistema para tratamento do esgoto e a ocorrência de falta d'água em diversos bairros e localidades da cidade²². Esse contrato foi firmado em 2008,

com prazo de 30 anos, para a implantação de um sistema completo de esgotamento sanitário: redes coletoras, interceptores, estações elevatórias e ETE; abrangendo a sede de Brumadinho e demais áreas. No entanto, somente em 2015, a empresa assinou o termo de compromisso com o ministério público para dotar o município com um sistema de esgotamento sanitário adequado à região. Esse convênio foi cancelado; e, em 2018, foi realizada outra audiência pública, para discussão dos impactos ambientais e sociais que poderiam ocorrer na implantação da ETE, visto que o prazo final da implantação e operação da ETE seria em janeiro de 2019²².

Embora a Copasa não tenha concluído o contrato relativo ao saneamento do município, em 2019, ocorreu o rompimento da Barragem 1 de rejeitos de mineração, da Mina de Córrego do Feijão, localizada no ribeirão Ferro-Carvão, na região de Córrego do Feijão^{18,19}.

A barragem de rejeitos estava classificada como de 'baixo risco' e 'alto potencial de danos', era controlada pela companhia Vale S.A. Entende-se por barragem: qualquer estrutura em um curso permanente ou temporário de água para fins de contenção ou acumulação de substâncias líquidas ou de misturas de líquidos e sólidos.

O rompimento da barragem liberou cerca de 12 milhões de m³ de rejeitos, formando ondas gigantes, que caminharam a uma velocidade aproximada de 80 km/hora, avançando sobre o refeitório e a área administrativa da Empresa, seguindo em direção aos carros, casas, árvores, animais e pessoas. A lama contaminou o rio Paraopeba, deixando a água imprópria para o consumo em pelo menos 20 municípios^{19,23}.

Esse fato resultou em um dos maiores desastres com rejeitos de mineração ocorridos no Brasil, classificado como um desastre industrial, humanitário e ambiental, assim como o maior acidente de trabalho do País. Até o momento, foram encontrados mais de 228 mortos, e cerca de 49 pessoas ainda se encontram desaparecidas, gerando uma situação de calamidade pública^{24,25}.

Discussão

Em situações de desastres, as enfermidades relacionadas com o saneamento provocam doenças e mortes que poderiam ser evitadas. Para isso, as ações de contingência de gestão do saneamento devem possuir caráter preventivo, a fim de evitar acidentes que possam comprometer a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos trabalhadores envolvidos. Tais ações necessitam de manutenção estratégica, planejamento, gestão operacional, controle de qualidade, suporte de comunicação e suprimento. Um plano de contingência aborda ações programadas, com mão de obra especializada, materiais e equipamentos para recuperação dos serviços de saneamento no menor prazo possível^{12,26-28}.

Para uma melhor resposta aos serviços, são protocolados estágios de emergência pós-desastres, divididos em três períodos (*quadro 1*).

Na fase imediata (de 1 a 2 meses), logo após o desastre, o programa de saneamento é inicial, pois, nesse momento, há grande instabilidade na prestação do serviço de saneamento devido à ocorrência do evento e altas taxas de mortalidade. O objetivo dessa fase é encontrar um local seguro destinado a receber a infraestrutura de saneamento, a fim de evitar doenças. Em curto prazo, em até 6 meses, prevê-se a estabilização dos serviços. Procura-se reduzir a morbidade e a mortalidade, realizando ações de prevenção para que doenças não se propaguem. Por fim, em longo prazo (que pode durar anos), espera-se que tudo esteja normalizado, que as populações atingidas já possam retornar às suas casas ou serem transferidas para outros locais apropriados. O objetivo do saneamento nesse período é promover a saúde e o bem-estar dos habitantes, além de sua autossuficiência¹².

Quadro 1. Atividades, etapas do programa emergencial e duração para as ações em desastres

Atividade	Meta	Fase
Completar o checklist de avaliação para estabelecer prioridades.	Rápida avaliação e estabelecimento de prioridades	Imediata
Produzir esboço do programa incorporando estudo lógico, estimando os requerimentos de saneamento, custos, pessoal e tempo.	Desenhar um programa	Imediata
Trabalhar com especialistas para produzir programa detalhado e plano de ação.	Detalhamento do programa	Imediata
Selecionar e implementar ações imediatas.	Ação imediata	Curto prazo
Implementar, monitorar e avaliar o programa de saneamento.	Implementação	Curto/longo prazo

Fonte: Adaptado¹².

Gestão do abastecimento de água em situações emergenciais

É possível que não se disponha de água potável em quantidade suficiente para atender às necessidades básicas de todos os atingidos

pelo desastre. Portanto, a primeira vertente do saneamento a ter medidas emergenciais é o sistema de abastecimento de água. Nesse caso, a correta administração do recurso é importante para garantir a sobrevivência²⁸.

Antes de proceder ao fornecimento de

água, é necessário avaliar a qualidade da água bruta e as possíveis fontes de contaminação; executar um processo de tratamento que permita o fornecimento de uma quantidade que seja suficiente para todos; tratamento para situação pós-emergência; necessidade de desinfecção de água para beber; aceitação da água; necessidade de locais para coleta e reserva da água; considerações epidemiológicas; confiabilidade na fonte; quantidade e acesso equitativo à água^{12,26-28}.

Em relação à qualidade da água subterrânea captada por poços subterrâneos, não há indícios de alteração na qualidade, apesar de haver recomendação para a intensificação do monitoramento da qualidade, de maneira a garantir a potabilidade da água fornecida à população.

O monitoramento da água pode ser feito primariamente de duas formas: amostragem e análise (por meio de *kits*, para uma pequena quantidade; ou laboratorial, para uma grande quantidade, que pode ser montado no local)¹².

Na análise, avalia-se a qualidade da água quanto aos parâmetros de pH, turbidez e cloro residual. Na amostragem, faz-se uma inspeção sanitária, a partir de alguns indicadores: proximidade de fontes de contaminação fecal, cor, cheiro, presença de peixes ou animais mortos, detritos etc. Assim, pode-se deduzir a qualidade da água²⁷.

Gestão do esgotamento sanitário em situações emergenciais

Após estabelecer os parâmetros para a coleta de água e seu tratamento, deve-se priorizar o esgotamento sanitário. Há de se levar em consideração alguns pontos, como: questões sociopolíticas; disponibilidade de área; condições do solo; disponibilidade de material; questões culturais; questões financeiras; recursos humanos; operação e manutenção do sistema^{12,28}.

A área reservada para os sanitários precisa atender a alguns critérios, tais como: distância dos reservatórios de água e das unidades de tratamento de água, a fim de evitar contaminação (a distância mínima estabelecida é de 50 metros); devem ser instalados em locais abaixo dos loteamentos e das fontes de água; distante de estradas e de edifícios públicos; fora de campos agriculturáveis; distante de locais de estoque de água, alimentos e de preparação de comida²⁸.

Ao se implantar um método alternativo para a destinação das excretas humanas, alguns cuidados básicos devem ser tomados previamente, principalmente no quesito disponibilidade. Em um prazo imediato, espera-se que 50% da população afetada tenha acesso, particularmente nos centros médicos e refeitórios. Em curto prazo, 75%; em longo prazo, 95%, sendo 100% nos centros médicos e refeitórios^{12,28}.

Para o esgotamento sanitário, algumas medidas são prioritárias: 1) nos assentamentos montados pós-desastre, deve-se estabelecer imediatamente os locais para as instalações sanitárias; 2) projetar e construir os abrigos das instalações sanitárias após uma avaliação da topografia, localização das reservas de águas subterrâneas, a fim de evitar a contaminação; 3) projetar as instalações sanitárias de modo a evitar qualquer contato com possíveis vetores; 4) avaliar todas as opções técnicas para as construções dos sanitários, com o objetivo de minimizar ameaças aos usuários, principalmente mulheres, crianças, pessoas com dificuldades de locomoção e encarregados da manutenção; 5) colher dados da população atingida, para construir um número adequado de banheiros e que minimize os riscos à saúde pública (*quadro 2*); 6) incluir um reservatório de água com sabão, para a limpeza das mãos, além de material para a higiene íntima; 7) se possível, alojar as pessoas que sofrem de doenças crônicas e idosas, mais próximas aos sanitários^{12,26,28}.

Quadro 2. Critérios de qualidade, quantidade e uso de locais para o esgotamento sanitário

Critério	Imediato	Curto Prazo	Longo Prazo
Qualidade	Latrina com material tecnicamente básico; Aceitável socialmente; Proteção básica à Saúde; Tecnologia Sustentável até 1 mês.	Tecnologia apropriada e sustentável, tais como Fossa Séptica Biodigestora (FSB) e Bacia de Evapotranspiração (BET) até 6 meses; Socialmente aceitável; Mínimo Risco à Saúde.	Tecnologia apropriada; Aceitável socialmente; Sem risco à Saúde; Até 3 anos.
Quantidade	Para centros médicos: 1 latrina por 50 camas ou 100 pacientes. Para escolas, 1 latrina para 50 meninas e 1 para 100 meninos. Refeitórios - 1 latrina para 100 adultos e 1 latrina para 50 crianças.	Para centros médicos: 1 vaso para 20 camas ou 50 pacientes. Escolas, 1 vaso para 30 meninas e 60 meninos. Refeitórios - 1 vaso para 50 adultos e 1 vaso para 20 crianças.	Para centros médicos: 1 vaso para 10 camas ou 20 pacientes. Escolas, para 15 meninas e 30 meninos. Refeitórios - 1 vaso para 20 adultos e 1 para 10 crianças. Escritórios - 1 para 20 empregados.
Uso	50% da população afetada; centros médicos e refeitórios 100%.	75% da população afetada; centros médicos e refeitórios 100%.	95% da população afetada; centros médicos e refeitórios 100%.

Fonte: Adaptado¹².

No que tange ao esgotamento sanitário do município de Brumadinho, ele não foi atingido pelo rompimento da barragem, apesar de a empresa responsável, Copasa, ainda não ter finalizado a obra de saneamento, conforme previsto em contrato.

É de suma importância para a saúde pública a tomada de decisão adequada e eficiente de ações emergenciais que envolvam o saneamento básico. Evita-se, principalmente, a propagação de doenças relacionadas com o saneamento, que são transmitidas por via fecal-oral (diarreia, disenteria bacilar, shigelose e hepatite), doenças da pele e dos olhos (escabiose e outras infecções de pele), do solo (ancilostomose), doenças disseminadas por meio de roedores (tifo, leptospirose e peste bubônica), e também por transmissão hídrica, por vetores que se reproduzem em ambientes nos quais o saneamento é precário (malária, dengue, febre amarela, zika e chikungunya)²⁸.

A gestão de resíduos sólidos e rejeitos em situações emergenciais

A gestão dos resíduos sólidos, assim como o abastecimento de água e o esgotamento sanitário, é imprescindível em uma situação de desastre²⁸.

De acordo com a Política Nacional de Resíduos Sólidos, Lei nº 12.305, os resíduos podem ser materiais, substâncias, objetos ou bens descartados que resultam das atividades da comunidade, sendo classificados quanto a sua origem e periculosidade²⁹. Para essa discussão, considerar-se-ão apenas os resíduos oriundos do rompimento da Barragem 1 visto que os resíduos sólidos do município de Brumadinho já possuem destinação adequada, isto é, o aterro sanitário da RMBH. Os resíduos sólidos oriundos da atividade de mineração se dividem em: estéreis e rejeitos. Os estéreis são materiais escavados, provenientes da atividade de extração, no decapeamento da mina, e ficam geralmente dispostos em pilhas. Os rejeitos são

resultantes do processo de beneficiamento a que são submetidas as substâncias minerais. A disposição de rejeitos em reservatórios criados por diques ou barragens é o método mais comumente usado no País. Essas barragens ou diques podem ser de solo natural ou construídos com os próprios rejeitos, sendo classificadas, nesse caso, como barragens de contenção alteadas com rejeitos e, no outro caso, como barragens convencionais³⁰.

Para os resíduos oriundos do rompimento da barragem, até o momento, não há plano de manejo para os rejeitos. Eles encontram-se ainda no local do desastre, e a empresa Vale, segundo o relatório da Arsae-MG, não notificou nenhuma medida para a destinação final desses resíduos.

De acordo com informação da Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (Semad), os rejeitos da barragem da Vale percorreram uma distância de 125 km desde o local do rompimento até o rio Paraopeba. Este rio deságua no reservatório da Usina de Três Marias, a 330 km de Brumadinho. Autoridades e órgãos públicos esperam que esses rejeitos sejam contidos pela Usina de Retiro Baixo, situada no Rio Paraopeba (a 300 km do local da catástrofe), impedindo, assim, que a poluição alcance o lago de Três Marias e o Rio São Francisco, pois, nessa lama oriunda dos rejeitos de minérios, existe alta concentração de metais pesados, que podem provocar uma série de agravos à saúde humana, além dos danos irreversíveis para o meio ambiente.

Conforme relatado anteriormente, o planejamento das ações voltadas para a redução do risco de desastres é fundamental para o êxito de atividades que envolvem salvamento de vidas e operações de emergência, pois permitem preparar com antecedência as ações necessárias para minimizar os impactos provocados por ele^{17,31}.

Em situações de emergência causadas por um desastre, como o ocorrido em Brumadinho, é comum que o abastecimento de água seja interrompido, devido aos danos que possam ser

ocasionados na rede de distribuição, fazendo com que o tempo necessário para restabelecer as condições anteriores ao evento implique a necessidade de providenciar formas provisórias de abastecimento e/ou armazenamento de água. O mesmo ocorre para o sistema de esgotamento sanitário^{13,16}.

No Relatório Situacional nº 01, da Arsae-MG, agência que atua na regulação e fiscalização dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário nos municípios conveniados, foi informado que a sede do município de Brumadinho possui, até o momento, um sistema de abastecimento de água, cuja captação é realizada no ribeirão Águas Claras. Nele, há informação de que o sistema de fornecimento de água foi interrompido somente por algumas horas, devido à indisponibilidade de energia elétrica. Logo que a energia elétrica foi reestabelecida, a distribuição de água foi normalizada¹⁹.

Considerações finais

A falta de um planejamento urbano adequado se mostra como um agravante em situações de desastres, uma vez que acarreta a ocupação populacional em áreas mais vulneráveis, como as margens de rios, encostas de morros e áreas próximas a barragens de rejeitos.

A gestão adequada do saneamento ambiental pós-desastre se mostra essencial para as ações de saúde pública, visto que pode minimizar os impactos que poderiam agravar o cenário em situações de desastres.

Outro fator importante que deve ser considerado é a falta de investimentos em saneamento básico, visto que, a cada R\$ 1,00 investido em saneamento, economizam-se R\$ 9,00 em saúde³². Com esse investimento, é possível diminuir a incidência de doenças, podendo-se priorizar o atendimento àqueles mais afetados, resultando em uma otimização de tempo, material e mão de obra, assim como na redução de internações e gastos com a saúde pública.

No Brasil, existem 24 mil barragens, de acordo com o Relatório de Segurança de Barragens; destas, apenas 13.997 (58%) estão em situação regular. Ademais, 204 barragens estão com problemas estruturais, sendo que 45 delas estão localizadas no estado de Minas Gerais. Dessa forma, é necessário que medidas emergenciais sejam realizadas, de modo que essas barragens possam passar por processos de vistorias técnicas específicas, com maior frequência, a fim de que a ocorrência de outros desastres produzidos pela ação humana possam ser evitados, como os ocorridos em Brumadinho e Mariana, que causaram mortes, além de colocarem em risco as populações vizinhas e provocarem a degradação ambiental dessas áreas. A redução da vulnerabilidade pode ser alcançada por meio de medidas de mitigação e preparação^{17,24}.

No País, inúmeros fatores contribuem para o aumento do quadro de vulnerabilidades e dos impactos dos desastres devido à deficiência do planejamento urbano. Quando se analisa a vulnerabilidade de uma comunidade, é fundamental que os fatores humanos sejam considerados, uma vez que são eles que, de forma geral, mais influenciam na severidade de um desastre.

Assim, para que haja redução do risco de desastres, deve-se compreender que as relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente constituem uma etapa inicial e importante no desenvolvimento de um modelo de planejamento sanitário. Em termos de planos, a identificação e a análise dos efeitos advindos da implementação de determinado sistema, seja ele de abastecimento de água,

coleta/tratamento de esgotos e resíduos sólidos, devem conferir meios para estabelecer certa ordem de prioridades e apontar o direcionamento mais adequado das ações, uma vez que cada população beneficiada possui características distintas, e nem sempre as ações de saneamento podem ser orientadas da mesma forma.

Em razão da gravidade do acontecimento na barragem Córrego do Feijão, torna-se impossível, atualmente, mensurar os impactos causados aos mananciais dos municípios atingidos. As esferas municipais e estadual deverão elaborar, junto com a empresa responsável pelo sistema de abastecimento de água da RMBH, um estudo sobre o monitoramento da qualidade das águas oriundas da bacia hidrográfica da região.

Os desastres provenientes das áreas de mineração acentuam a importância da adoção de políticas ambientais mais rígidas, mais bem estruturadas e fiscalizadas, que possibilitem a promoção de ambientes saudáveis e mais seguros.

Colaboradores

Azevedo DCB (0000-0002-9768-4757)*, Toledo GA (0000-0002-0842-6108)*, Cohen SC (0000-0001-6228-6583)*, Kligerman DC (0000-0002-7455-7931)* e Cardoso TAO (0000-0002-5430-7273)* 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. United Nations. The United Nations World Water Development Report 2018: nature-based solutions for water. Paris: Unesco; 2018. p. 84
2. Confederação Nacional dos Municípios. Defesa Civil e Prevenção de Desastres: como seu município pode estar preparado. Coletânea Gestão Pública Municipal: gestão 2017-2020. Brasília, DF: CNM; 2016.
3. Assumpção RF, Séguin E, Kligerman DC, et al. Possíveis contribuições da integração das políticas públicas brasileiras à redução de desastres. Saúde debate. 2017; 41(esp):39-49.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE. Contas Nacionais Trimestrais. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acesso em 2019 fev 22]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013/>.
5. Maricato ETM. Para Entender a Crise Urbana. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
6. Bonatti TF, Carmo RL. Desastres tecnológicos: revisitando a discussão sobre a questão dos eventos de contaminação a partir da relação entre população, espaço e ambiente. In: Anais do XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2016 out 17-22; Foz do Iguaçu. Belo Horizonte: ABEP; 2016. p. 865-902.
7. Oliven RG. Urbanização e mudança social no Brasil. Rio de Janeiro: Centro Edelstein; 2010.
8. Santos M. A urbanização Brasileira. São Paulo: EDUSP; 2013.
9. Carlos AFA. A Reprodução do Espaço Urbano Como Momento da Acumulação Capitalista. In: Carlos AFA, organizador. Crise Urbana. São Paulo: Contexto; 2015. p. 25-35.
10. Brasil. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts, 182 e 183 da Constituição Federal e estabelece diretrizes gerais da política urbana [internet]. Diário Oficial da União. 11 Jul 2001. [acesso em 2018 nov 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm.
11. Brasil. Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil [internet]. Diário Oficial da União. 11 Abr 2012. [acesso em 2019 fev 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12608.htm.
12. World Health Organization. The United Nations Children's Fund. Progress on Drinking Water, Sanitation and Hygiene: 2017 Update and SDG Baselines [internet]. Geneva: WHO; 2017. [acesso em 2019 mar 15]. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Progress_on_Drinking_Water_Sanitation_and_Hygiene_2017.pdf.
13. Brasil. Ministério das Cidades, Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Plano Nacional do Saneamento Básico (PLANSAB) [internet]. Brasília, DF: MC; 2013. [acesso em 2019 fev 3]. Disponível em: http://www.urbanismo.mppr.mp.br/arquivos/File/plansab_texto_aprovado.pdf.
14. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional, Secretaria Nacional de Saneamento, Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. Diagnóstico Anual de Água e Esgoto [internet]. Brasília, DF: MDR; 2015. [acesso em 2019 jan 29]. Disponível em: <http://app4.cidades.gov.br/serieHistorica/#>.
15. Instituto Trata Brasil. Perdas de Água: Desafios ao Avanço do Saneamento Básico e à Escassez Hídrica [internet]. São Paulo: GO Associados; 2015. [acesso em 2019 jan 23]. Disponível em: <http://www.trata-brasil.org.br/perdas-de-agua-desafios-ao-avanco-do-saneamento-basico-e-a-escassez-hidrica>.
16. Oliveira M. Manual Gerenciamento de Desastres. Sistema de Comando de Operações. Florianópolis: UFSC; 2009.
17. Naciones Unidas. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas. UNISDR Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres. Ginebra: NU; 2009.

18. Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental. Seção Minas Gerais. Manifesto sobre o desastre de Brumadinho [internet]. 2019. [acesso em 2019 abr 22]. Disponível em: <http://abes-dn.org.br/?p=23394>.
19. Agência Reguladora de Serviços de Abastecimento de Água e de Esgotamento Sanitário do Estado de Minas Gerais. Relatório Situacional nº 01/2019. Impactos do rompimento da barragem da Mina Córrego do Feijão em Brumadinho-MG na prestação dos serviços de saneamento básico pela COPASA [internet]. [acesso em 2019 mar 25]. Disponível em: <https://portalamm.org.br/wp-content/uploads/Relat%C3%B3rio-sobre-Brumadinho.pdf>.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Municípios Brasileiros [internet]. [acesso em 2020 mar 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/brumadinho.html>.
21. Brumadinho. Prefeitura. Apostila Brumadinho, 2015 [internet]. [acesso em 2019 fev 2]. Disponível em: http://www.brumadinho.mg.gov.br/arquivos/APOSTILA_BRUMADINHO.pdf.
22. Brumadinho. Câmara Municipal de Brumadinho. Audiência Pública. Publicado em: 23/08/2017 [internet]. [acesso em 2019 jan 27]. Disponível em: <https://www.cmbrumadinho.mg.gov.br/noticias>.
23. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Governo de Minas Gerais. Água do Paraopeba está imprópria para consumo, alerta Governo de Minas [internet]. [acesso em 2019 jan 31]. Disponível em: <https://bhaz.com.br/2019/01/31/agua-paraopeba-impropria-consumo/>.
24. Comitê Brasileiro de Barragens. Manifestação da CBDB sobre o acidente de Brumadinho. 2019. [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: <http://www.cbdb.org.br/5-69/Cadastro%20Nacional%20de%20Barragens>
25. Brasil. Lei nº 12.334, 20 de setembro de 2010. Estabelece a Política Nacional de Segurança de Barragens [internet]. Diário Oficial da União. 21 Set 2010. [acesso em 2019 mar 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12334.htm.
26. Naciones Unidas. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Manual para situaciones de emergencia. 2. ed. Santiago: NU; 2012.
27. Fundação Nacional de Saúde. Protocolo de atuação da Funasa em situações de desastres ocasionados por inundações. Brasília, DF: Funasa; 2013.
28. Sphere Association. The Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 4. ed. Geneva: Sphere Association; 2018.
29. Brasil. Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Diário Oficial da União. 3 Ago 2010. [acesso em 2019 fev 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm.
30. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diagnóstico dos Resíduos Sólidos da Atividade de Mineração de Substâncias Não Energéticas. Relatório de Pesquisa. Brasília, DF: IPEA; 2012.
31. Mata-Lima H, Alvino-Borba A, Pinheiro A, et al. Impactos dos desastres naturais nos sistemas ambiental e socioeconômico: o que faz a diferença? Rev Ambiente Sociedade. 2013; 16(3):45-64.
32. Fundação Nacional de Saúde. Cada real gasto em saneamento economiza nove em saúde [internet]. 2017. [acesso em 2019 mar 26]. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/todas-as-noticias/-/asset_publisher/lpnzx3bJYv7G/content/-cada-real-gasto-em-saneamento-economiza-nove-em-saude-disse-ministro-da-saude?inheritRedirect=false.

Recebido em 30/04/2019

Aprovado em 08/12/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Cidade do Rio de Janeiro (RJ) sustentável? Análise da evolução do planejamento para o Esgotamento Sanitário

*Sustainable city of Rio de Janeiro (RJ)? Analysis of the evolution of
planning for Sanitary Sewage*

Graziella de Araújo Toledo¹, Simone Cynamon Cohen¹, Débora Cynamon Kligerman¹, Enrico
Mendes Saggioro¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012417

RESUMO Este artigo teve por objetivo analisar o panorama do Esgotamento Sanitário, de 1992 a 2016, frente à evolução dos planos estratégicos e diretores da cidade do Rio de Janeiro (RJ), propondo medidas sustentáveis. Desenvolveu-se a partir de pesquisa exploratória e descritiva, com fontes primárias e secundárias. Após a análise dos planos urbanísticos, encontrou-se uma série de metas descritas que não se aplicaram na cidade, por questões orçamentárias e políticas, que contribuíram para a insustentabilidade da localidade em termos de Esgotamento Sanitário.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento de cidades. Urbanização. Esgotos. Desenvolvimento sustentável.

ABSTRACT *This article aimed to analyze the panorama of Sanitary Sewage, from 1992 to 2016, against the evolution of the strategic and directors plans of the city of Rio de Janeiro (RJ), proposing sustainable measures. It was developed from exploratory and descriptive research, with primary and secondary sources. After analyzing the urban plans, a series of goals that were not applied in the city was found, due to budgetary and political issues, that contributed to the unsustainability of the city in terms of Sanitary Sewage.*

KEYWORDS *City planning. Urbanization. Sewage. Sustainable development.*

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



Introdução

Para promover um futuro sustentável, é essencial que haja proteção do meio ambiente e, como consequência, da saúde da população. Desta forma, os serviços de saneamento são imprescindíveis¹.

A Agenda 2030, da Organização das Nações Unidas (ONU), “[...] é um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade”¹⁽¹⁾ que se compõe de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Dentre estes, destaca-se o sexto, que aborda o saneamento e tem como finalidade “assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos”¹⁽²⁵⁾.

Um dos setores do saneamento que apresenta baixo índice de cobertura (coleta e tratamento) é o Esgotamento Sanitário (ES), que permanece como um desafio para as diferentes instâncias da federação. O custo de implantação é relativamente alto e exige um esforço conjunto de diferentes setores da sociedade².

Ressalta-se que a implantação dos serviços de abastecimento de água e de ES objetiva uma rápida e sensível melhoria da saúde e das condições de vida da população, constituindo-se como o melhor investimento em benefício da saúde pública³. É necessário manejar sustentavelmente os recursos de consumo básico disponível nas cidades, estes que fazem parte das principais demandas da comunidade urbana, visto que a universalização dos serviços de saneamento reduzem os agravos à saúde⁴.

No Brasil, apenas 46% dos esgotos gerados são tratados, e 73,7% dos esgotos coletados passam por algum tipo de tratamento, de acordo com dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) do ano de 2017. Assim como no País, na Cidade do Rio de Janeiro (CRJ) há também uma precariedade no tratamento dos esgotos: do que é coletado, 44,84%, tratam-se apenas 64,49%⁵.

Esse baixo índice acarreta consequências para a saúde ambiental e humana, estando o saneamento deficiente relacionado a transmissões de doenças como a cólera, a disenteria e a

hepatite A. Assim, a disposição final adequada dos esgotos é de suma importância para a saúde pública^{6,7}.

A CRJ já foi alvo de diversos planejamentos estratégicos, visando torná-la sustentável e, além disto, alcançar os ODS da ONU. Entretanto, medidas que demonstram a sustentabilidade do esgotamento não foram abordadas ou não atingiram seus objetivos durante os diversos governos. E o cenário em que se encontra a CRJ é considerado preocupante.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸, atualmente, cerca de 3.050 domicílios na CRJ sequer possuem banheiro/sanitário, o que acarreta uma disposição final precária. Em seu território, encontram-se seis Estações de Tratamento de Esgotos (ETE) e dois emissários submarinos⁹. Em termos de vazão, o volume coletado chega a 546.966 m³, e o tratado, a 352.728 m³, cerca de 65%. Em comparação com as demais cidades brasileiras, a CRJ possui a maior arrecadação total em serviço de ES: em torno de R\$ 228 milhões, no ano de 2017⁵. Tais dados refletem a carência do serviço de esgotamento e planejamento em uma das principais capitais do País.

Portanto, o objetivo geral deste artigo foi analisar o panorama do ES, de 1992 a 2016, frente à evolução dos planos estratégicos e planos diretores da CRJ, propondo medidas sustentáveis.

Metodologia

Para este estudo, realizou-se uma análise documental – pesquisa descritiva e histórica – mediante fontes primárias e secundárias, nas seguintes bases de dados: a) Biblioteca da Secretaria de Urbanismo; b) Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro (Cedae); c) Governo do Estado do Rio de Janeiro; d) Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; e e) Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. As fontes primárias utilizadas foram os planos urbanísticos da CRJ.

Para a identificação desses planos, foi

realizado um levantamento retrospectivo, no período de 1992 a 2016. A delimitação no início da pesquisa deu-se em virtude da implementação do primeiro Plano Diretor da CRJ, em 1992, considerado um conjunto das fases do planejamento urbano brasileiro, desde o ano de 1875. Buscou-se fortalecer propostas que incluíram as políticas sociais, a proteção ao meio ambiente e o patrimônio cultural^{10,11}.

Foram utilizadas como palavras localizadas: ‘plano diretor’; ‘plano estratégico’; ‘programa de saneamento’; ‘projetos de despoluição’; ‘programa de aceleração do crescimento’; e ‘projeto visão rio 500’. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: documentos que abordavam os planejamentos estratégicos e planos urbanísticos da CRJ, e que continham aspectos relacionados à rede de ES.

Encontraram-se, a partir da busca: Plano Diretor (PD) da CRJ (1992); Plano estratégico ‘Rio sempre Rio’ (1994-2008); Programa de Despoluição da Baía de Guanabara (PDBG 1995-2006); Programa de Aceleração do Crescimento (PAC-2007); PD da CRJ (2011); Programa de Saneamento Ambiental dos Municípios do entorno da Baía de Guanabara (PSAM-2012); ‘Pós 2016: O Rio mais integrado e competitivo’ (2009-2012; 2013-2016); e ‘Projeto Visão Rio 500’ (2015).

Para a análise das fontes secundárias, realizou-se uma pesquisa na base de dados do Ministério do Planejamento, onde foram encontrados dados do SNIS – Série Histórica: esgotamento sanitário. A busca foi realizada no período de 1995 a 2015, utilizando as palavras localizadoras ‘snis’ e ‘esgotamento sanitário’. O período indicado é referente a todo o histórico presente no sistema, até a coleta dos dados. Os indicadores analisados foram: ES001 (população total atendida com ES), ES005 (volume de esgotos coletados, em 1.000 m³/ano) e ES006 (volume de esgotos tratados, em 1.000 m³/ano); FN024 (investimento realizado em ES pelo prestador de serviços [R\$/ano]) e FN043 (investimento realizado em ES pelo estado [R\$/ano]); IN006 (tarifa média de esgoto [R\$/m³]), IN015 (índice de coleta de esgotos [%]), IN016

(índice de tratamento de esgoto [%]) e IN046 (índice de esgoto tratado referido à água consumida [%])¹². Para a construção dos gráficos, foi utilizado o programa Origin, versão 8.

Resultados e discussão

Análise dos planos urbanísticos em relação ao ES

O primeiro plano executado foi o PDCRJ de 1992. Este objetivava o ordenamento e desenvolvimento da CRJ, principalmente em regiões não contempladas, anteriormente, com obras de infraestrutura, sobretudo em relação à ampliação da rede de ES. O plano incluiu obras para a expansão da coleta de esgotos apenas nos bairros das Áreas de Planejamento (AP) 2, 3 e 4¹⁰.

Para o planejamento do programa de esgotamento da CRJ, solicitou-se: (a) inclusão de um sistema separador absoluto entre as redes de ES e drenagem, de forma gradual; (b) fiscalização perene desse sistema; (c) existência de tratamentos de esgotos para a preservação da saúde pública; (d) tratamento dos esgotos que ainda utilizassem as redes de drenagem municipais para o seu escoamento, até a implementação do sistema separador absoluto; e (e) instauração de um programa de ES pela prefeitura, em parceria com o órgão estadual responsável pelo saneamento¹⁰.

Por ser o primeiro PD da CRJ, esperava-se que toda a localidade fosse incluída na ampliação do serviço de esgotamento. Porém, o que foi apresentado excluía a API e a AP5. Entretanto, o PD pode ser considerado como o pontapé inicial para o planejamento da CRJ, pois, a partir dele, teve início o primeiro plano estratégico, o ‘Rio sempre Rio’, em novembro de 1993, que tinha como objetivo transformá-la em uma metrópole e aumentar a qualidade de vida de sua população. Havia estratégias traçadas para cada problema de esgotamento da CRJ, como a despoluição das

baías (Guanabara e Sepetiba) e da bacia hidrográfica de Jacarepaguá (complexos lagunares)¹³. Encontrava-se, nesse plano, o Programa Favela-Bairro, inserido em uma das estratégias (Rio Integrado), com as seguintes metas: melhoria da qualidade de vida dos moradores de comunidades e dos serviços básicos prestados pelo poder público¹⁴.

Para o ES, foram priorizadas a construção de novas redes de coleta e a ligação de residências a tais redes. No *quadro 1*, estão listados, por bairros e AP, os números de domicílios, a extensão da rede (em metros), a população atendida e as ligações residenciais de esgotos que o Programa Favela-Bairro atendeu¹⁵. O impacto causado pelo Programa para o esgotamento foi o aumento da taxa de coleta em 20%,

nos primeiros seis anos de implementação. Após as obras, todas as comunidades inseridas tinham, no mínimo, 78% dos domicílios com acesso à rede de ES¹⁶.

De acordo com Guanais e Fischer¹⁷, esse plano adotou uma postura analítica, pois se fragmentou de 1 objetivo central para 7 estratégias, que se subdividiram em 21 metas, com 61 ações e 159 projetos. Demonstrou-se que o objetivo seria alcançado, caso todas as estratégias traçadas fossem concluídas. Excluiu-se a possibilidade do não cumprimento dessas metas e adotou-se um sofisma: a previsão do futuro. Não foi levada em consideração, na execução do plano, a incerteza do futuro da CRJ, principalmente quando se percebeu a realidade local no momento da implementação dos projetos contidos no plano.

Quadro 1. Obras referentes ao esgotamento sanitário do Programa Favela-Bairro, de 1994 a 2008, e do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) na Cidade do Rio de Janeiro, com sua localização, apoio na execução, obras, andamento e investimento

Programa Favela-Bairro						
AP	Favela	Bairro	Nº de domicílios	População atendida	Rede (m)	Ligações de esgotos
4	Vila Sapê	Jacarepaguá	834	3.393	3.486	1.327
5	Vila do Céu	Santa Cruz	2.497	9.988	11.766	*
2	Vila Santo Amaro	Catete	919	2.337	2.600	*
3	Vigário Geral / Parque Jardim Beira-Mar / Te Contei	Vigário Geral	5.122	19.080	**	*
2	Vila Cândido / Guararapes / Cerro-Corá	Cosme Velho	872	3.339	4.206	*
5	Três Pontes	Paciência	1.341	4.005	4.000	350
2	Vidigal	Vidigal	2.567	9.943	9.394	*
4	Santa Maria	Jacarepaguá	708	2.347	4.403	*
3	Serrinha	Madureira	420	1.763	2.800	568
4	Rio das Pedras	Jacarepaguá	12.000	50.000	16.800	*
2	Salgueiro	Tijuca	1.084	4.367	10.390	1.127
3	Parque Royal	Ilha do Governador (Portuguesa)	1.063	4.146	3.948	980
1	Quinta do Caju	Caju	819	886	4.283	*
1	Parque Boa Esperança / Parque Vitória	Caju	1.600	4.860	3500	*
3	Parque Proletário do Grotão	Penha	867	2.110	3.832	460
3	Morro São João	Engenho Novo	1.325	4.504	9.268	*
3	Morro União	Coelho Neto	1.036	4.504	9.268	*
2	Morro dos Macacos / Parque Vila Isabel	Vila Isabel	4.296	12.189	**	*

Quadro 1. (cont.)

Programa Favela-Bairro						
AP	Favela	Bairro	Nº de domicílios	População atendida	Rede (m)	Ligações de esgotos
1	Morro dos Prazeres / Morro do Escondidinho	Santa Tereza	2.151	9.075	7.749	*
1	Morro do Tuiuti	São Cristóvão	1.357	5.275	5.116	1.600
3	Morro do Urubu	Pilares	996	2.532	2.574	*
3	Morro do Juramento / Parque Silva Vale / Vila Primavera	Tomás Coelho	2.978	12.758	1.886	*
3	Morro do Sereno / Morro da Paz / Morro da Caixa D'Água / Morro do Caracol	Penha	2.752	6.418	9.695	1.701
2	Morro do Borel / Chácara do Céu	Tijuca	2.557	8.252	**	*
3	Morro do Fubá / Vila do Campinho / Iguaíba / Comendador Pinto	Cascadura	2.650	13.250	5.345	*
2	Morro da Formiga	Tijuca	1.899	5.801	2.647	*
2	Morro do Andaraí / Jamelão	Andaraí	1.904	6.989	*	*
3	Morro da Cotia	Méier	394	1.260	1.886	*
3	Morro da Fé	Penha	705	2.441	2.365	345
3	Morro da Cachoeira Grande	Méier	336	1.892	3.775	*
2	Morro da Casa Branca	Tijuca	807	3.018	1.252	*
2	Mata Machado	Alto da Boa Vista	619	2.302	4.051	615
2	Morro da Bacia / Morro do Encontro	Grajaú	1.557	7.624	4.034	1.557
1	Ladeira dos Funcionários / Parque São Sebastião / Vila Clemente Ferreira	Caju	927	3.274	5.034	981
1	Mangueira / Morro dos Telégrafos / Parque Candelária	Mangueira	4.229	7.189	1.243	80
5	Jacaré	Campo Grande	2.120	8.400	11.050	2.120
3	Jacarezinho	Jacarezinho	12.000	50.000	11.766	*
4	Floresta da Barra da Tijuca	Barra da Tijuca	1.081	2.230	4.344	8.62
3	Grota	Madureira	636	1.008	2.204	*
4	Fazenda do Mato Alto	Jacarepaguá	927	3.800	5.730	*
3	Fernão Cardim	Engenho de Dentro	875	3.412	2.000	350
4	Canal das Tachas / Vila Amizade	Recreio	902	2.737	8.873	822
3	Chácara Del Castilho	Del Castilho	644	2.532	2.050	561
3	Complexo do Sapê	Madureira	2.985	6.432	22.168	2.507
5	Divinéia	Santa Cruz	1.341	6.348	12.595	*
3	Bairro Nova Aliança	Jardim América	1.725	2.629	8.139	2.764
3	Bairro Proletário do Dique	Jardim América	1.184	4.284	5.747	*
3	Cachoeirinha / Santa Terezinha	Méier	644	1.931	5.482	*
3	Caminho do Jô	Pavuna	732	2.416	1.952	430

Quadro 1. (cont.)

Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)				
Local	Apoio na Execução	Obras	Andamento / Ano	Investimento
Ilha de Paquetá	Governo do Estado do Rio de Janeiro / Cedae	Criação do Sistema de Esgotamento Sanitário (SES)	Em 2008, a ampliação do SES foi executada pela Cedae. Até dezembro de 2008, estava em fase de contratação de empresa para a execução do serviço. Entre os meses de janeiro e abril de 2009, o governo do estado tornou-se responsável, e o projeto encontrava-se na fase de contratação de empresa, novamente. Nos meses de julho a setembro de 2011, iniciaram-se as obras, ainda sem previsão de término	O investimento previsto para o projeto foi de R\$ 19.165,2 milhões, tendo sido alterado para R\$ 25.845,32
Santa Cruz	Prefeitura do Rio de Janeiro	SES	Em agosto de 2009, iniciou-se o processo de contratação da empresa responsável pelo empreendimento. Até 2015, o projeto estava em obras. Previsão de, até o ano de 2018, andamento do empreendimento	O investimento inicial foi de R\$ 218.153,2 milhões. Houve um aumento, passando para R\$ 280.701,49 milhões
Sepetiba	Prefeitura do Rio de Janeiro	Melhorias do SES, nas Estações Elevatórias de Esgoto (EEE) das sub-bacias dos rios Alagados e Ary Chagas. Ampliaram-se a rede coletora e as ligações prediais do bairro em questão	As obras iniciaram-se em agosto de 2007. Até o final de 2014, o empreendimento já estava concluído	Inicial: R\$ 17.023,1 milhões. O gasto final foi de R\$ 17.269,14 milhões
Manguinhos	Prefeitura e Estado do Rio de Janeiro	Obras para o saneamento integrado e a urbanização. O bairro foi dividido em dois setores: A e B. A Prefeitura do Rio de Janeiro desenvolveu e coordenou as obras do setor A e o estado responsabilizou-se pelo setor B	Ambos os empreendimentos iniciaram-se em junho de 2007. O término de ambos os setores foi previsto para o ano de 2018	Foram investidos, em 2007, R\$ 94.531,2 milhões (setor A) e R\$ 567.742,00 milhões (setor B). Em 2011, o investimento aumentou para R\$ 577.022,56, no setor B. Em 2014, o setor A alcançou R\$ 95.239,55
Complexo da Tijuca	Prefeitura do Rio de Janeiro	Obras de integração saneamento/urbanização.	Iniciaram-se em julho de 2007. A conclusão da obra se deu no final de 2014	R\$ 70.660,17 milhões
Pedra de Guaratiba	Prefeitura do Rio de Janeiro	SES	Em julho de 2008, o projeto encontrava-se em contratação de empresa. Iniciaram-se as obras, até o mês de dezembro de 2008	R\$ 13.831,00 milhões
Sistema Alegria	Cedae / Governo do Estado do Rio de Janeiro	Complementação e ampliação das obras do sistema de esgotamento sanitário da ETE Alegria, construindo um coletor tronco na bacia Faria-Timbó	Em dezembro de 2008, o projeto encontrava-se na fase de contratação. Até o ano de 2014, a ampliação e a complementação do SES Alegria estavam em licitação. Em 2015, iniciaram-se as obras, com previsão de término em 2018	R\$ 94.500,00 milhões. Em 2015, o orçamento foi para R\$ 175.804,25 milhões
Pavuna	Cedae	Projeto 1: propôs a construção de um sistema de coleta e transporte de esgoto sanitário. Projeto 2: a implantação do SES do bairro	Até dezembro de 2008, o projeto 1 encontrava-se em fase de contratação. Projeto 2: iniciado no ano de 2011, encontrava-se em obras até o ano de 2015. Não há dados para a conclusão das obras	O investimento destinado para o projeto 1 foi de R\$ 110 milhões. Projeto 2: orçado em R\$ 35.000,00
Deodoro, Realengo, Padre Miguel e Magalhães Bastos	Prefeitura do Rio de Janeiro	Saneamento integrado da Bacia de Marangá	Até setembro de 2011, o projeto encontrava-se na fase de contratação de empresa	O investimento alcançará a margem de R\$ 166.390,71 milhões

Quadro 1. (cont.)

Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)

Local	Apoio na Execução	Obras	Andamento / Ano	Investimento
Área de Planejamento 5	Foz Águas 5 (Cedae)	Ampliação do SES em relação aos bairros da AP5	Em março de 2013, as obras foram iniciadas. Pelo projeto, até o ano de 2018, esteve em andamento	O investimento foi de R\$ 610.619,16 milhões, em 2013. Em 2015, o orçamento foi elevado para R\$ 642.753,01

*Não informado. **Obras executadas pelo Programa de Saneamento para Populações em Áreas de Baixa Renda (Prosanear), do governo do estado do Rio de Janeiro, que tem como diretriz a conciliação das intercessões em saneamento com outras ações que estão inteiramente voltadas ao apoio de populações carentes^{12,15,29}.

Oliveira¹⁸ considerou o plano incoerente, por não abranger a totalidade territorial da CRJ. Apenas foi implantado diferentemente em cada área, utilizando estratégias específicas e com restrições espaciais. Apesar das críticas, o Programa foi capaz de ampliar a rede de coleta de esgotos em locais onde o serviço era precário.

Em consonância com o 'Rio sempre Rio', a CRJ passou por transformações espaciais provenientes do PDBG, que foi projetado nos anos 1990 e executado a partir de 1994. Não foi um programa municipal, porém teve importância para o saneamento da CRJ. Durou 12 anos, com um investimento de US\$ 760 milhões¹⁹.

O PDBG apresentou-se como um dos maiores projetos voltados para a infraestrutura do saneamento no estado. Havia três objetivos centrais: 1) recuperação dos ecossistemas presentes no entorno da Baía de Guanabara (BG); 2) melhoria da qualidade da água no sistema hidrográfico, a partir da implantação de um cinturão do saneamento; e 3) fortalecimento de instituições governamentais ligadas à BG. Seu planejamento também se deu em três fases: 1) PDBG; 2) Programa de recuperação ambiental da bacia da BG; e 3) Programas ambientais complementares¹⁹.

Na fase 1 (curto prazo), estavam contidos os objetivos que poderiam ser executados, referentes ao ES, até os anos 2000. Na fase 2 (médio prazo), os objetivos até 2010. A fase 3 não estabeleceu um prazo limite, pois as metas seriam executadas e seu resultado seria percebido em longo prazo¹⁹.

Dados do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro²⁰ relataram que, após dez anos de obras (1995-2005), os resultados não foram satisfatórios. Porém, os gastos com os empreendimentos elevaram-se em 70%. As obras iniciaram-se em fevereiro de 1995 e se estenderam por quatro governos estaduais (1994-2005), tendo seu custo elevado de US\$ 760 milhões para US\$ 1,04 bilhão, devido a atrasos e reajustes nos contratos empresariais²¹.

Como consequência, perdeu-se a qualidade da água, devido à contínua expansão urbana e, também, à inconclusão das obras na rede coletora, que intensificou o descarte irregular dos efluentes domésticos e industriais^{22,23}. O PDBG não trouxe inovações técnicas para o tratamento dos esgotos. A maioria das estações construídas foi dotada apenas de tratamento primário, sendo o secundário executado somente na continuação do Programa. Esse fato ocorreu devido ao custo do tratamento²²⁻²⁴.

Por questões políticas, o PDBG não obteve conclusão, sendo necessária a implantação de novos programas. Após seu encerramento, em 2006, o governo informou ter aplicado cerca de R\$ 100 milhões/ano em obras²⁵. A partir de 2011, solicitou-se um financiamento para o PSAM, este que teve seu planejamento iniciado em 2012, com o começo de algumas obras em 2013. O Programa incluiu novos projetos naqueles iniciados pelo PDBG, além de um conjunto de planos para o ES, cujas obras tinham prazo para término em 2016. Seu objetivo era reverter a degradação ambiental da BG²⁶.

O PDBG foi responsável pela criação dos troncos Alegria, Tijuca e São Cristóvão, e pela implementação do tratamento primário na ETE Alegria, com capacidade de tratar cerca de 5.000 L/s de esgotos. No sistema Pavuna, foi ampliada a rede coletora e construiu-se a ETE Pavuna, com capacidade de tratar 1.000 L/s, beneficiando 256 mil habitantes. A ETE Penha teve sua capacidade de tratamento elevada para 1.600 L/s. Na Ilha do Governador, foram construídos 41 km de rede coletora e a ETE Tauá, tratando cerca de 525 L/s. Por último, construíram-se a ETE e o emissário submarino da Ilha de Paquetá, além de 5 km de rede coletora²⁷.

As ações adicionais, implantadas no PSAM, foram: a ampliação do sistema Alegria (coleta de esgotos de 41 bairros) e Pavuna, com tratamento secundário (cerca de 2.500 L/s e 1.500 L/s, respectivamente); a criação do sistema Marina da Glória, com uma galeria de cintura e uma Estação Elevatória de Esgoto (EEE); o Programa Sena Limpa: EEE Urca, a Fonte de São João e o aumento das ligações prediais e dos troncos coletores. Os projetos previram um aumento da coleta e do tratamento dos esgotos que desaguardavam diretamente na BG para 80%, até 2018²⁷.

O PSAM também não concluiu todas as metas previstas até o final de 2014²⁸. Novamente, o baixo comprometimento do poder público com as questões do esgotamento comprometeram a qualidade dos cursos d'água e a saúde da população.

Durante o intervalo entre as obras do PDBG e do PSAM, o governo federal investiu em diversos setores da CRJ, com o PAC. Como estratégia para a CRJ, o PAC preconizava uma melhoria nas condições de vida da população, além de garantir a ampliação do sistema de esgotamento, através da qual propôs despoluir as baías de Guanabara e Sepetiba²⁹.

As repetições das propostas de despoluição nos diferentes projetos implantados na CRJ refletem a incompetência do poder público para cumprir as metas estabelecidas ao longo dos anos 1990 e 2000.

As obras do PAC foram iniciadas a partir de 2007 (muitas ainda encontram-se em

execução), financiadas, em parte, pelo governo federal e pelos governos estadual e municipal, além de por empresas de saneamento.

No *quadro 1*, posterior às obras do Programa Favela-Bairro, são listados: os locais das obras (priorizando-se aquelas contidas na CRJ), o apoio na execução (a esfera de governo responsável por desenvolver e coordenar), o andamento (início e, se concluída, o término) e o investimento (parcial ou total).

Em 2017, de acordo com dados do Ministério do Planejamento³⁰, a única obra concluída na CRJ foi no bairro de Manguinhos, entregue em junho do mesmo ano. Os Sistemas de Esgotamentos Sanitários (SES) Alegria, Ilha de Paquetá e Pavuna (estes últimos executados pelo governo estadual), e o SES da AP5 (executado pela Companhia Foz Águas 5) encontravam-se ainda em obras. O que foi observado é que os problemas referentes ao cumprimento da execução das obras estenderam-se até o governo federal, com o PAC. Na CRJ, nenhum programa implementado até o ano de 2016 teve 100% de suas obras concluídas.

Ainda com as obras do PAC em andamento, a prefeitura lançou, em 2009, seu segundo plano estratégico, com duração de quatro anos, visando aos grandes eventos que a CRJ sediará: a Copa do Mundo de Futebol Masculino e os Jogos Olímpicos³¹.

O plano destacou a histórica falta de investimentos em saneamento da CRJ, apontado como um dos principais problemas encontrados na Zona Oeste, além do assoreamento de baías (Sepetiba e Guanabara), lagoas (Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Rodrigo de Freitas) e praias (Ramos, Flamengo e Botafogo)³¹.

Apresentaram-se cinco diretrizes para o meio ambiente. Aquela que abarcava o esgotamento visava “ampliar os sistemas de coleta e tratamento em esgotamento, em especial, na Zona Oeste”³¹⁽¹⁰¹⁾ e tinha, como meta, “aumentar para 30% a taxa de cobertura da rede coletora de esgoto com tratamento na AP5 até 2012”³¹⁽¹⁰¹⁾.

Foi proposta, então, a construção e operação de um sistema de tratamento de esgotos na

AP5, dado que a situação na época era ainda precária (se elevaria de 5% para 30% o esgotamento local em apenas dois anos) e impactava diretamente na qualidade de vida da população local, nas condições de saúde pública e na degradação das baías de Sepetiba e Guanabara³¹.

Em 2011, a Lei Complementar nº 111, de 1º de Fevereiro, que dispôs sobre a política urbana e ambiental da CRJ, instituiu o PD de desenvolvimento urbano sustentável, o segundo PD da localidade em um período de 19 anos³².

As ações para o esgotamento destacavam a universalização do serviço, de modo equilibrado, em todas as AP. Entretanto, priorizaram-se as áreas de favela da CRJ localizadas na Zona Oeste. Nessas regiões, seriam realizadas ações diretas para a captação e o destino final dos esgotos nas bacias que desaguavam na Baía de Sepetiba³².

Em 2013, foi lançado, pela prefeitura, o terceiro plano estratégico, para os anos de 2013 a 2016. Tratava-se da primeira revisão do plano anterior (2009-2012), com a visão da CRJ ampliada até 2030.

Uma das aspirações foi a CRJ ser “reconhecida como referência mundial em desenvolvimento sustentável, com a preservação de nosso patrimônio ambiental”³³⁽¹⁵⁾. A CRJ possui sua área metropolitana integrada e situada na maior cobertura vegetal urbana do mundo. A meta para o esgotamento encontra-se no campo da sustentabilidade, pretendendo tornar o sistema de coleta e tratamento de esgoto universal e eficaz, além de preservar os corpos hídricos. O objetivo foi de elevar para 55% a taxa de cobertura da rede de esgotos com tratamento na AP5, uma das áreas com menor taxa de coleta, até 2016³³.

Como medida emergencial, construíram-se Unidades de Tratamento de Rio (UTR), em alguns cursos d’água. Estas se encontram nos rios Arroio Fundo (AP4), Carioca (AP2) e Canal da Rocinha (AP2)³³. Entretanto, as UTR não são capazes de sanar o real problema da poluição, que é o despejo irregular de esgotos. Pelo contrário, no tratamento realizado, adiciona-se sulfato de alumínio, que pode trazer

consequências ambientais negativas, como a alteração do pH das águas. Considera-se, assim, uma solução de baixa sustentabilidade ambiental, pois o corpo hídrico continua recebendo aportes de poluentes, principalmente a jusante da UTR³⁴.

O último plano foi o ‘Projeto Visão Rio 500’. Nele, criaram-se óticas para os próximos 50 anos da CRJ, período em que completará 500 anos de existência. No tema ‘Cidade verde, sustentável e resiliente’, a proposta para o saneamento foi inserida no subtema 3: ‘Cidade das águas: praias, baías, lagoas e rios saudáveis’, havendo uma preocupação com a despoluição das bacias e com o desenvolvimento sustentável³⁵.

Abordaram-se as maiores deficiências em ES da CRJ, principalmente nas zonas Oeste e Norte. As metas de elevação do esgotamento dispostas no plano foram: (a) na Bacia de Sepetiba, para 80% em 2020, e para 95% de cobertura em 2025 (em 2008, correspondia apenas a 5%); (b) na Bacia de Jacarepaguá, para 80% em 2020, e para 90% em 2025 (era de 20% em 2008); (c) na Zona Sul, 80% em 2020, e para 90% em 2025 (em 2008, o índice era de 70%)³⁵.

De acordo com o IBGE^{8,36}, a CRJ melhorou seu índice de coleta de esgotos nos últimos anos, em todas as AP, passando, na AP1, do *deficit* de 6,02% para 2,2%; na AP2, de 3,1% para 1,57%; na AP3, de 12,69% para 2,91%; na AP4, de 31,48% para 9,06%; na AP5, de 49,87% para 9,27%. Estes dados corroboram as propostas contidas nos planos, que, apesar de algumas serem repetidas e outras não terem sido executadas, contribuíram para elevar o percentual da rede coletora na CRJ.

Dados do Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento

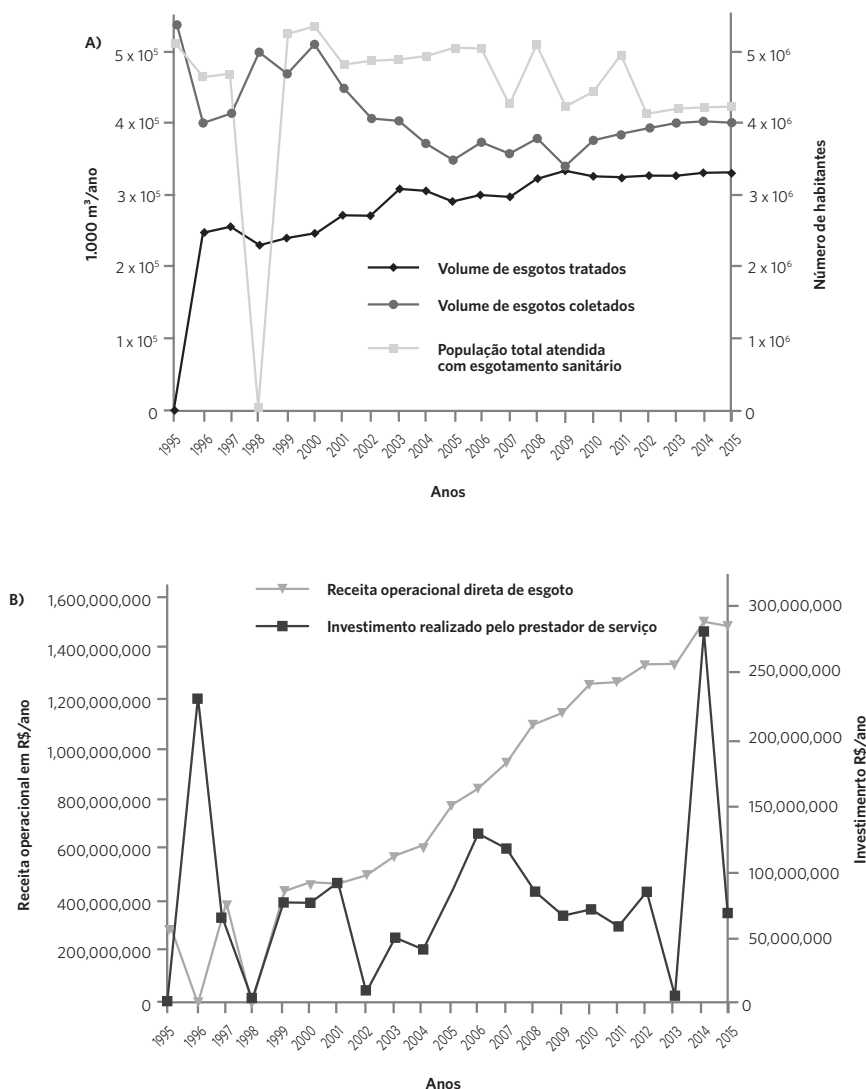
O *gráfico 1(a)* apresenta os dados de volume de esgotos tratado e coletado, e a população total atendida com esgotamento. Levando em consideração a população total da CRJ, de acordo com o IBGE³⁷, de 6,5 milhões de

habitantes, e a população total atendida com esgotamento em 2015, cerca de 4 milhões, há uma defasagem de cerca de 2,5 milhões de pessoas. Além disso, também existe, ao longo dos anos, um deficit entre o volume de esgoto coletado e o que é tratado.

Em relação à receita operacional direta e os investimentos realizados pelo prestador de serviços, ao longo de dez anos, no gráfico 1(b), fica evidente o aumento da receita, passando da casa de R\$ 200 milhões/ano, em 1995,

para cerca de R\$ 1,5 bilhão/ano, em 2015. Por outro lado, o investimento pelo prestador do serviço não é acompanhado pelo aumento das receitas, demonstrando ter variação no investimento anual, ao longo dos anos, com R\$ 50 milhões em investimentos, no ano de 2015, e uma receita de R\$ 1,5 bilhão para o mesmo ano. O valor discrepante da receita anual não é refletido nos investimentos, dada a precariedade do serviço.

Gráfico 1. Dados do SNIS em relação ao esgotamento sanitário na cidade do Rio de Janeiro de 1995 a 2015. a) população atendida, volume de esgoto tratado e coletado, b) receita operacional direta de esgoto (R\$/ano) e investimento realizado em esgotamento sanitário pelo prestador de serviço (R\$/ano)^{12,38}



A disparidade dos dados revelados pelo SNIS corrobora os índices de tratamento de esgoto referidos à água consumida e à coleta de esgotos, de acordo com o *gráfico 2*. Uma das cidades mais importantes do País está longe de atingir suas metas relacionadas ao esgotamento, visto que no ano de 2015, a CRJ possuiu um índice de 81,65% de tratamento de esgotos e somente cerca de 40% de índice de esgoto tratado referido à água consumida. Tais dados são refletidos na qualidade dos ambientes aquáticos da CRJ.

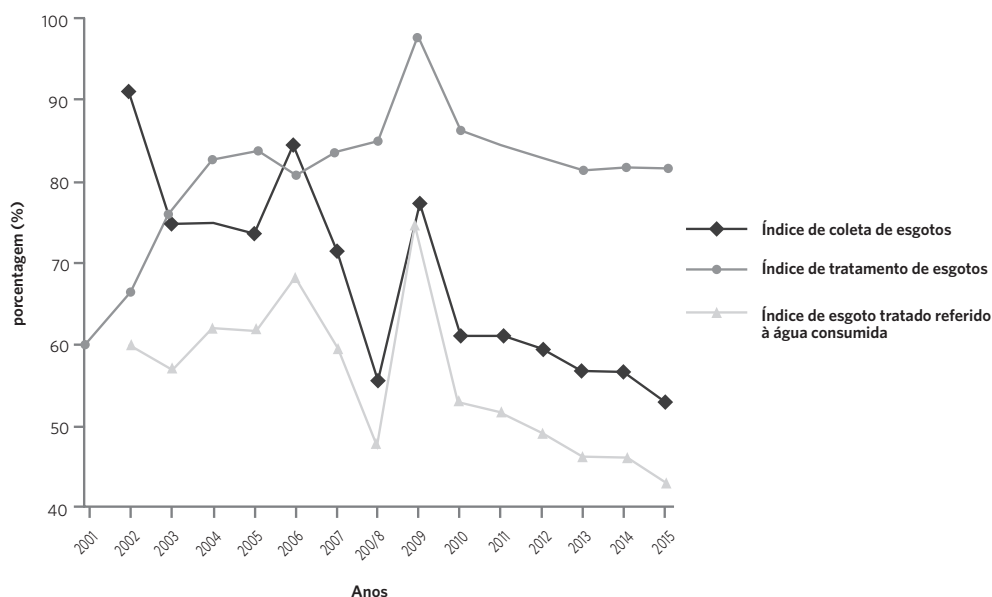
O último boletim do Instituto Estadual do Ambiente (Inea)³⁹ apontou que os rios da região hidrográfica V, que deságuam na BG e no Complexo Lagunar de Jacarepaguá (CLJ), estão com classificações ruins ou muito ruins. Os dados do Inea conciliaram com os dados do SNIS, de percentual do índice de coleta de esgotos, que, em 2015, chegou a 52,99%. Aproximadamente 47% de todo o esgoto gerado na CRJ ainda deságuam sem nenhum tipo de tratamento nos corpos receptores da localidade. Ficou evidenciado que todos os

investimentos aplicados (com PDBG, PSAM e demais) não foram suficientes para a despoluição dos complexos lagunares, rios e baías.

Mostrou-se impossível sanar a poluição da BG, do CLJ e da Baía de Sepetiba em poucos anos, como proposto nos planos. O problema resultou da longínqua precariedade do serviço público de coleta e tratamento de esgotos. Não somente na CRJ, mas também em todo o Brasil, não se investia em saneamento havia mais de 20 anos, até o PAC de 2007. Isso gerou um atraso histórico no serviço⁴⁰.

Os prazos estabelecidos para a despoluição dos corpos hídricos em questão era ínfimo, considerando, por exemplo, que o Rio Tâmis, em Londres, levou cerca de 150 anos para ser completamente despoluído e contou com investimentos do setor público e privado. Investiu-se na coleta e no tratamento dos esgotos, tanto domésticos quanto industriais. Faltam à CRJ projetos nacionais, investimentos, comprometimento e adequação à realidade local⁴¹.

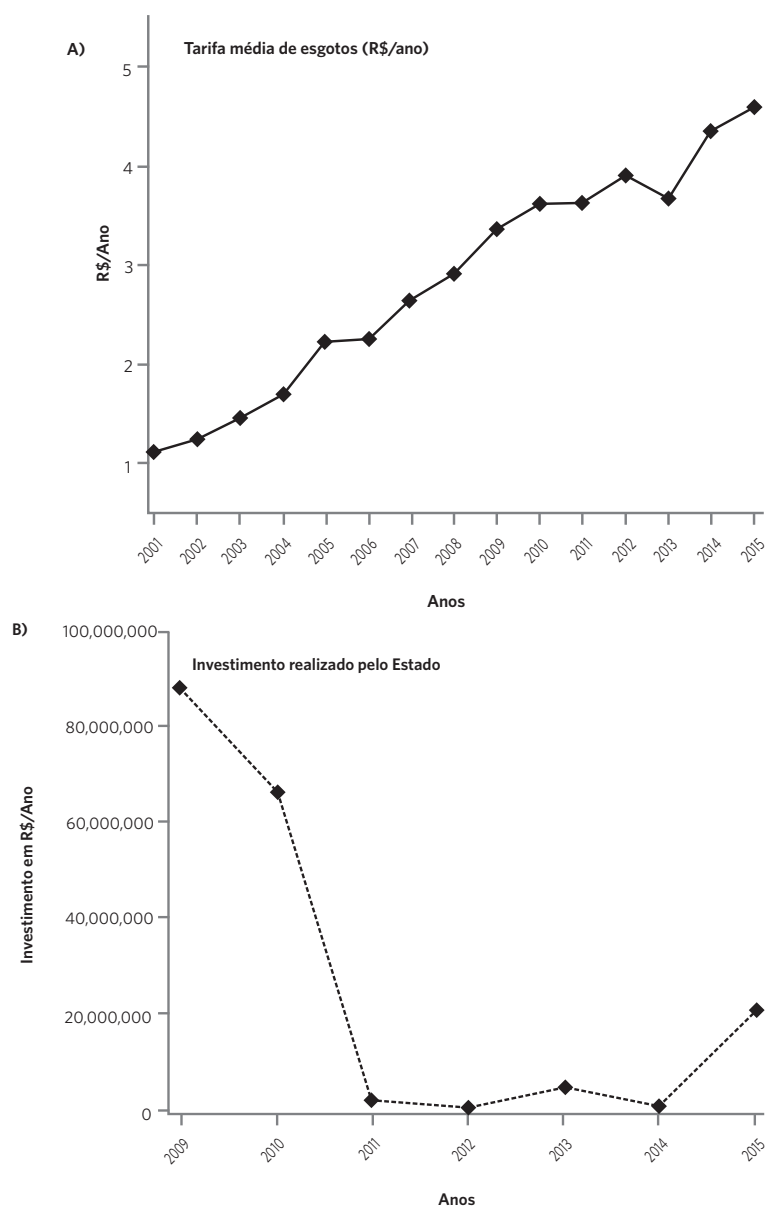
Gráfico 2. Dados referentes ao índice de coleta, tratamento de esgoto e esgoto tratado referida à água consumida na cidade do Rio de Janeiro, de 2001 a 2015^{12,38}



Os dados sobre a tarifa média de esgotos passaram a ser informados no SNIS a partir de 2001. No gráfico 3, pode ser visualizado o valor médio da tarifa (gráfico 3(a)) e o investimento (R\$/ano) (gráfico 3(b)) em ES na CRJ. Percebe-se que o valor imbuído na coleta e no tratamento dos esgotos vem aumentando,

o que não está refletido na qualidade e na amplificação do serviço, fato verificado pela diminuição de cerca de R\$ 70 milhões/ano em investimento pelo estado, em seis anos (2009-2015). No ano de início (2001), o valor médio estava em R\$ 1,13 e até o ano de 2015, chegou a R\$ 4,59.

Gráfico 3. Dados do SNIS em relação à tarifa e investimento em Esgotamento Sanitário na cidade do Rio de Janeiro. a) tarifa média de esgotos (R\$/ano) de 2001 a 2015. b) investimento pelo Estado (R\$/ano) de 2009 a 2015^{12,38}



Kazmi e Furumai⁴² desenvolveram uma estimativa de custo, de acordo com o tipo de tratamento empregado nas ETE e pelo porte econômico de uma cidade. De acordo com os autores, para a CRJ, detentora de uma economia industrial, seria necessário investir de US\$ 100 a US\$ 150 (por pessoa/ano, ao nível de tratamento terciário). Como já foi dito, de acordo com o IBGE (2016), a CRJ concentra, atualmente, cerca de 6,5 milhões de habitantes. Com dois cálculos, tem-se a tarifa média adequada para a realidade carioca: US\$ 6,5 mil x US\$ 100 = US\$ 650 mil, o que, convertidos para reais, resultariam em R\$ 2.151.110,00, no câmbio do dia 10/11/2017. Os custos por pessoa, em um ano, seriam de R\$ 331,99, para um valor mensal de R\$ 27,66. Se chegasse a US\$ 150, o custo seria de US\$ 6,5 mil x US\$ 150 = US\$ 975 mil, o que, em reais, daria um total de R\$ 3.226.665,00. Por pessoa, ao ano, isso totalizaria R\$ 480, ou R\$ 41,5/mês.

Há uma defasagem considerável na cobrança da tarifa de esgotos e no investimento. Como resultado disso, existe um grande sucateamento dos serviços de ES na CRJ. Faz-se necessária uma modificação nos métodos de tratamento empregados nas ETE da localidade. A ETE Barra da Tijuca executa apenas os tratamentos preliminares e primários. Os demais resíduos são direcionados, praticamente *in natura*, para o emissário submarino do bairro⁹.

Em cidades como o Rio de Janeiro (RJ), com 6,5 milhões de habitantes, a descentralização dos serviços de tratamento de esgotos é necessária. Foram observadas dificuldades em se conectar todas as residências nas redes coletoras, por fatores diversos, como a questão geomorfológica da CRJ e sua ocupação irregular.

Diante desses dados, observou-se a necessidade de sistemas abrangentes e simplificados de coleta e tratamento de esgotos. De acordo com o perfil econômico da CRJ, tais sistemas devem ser: (a) baratos, tanto em implantação quanto em operação; (b) facilmente operados, com o uso de uma mão de obra técnica; (c) de mecanização mínima; e (d) sustentáveis (autossuficientes em energia, com pouca troca

de peças e equipamentos de fácil reposição)⁴³.

Outra opção sustentável seria o reuso da água proveniente do tratamento. O estado do Rio de Janeiro possui duas legislações vigentes, que apoiam a iniciativa: a Lei nº 7.424/16 e a Lei nº 7.599/17. A primeira destaca a utilização na agricultura, na irrigação de áreas verdes (parques, jardins, áreas turísticas), na lavagem de veículos públicos, pátios, pisos e logradouros, entre outras⁴⁴. A segunda lei abarca a obrigatoriedade do uso dessas águas pelas indústrias que estejam em território fluminense, a instalar equipamentos que tratem suas águas, para que sejam reutilizadas⁴⁵.

Evidenciou-se, também, que o estado precisa promover campanhas permanentes de esclarecimento e conscientização, a fim de estimular e apoiar o reuso de água não potável para todas as finalidades descritas nas leis. Entretanto, observou-se certo conservadorismo por parte da população nessa utilização, por falta de conhecimento dos processos que envolvem o tratamento dos esgotos capazes de gerar tais águas.

Conclusões

A análise dos planos da CRJ, com medidas para esgotamento, demonstrou que muito se planejou para que o serviço fosse ampliado. Porém, pouco foi executado ao longo de 24 anos. Investimentos foram realizados em ES, conforme demonstrado neste artigo. Entretanto, dada a defasagem da cobertura, da coleta e do tratamento, evidenciou-se que o montante aplicado não foi suficiente.

Projetos como o Favela-Bairro e o PAC detinham verbas para melhorar a infraestrutura do ES em diversos aglomerados subnormais da CRJ, fato este que não alcançou 40% de execução.

Construções como a ETE Alegria revelam o abismo da incapacidade e/ou a falta de comprometimento dos gestores públicos para executar obras que beneficiariam comunidades suscetíveis a diversos fatores ambientais e sociais, e que melhorariam as condições da

qualidade da água dos cursos d'água da CRJ e da saúde de sua população.

Os dados presentes no SNIS corroboraram a situação encontrada: a falta de coleta e tratamento de esgotos afetou não só a saúde ambiental, como também a humana, principalmente nas comunidades mais carentes de infraestrutura, onde os esgotos são descartados incorretamente. Tais dados, juntamente com as informações dos planos, mostram uma grande discrepância em termos de coleta e tratamento. Apesar de todo o investimento dos planos para a CRJ, a população descoberta fica em mais de 1 milhão. Além disto, o valor arrecadado com o esgoto não condiz com o investido, ficando evidente a falta de gestão no serviço.

A visão de futuro para a CRJ é tempestuosa, apesar de ela ter sido palco recente de dois grandes eventos mundiais. Incentivos e motivos para investimentos em diversos setores da localidade não faltaram. Então, as questões que permanecem são: o que esperar para o ano de 2035? Alcançar-se-ão as metas previstas para a despoluição das baías? Medidas sustentáveis serão aplicadas no esgotamento? Serão universalizados a coleta e o tratamento dos esgotos?

Conclui-se, então, que não há critérios presentes nos planos que demonstrem opções sustentáveis para o ES da CRJ.

Colaboradores

Toledo GA (0000-0002-0842-6108)* participou substancialmente da concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. Cohen SC (0000-0001-6228-6583)* participou significativamente da concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. Kligerman DC (0000-0002-7455-7931)* participou significativamente da concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. Saggiaro EM (0000-0000-2570-2013)* participou significativamente da concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, da revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organizações das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável; Nova York, 2015. [acesso em 2017 ago 5]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.
2. Dias AP. Análise da interconexão dos sistemas de esgotos sanitário e pluvial da Cidade do Rio de Janeiro: valorização das coleções hídricas sob perspectiva sistêmica [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003. 244 p.
3. Moraes LRS, Borja PC. Revisitando o conceito de saneamento básico no Brasil e em Portugal. Revista do Instituto Politécnico da Bahia. 2014; p. 5-11.
4. Oliveira G. O Óbvio e o efetivo. In: Bei, organizadora. Arquitetura do Futuro – Cidades Resilientes: Respostas Imediatas em Situações de Crise. São Paulo: BEI; 2015. p. 110.
5. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional, Secretaria Nacional do Saneamento. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS): série histórica. [acesso em 2019 abr 5]. Disponível em: <http://app4.cidades.gov.br/serieHistorica/>.
6. Universidade Estadual de Campinas. A Importância do Tratamento de Esgotos Sanitários. Campinas: Biblioteca didática de tecnologias ambientais: módulo saneamento ambiental. [acesso em 2017 jul 25]. Disponível em: <http://www.fec.unicamp.br/~bdta/esgoto/importancia.html>.
7. Organização Pan-americana da Saúde. OMS: 2,1 bilhões de pessoas não têm água potável em casa e mais do dobro não dispõem de saneamento seguro. [acesso em 2017 ago 12]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5458:oms-2-1-bilhoes-de-pessoas-nao-tem-agua-potavel-em-casa-e-mais-do-dobro-nao-dispoem-de-saneamento-seguro&Itemid=839.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [acesso em 2017 jul 25]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
9. Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro. Estações de tratamento de esgotos. [acesso em 2016 nov 30]. Disponível em: <https://www.cedae.com.br/conheca centros>.
10. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal. Plano Diretor decenal da Cidade. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Urbanismo, 1993.
11. Leme MCS. A formação do pensamento urbanístico no Brasil: 1895-1965. In: Leme MCS, Fernandes A, Gomes MAF, organizadores. Urbanismo no Brasil 1895-1965. São Paulo: Studio Nobel/FAU USP/FUPAM; 1999. p. 20-39.
12. Toledo GA. Cidade do Rio de Janeiro sustentável? Análise da evolução do planejamento para o esgotamento sanitário [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. 98 p.
13. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal. Plano estratégico da Cidade do Rio de Janeiro: Rio sempre Rio. Rio de Janeiro, 1996.
14. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal. Relatório da Cidade 2: Plano estratégico da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1996.
15. Sociedade Médico Hospitalar. Catálogo das intervenções da política habitacional na Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SMH; 1998.
16. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal. Favela-Bairro: Monitoramento e avaliação. Rio de Janeiro, 2005.
17. Guanais FC, Fisher T. Entre planos, projetos e estratégias: o caso Rio Sempre Rio. Revista O&S. 1999; 6(14):39-63.

18. Oliveira MP. Projeto Rio Cidade: intervenção urbanística, planejamento urbano e restrição à cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2008 [acesso em 2017 jun 10]; 270(117). Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-270/sn-270-117.htm>.
19. Rio de Janeiro. Governo do Estado. Programa Guanabara limpa. [acesso em 2017 jul 25]. Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/informacaopublica/exibeconteudo?article-id=1041469>.
20. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Degradação da Baía de Guanabara: 2005. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: http://www.tcm.rj.gov.br/WEB/Site/Noticia_Detalhe.aspx?noticia=1749&detalhada=2&downloads=0.
21. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Programa de despoluição se estende por quatro governos: 2005. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: http://www.tcm.rj.gov.br/WEB/Site/Noticia_Detalhe.aspx?noticia=1753&detalhada=2&downloads=0.
22. Britto AL. Implantação de infraestrutura de saneamento na região metropolitana do Rio de Janeiro: uma avaliação das ações do Programa de Despoluição da Baía de Guanabara. Rev. Bras. de Estudos Urbanos e Regionais. 2003; 5(1):63-77.
23. Vieira MV. O programa de despoluição da Baía de Guanabara. Entraves institucionais e impactos territoriais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009. 87 p.
24. Scheeffler M. Avaliação do controle industrial do programa de despoluição da Baía de Guanabara [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. 178 p.
25. Rio de Janeiro. Governo do Estado. Secretaria do ambiente reforça saneamento na Baía de Guanabara: 2013. [acesso em 2017 fev 1]. Disponível em: www.rj.gov.br/web/sea/exibeconteudo?article-id=1867028.
26. Rio de Janeiro. Governo do Estado. Programa de Saneamento Ambiental dos Municípios do entorno da Baía de Guanabara (PSAM). [acesso em 2017 jul 30]. Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/sea/exibeconteudo?article-id=2908480>.
27. Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro. Programa de Despoluição da Baía de Guanabara (PDBG). [acesso em 2017 jul 25]. Disponível em: [http://www.cedae.com.br/Portals/0/Site%20PDBG%20-%20Abril-17%20-%20Apresentação%20PDBG%20\(2\).pdf](http://www.cedae.com.br/Portals/0/Site%20PDBG%20-%20Abril-17%20-%20Apresentação%20PDBG%20(2).pdf).
28. Costa MAM. Da lama ao caos: um estuário chamado Baía de Guanabara. Cad. Metrop. São Paulo. 2015; 17(33):15-39.
29. Brasil. Ministério do Planejamento. Programa de Aceleração do Crescimento. Brasília, DF; 2007. [acesso em 2017 jun 5]. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/sobre-o-pac>.
30. Brasil. Ministério do Planejamento. Infraestrutura social e urbana: saneamento Rio de Janeiro. [acesso em 2018 set 29]. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/saneamento/rj>.
31. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal. Planos Estratégicos da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009-2012. [acesso em 2016 out 5]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6616925/4178940/planejamento_estrategico_site_01.pdf.
32. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal. Plano Diretor da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Urbanismo, 2012. [acesso em 2017 ago 10]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smu/plano-diretor1>.
33. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal. Planos Estratégicos da Prefeitura do Rio de Janeiro 2013-2016. [acesso em 2016 out 6]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2116763/4104304/plane>

- jamento_estrategico_1316.pdf.
34. Brasil. Ministério Público Federal. MPF/RJ recomenda à Ceda e às Secretarias de Meio Ambiente aplicação de técnicas adequadas na despoluição de rios. [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/noticias-rj/mpf-rj-recomenda-a-cedae-e-as-secretarias-de-meio-ambiente-maiores-cauteladas-quanto-as-tecnicas-utilizadas-para-a-despoluicao-de-rios>.
 35. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal. O Rio do Amanhã: Projeto Visão Rio 500 e planejamento 2017-2020. [acesso em 2016 out 30]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4108948/4171016/Visao-Rio500.pdf>.
 36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. [acesso em 2017 ago 3]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9663-censo-demografico-2000.html?edicao=9771&t=sobre>.
 37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados da cidade do Rio de Janeiro. 2016. [acesso em 2016 out 14]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330455>.
 38. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional, Secretaria Nacional do Saneamento. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS): série histórica. [acesso em 2017 jul 1]. Disponível em: <http://app.cidades.gov.br/serieHistorica/>.
 39. Rio de Janeiro. Instituto Estadual do Ambiente. Gestão e qualidade das águas. [acesso em 2017 out 30]. Disponível em: <http://www.inea.rj.gov.br/Portal/MegaDropDown/Monitoramento/Gestao-Qualidade-Agua/index.htm&lang==>.
 40. Brasil. Ministério Público Federal. Os Compromissos Olímpicos e o Legado para o Saneamento Ambiental da Cidade e da Baía de Guanabara. [acesso em 2017 out 12]. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr4/dados-da-atuacao/projetos/qualidade-da-agua/boletim-das-aguas/artigos-cientificos/os-compromissos-olimpicos-e-o-legado-para-o-saneamento-ambiental-da-cidade-e-da-baia-da-guanabara-2/view>.
 41. Cidades sustentáveis. Despoluição do Rio Tâmis. [acesso em 2017 dez 1]. Disponível em: <http://www.cidadessustentaveis.org.br/boas-praticas/despoluicao-do-rio-tamisa>.
 42. Kazmi A, Furumai H. Sustainable urban wastewater management and reuse in Asia. *International Review for Environmental Strategies*. 2005; 5(2):425-448.
 43. Chernicharo CAL. Princípios do tratamento biológico de águas residuárias: reatores anaeróbios. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2016.
 44. Rio de Janeiro. Governo do Estado. Lei nº 7424/16. [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/379240994/lei-7424-16-rio-de-janeiro-rj>.
 45. Rio de Janeiro. Governo do Estado. Lei nº 7599/17. [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/462625216/lei-7599-17-rio-de-janeiro-rj>.

Recebido em 15/04/2019
Aprovado em 21/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Bacias hidrográficas transfronteiriças: saneamento e saúde ambiental sem fronteiras

Transboundary river basins: sanitation and environmental health without borders

Maurício Pinto da Silva¹, Rafaela Facchetti Assumpção², Débora Cynamon Kligerman²

DOI: 10.1590/0103-1104202012418

RESUMO A interconexão de temas como ambiente, saúde e saneamento está cada vez mais central na sociedade. As preocupações decorrem da forma irresponsável das relações humanas estabelecidas com o ambiente, caracterizadas pelo modo desmedido e inconsequente do uso dos bens da natureza. Tal conduta tem tido impactos ambientais imprevisíveis, que, na maioria das vezes, extrapolam as fronteiras entre Estados nacionais. Nesse contexto, as bacias hidrográficas transfronteiriças caracterizam-se por compreenderem dois ou mais Estados, constituindo-se uma área delimitada para o planejamento, a gestão, a cooperação no campo do saneamento. O estudo teve por objetivo suscitar o debate sobre temas como saneamento e a saúde ambiental em bacias hidrográficas transfronteiriças. Em termos metodológicos, elegeram-se a revisão bibliográfica e o estudo documental, tendo como objeto de análise o Tratado Brasil-Uruguai da Bacia Hidrográfica Mirim-São Gonçalo. Os resultados apontam para a necessidade de ampliação do conhecimento sobre os instrumentos de gestão em bacias hidrográficas transfronteiriças. A articulação sociopolítica institucional entre os atores deve ser intensificada, com ênfase em uma abrangência transfronteiriça, permitindo a adoção de planos de bacia integrados, bem como de estratégias de ação em diferentes demandas, dirimindo conflitos e gerando um cenário de reciprocidade, valorização da cidadania e sustentabilidade ambiental.

PALAVRAS-CHAVE Recursos hídricos. Áreas de fronteira. Cooperação internacional. Saneamento. Saúde ambiental

ABSTRACT *The interconnection of themes such as environment, health and sanitation are increasingly central to society. The concerns arise from the irresponsible form of human relations established with the environment, characterized by the excessive and inconsequential way of using the goods of nature. Such conduct has had unpredictable environmental impacts, which, in most cases, go beyond the borders between national states. In this context, transboundary river basins are characterized by comprising two or more States, constituting a defined area for planning, management, cooperation in the field of sanitation. The study aimed to raise the debate on topics such as sanitation and environmental health in transboundary watersheds. In methodological terms, the bibliographic review and the documentary study were chosen, having as object of analysis the Brazil-Uruguay Treaty of the Mirim-São Gonçalo Hydrographic Basin. The results point to the need to expand knowledge about management instruments in transboundary watersheds. The institutional socio-political articulation between the actors must be intensified, with an emphasis on cross-border coverage, allowing the adoption of integrated basin plans, as well as action strategies in different demands, settling conflicts and generating a scenario of reciprocity, appreciation of citizenship and environmental sustainability.*

KEYWORDS *Water resources. Borders areas. International cooperation. Sanitation. Environmental health.*

¹Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) - Pelotas (RS), Brasil.
mauriciomercosul@gmail.com

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



Introdução

Os temas relacionados com o meio ambiente e com a saúde tornam-se cada vez mais centrais para cientistas de diversas áreas e para segmentos da sociedade, comprometidos com a sustentabilidade da vida no planeta. Estas preocupações decorrem da forma irresponsável das relações estabelecidas com o meio ambiente, caracterizadas pelo modo desmedido e inconsequente do uso dos bens naturais. Tal conduta provoca impactos ambientais imprevisíveis, que, na maioria das vezes, extrapolam as fronteiras entre os Estados nacionais.

Assim, de forma incipiente, surge entre os pioneiros da questão ambiental a preocupação referente às implicações das atividades produtivas sobre os seres vivos e o meio ambiente, este último compreendido pela qualidade do ar, do solo, das águas e pela conservação da natureza. Na Alemanha, por exemplo, a questão premente na década de 1920 era com a contaminação atmosférica no Vale do Reno e seu impacto sobre florestas; no Japão dos anos 1950, os efeitos do envenenamento por mercúrio em Minamat, por cádmio em Toyama e dióxido sulfúrico em Yokkaichi¹.

Nesse sentido, os efeitos ambientais transfronteiriços e globais ganham visibilidade com a publicação do livro *The Silent Spring*, de Rachel Carson (1962), juntamente com as novas descobertas científicas gerando ameaças decorrentes da degradação ambiental, relacionadas com a saúde humana, tais como: radiação, resíduos tóxicos de metais pesados, hidrocarbonetos clorinados na água e emissões atmosféricas, que passam a ter expressividade nos debates da comunidade internacional. O rio Reno é emblemático, pois

[...] os problemas dos rios internacionais não são sempre semelhantes. Em primeiro lugar, isto resulta do traço das fronteiras e do rio. A fronteira pode ser perpendicular ao curso, com um país à jusante e um país à montante; ela pode seguir o curso do rio, com uma margem em um país e outra no outro. Pode existir uma

combinação dessas duas configurações – o rio Paraguai é em primeiro lugar um rio fronteira entre Brasil e Bolívia, depois entre o Brasil e o Paraguai; adentra no Paraguai e também serve de fronteira entre o Paraguai e a Argentina. Depois da confluência com o Paraná, entra na Argentina. O caso do Reno é semelhante, porém mais complicado: ele tem um traço suíço, pois serve de fronteira entre Alemanha e Suíça, mas com incursões no território deste último. Ele serve depois de fronteira entre Alemanha e França; entra na Alemanha e, em seguida, na Holanda²⁽⁴⁷⁾.

Nesse contexto, o processo de globalização, por exemplo, produz uma série de paradoxos. A industrialização e a urbanização nos países denominados emergentes desequilibram e alteram profundamente as relações entre sociedade e natureza, demandando ações pragmáticas em relação às políticas públicas, à gestão e ao planejamento em áreas como saúde e saneamento, especialmente em bacias hidrográficas transfronteiriças. Os desafios a serem enfrentados permeiam toda a organização social, desde a produção, a distribuição e o consumo de bens e serviços até as formas de estruturação do Estado e suas políticas públicas relativas ao meio ambiente, à saúde e ao saneamento.

De acordo com levantamento da Unesco, há, no mundo, 263 bacias hidrográficas com corpos d'água transfronteiriços inseridos em 145 países.

Trinta e três Estados encontram-se totalmente inseridos em bacias hidrográficas transfronteiriças ou possuem mais de 90% de seu território contido em áreas de drenagem de rios compartilhados com outros países³⁽²²⁾.

Na América do Sul, com hidrografia de águas abundantes, há 37 bacias hidrográficas com recursos hídricos contínuos ou contíguos, e todos os 13 países da região compartilham algum corpo hídrico. “O território do Paraguai, por exemplo, encontra-se totalmente dentro de uma bacia com rios transfronteiriços”³⁽²²⁾.

O Brasil possui grandes bacias como a Amazônica (Peru, Colômbia, Venezuela, Equador, Bolívia e Guiana) e do Prata (Bolívia, Paraguai, Paraná e Uruguai), além de duas pequenas bacias nas quais se encontram rios-símbolo dos limites do Brasil – o Oiapoque e o Arroio Chuí – respectivamente nas bacias Costeiras do Norte (no Amapá, fronteira com a Guiana Francesa) e na bacia da Lagoa Mirim-São Gonçalo delimitando as divisas com o Uruguai³.

Dentre as principais ações de abrangência internacional em que o Brasil é protagonista, destaca-se a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), no qual o potencial hídrico é compartilhado pelos países da Bacia Amazônica, e as ações de cooperação são frequentes e necessárias. Além do OTCA, há a participação na Convenção sobre as Zonas Úmidas de Importância Internacional Especialmente Enquanto Habitat de Aves Aquáticas, também conhecida como convenção de Ramsar, que tem por objetivo a proteção e manejo sustentável de áreas úmidas.

As fronteiras do Prata, que compreendem cinco países sul-americanos – Argentina, Bolívia, Brasil, Paraguai e Uruguai –, foi uma região de disputas territoriais seculares, no entanto, os grandes rios prevaleceram na demarcação dos limites internacionais. Assim, a gestão das águas fronteiriças e transfronteiriças, por exemplo, tornam-se cada vez mais desafiadora para os diferentes países.

Destarte, o presente estudo busca suscitar o debate acerca das bacias hidrográficas transfronteiriças e sua relação com os desafios ao saneamento sem fronteiras. O recorte territorial de bacia hidrográfica para o Brasil, um país com dimensões continentais, implica enormes esforços no campo diplomático, econômico e social. Esse espaço singular é materializado em 15.719 km, área correspondente a cerca de 27% do território nacional, aproximadamente 10 milhões de habitantes e 588 municípios³.

De forma complementar, o estudo tem como objeto de análise o Tratado

Brasil-Uruguai da Bacia Hidrográfica Mirim-São Gonçalo, localizada nos limites internacionais entre o Brasil e o Uruguai, considerada transfronteiriça, com regime de águas compartilhadas (Tratado de Limites de 1909 e Tratado da Lagoa Mirim de 1977), declarada pela Unesco como Reserva da Biosfera.

Metodologia

Em termos metodológicos, o presente artigo é baseado em uma pesquisa exploratória devido à investigação sobre o tema saneamento e saúde em áreas fronteiriças e transfronteiriças, tendo como métodos a revisão bibliográfica e o estudo documental. A revisão bibliográfica possibilitou o aprofundamento de conceitos, como: saneamento, saúde ambiental, fronteira e bacias hidrográficas transfronteiriças.

Esta análise complementou, de certa forma, os ensaios conceituais trazidos no artigo, caracterizando, assim, uma abordagem qualitativa em saúde. Nesse sentido,

[...] além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias⁴⁽⁵⁷⁾.

Em um segundo momento, a pesquisa documental possibilitou melhor análise do Tratado Brasil-Uruguai da Bacia Hidrográfica Mirim-São Gonçalo, localizada na fronteira entre os dois países. A referência metodológica em saúde utilizada indica um debate qualitativo na área da saúde, tanto no campo teórico quanto no campo metodológico, sendo recomendável em estudos da

[...] história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam⁴⁽⁵⁷⁾.

Fronteira e bacia hidrográfica: duas faces de uma mesma moeda?

Os limites (a fronteira) se constituíram como resultado da divisão de terras férteis (primitiva fase egípcia). Datados do século XIII A.C., como por exemplo, o Tratado Egípcio-Hitita de Aliança (assinado por Ramsés II e Hattussil) não mencionava limites⁵⁽²⁰⁾.

Foi por volta do século III D.C. que a fixação de limites foi caracterizada como uma estratégia. A ideia de obstáculo natural surgiu com a expansão do império romano (os rios Reno e Danúbio) e as divisões lindeiras da Idade Média (a França era limitada por quatro rios).

Há uma variedade de conceitos e definições inserida no termo ‘fronteira’ que varia de acordo com os Estados Nacionais. A fronteira, em uma perspectiva política, aparece com o surgimento do Estado absoluto, ao agregar elementos como povo e nação, aparecendo também seu elemento valorativo, ou seja, a jurisdição, tendo sua base de atuação delimitada pelas fronteiras. Nesse sentido, entre as principais caracterizações para a fronteira, encontram-se afirmações, como: lacunas de um país para outro; áreas complicadas de viver, convívio social praticamente inexistente ou baixa densidade de relações sociais.

A concepção de fronteira está nitidamente associada às disputas territoriais, controle pelo Estado, perda da liberdade de ir e vir e também às guerras. A fronteira traz em seu bojo uma diversidade de sentidos e aponta para os significados construídos em distintas realidades históricas. Em uma visão mais crítica, é concebida não somente como um fato geográfico ou uma representação cartográfica, mas um fato histórico e de relacionamentos sociais.

Autores clássicos da geografia política como Friedrich Ratzel (1890) vincularam o conceito de fronteira ao de Estado, sendo

a fronteira entendida como princípio para a expansão e crescimento dos Estados; Frederick Jackson Turner (1893) tomou a fronteira como elemento central de sua análise interpretativa da história norte-americana. Nesse período, comumente pensava-se a fronteira utilizando a noção de soberania, com enfoque na sua dimensão expansionista.

É importante destacar que esse ideário busca definir o patrimônio do Estado, em que a soberania é legítima e para onde os investimentos devem ser direcionados, entretanto, essas delimitações não são absolutas nem são capazes de impedir as interações sociais, culturais, os fenômenos naturais, as práticas religiosas e, especialmente, a propagação de epidemias, advindas, muitas vezes da inexistência e ou fragilidade do sistema de saúde e da infraestrutura de saneamento instalada nessas áreas.

Nesse sentido,

[...] as origens políticas do conceito de fronteira estão associadas à própria formação dos Estados-nacionais, que no processo de consolidação tiveram, e ainda tem de demarcar claramente linhas divisórias, visto implicar da ordem, da norma e do poder instituído⁵⁽²⁹⁾.

O termo fronteira

[...] implica, historicamente, aquilo que sua etimologia sugere - o que está na frente. A origem histórica da palavra mostra que seu uso não está associado a nenhum conceito legal e que não é um conceito essencialmente político ou intelectual. Nasceu como um fenômeno da vida social espontânea, indicando a margem do mundo habitado⁶⁽⁴¹⁾.

“É bastante comum considerar os termos fronteira e limite como sinônimos. Existem, contudo, diferenças essenciais entre eles e que escapam ao senso comum”⁷⁽⁴¹⁾. As fronteiras, em geral, nascem como áreas periféricas, engendram desigualdades, portanto, como lugar;

a fronteira é o envoltório de um conjunto de instituição, práticas, sujeitos e modos de vida que se dão de forma particular naquele lugar, e não em outro.

As fronteiras estão presentes no imaginário social como limite, aparecendo como naturalizadas. Entretanto, elas são mais do que isso, pois ao mesmo tempo em que impedem, permitem a passagem⁸⁽⁶⁹⁾.

“A fronteira tem sua orientação para fora (exterior) e limite é uma linha de separação definida”⁹⁽⁶⁹⁾. O limite pode ser compreendido como “a linha onde começa a soberania de um Estado e termina a de outro”¹⁰⁽¹³⁻¹⁴⁾. É a linha que circunscreve o território do Estado. Como limite é uma linha, consequentemente só tem uma dimensão que é o seu comprimento. As fronteiras também podem ser denominadas como

[...] amplas franjas territoriais de um lado e de outro das linhas de demarcação geográficas políticas, na qual convivem populações com particularidades próprias que as diferenciam de outras partes dos territórios nacionais¹¹⁽⁶⁰⁾.

Historicamente, os países aplicaram regulações específicas para suas áreas de fronteira, geralmente qualificadas como “zonas” ou “faixas de segurança”¹²⁽¹⁷⁴⁾, cujos critérios inibiram e restringiram a implementação de projetos de integração. No Brasil, não foi diferente, a fronteira foi concebida como área de segurança nacional a ser protegida de inimigos e invasões. Assim, é importante destacar que

[...] as linhas geopolíticas delimitam, na verdade, as ações governamentais, o planejamento e a manutenção dos serviços públicos, mas, não separam os valores culturais, os laços familiares, as trocas de experiências, nem impedem as práticas ilegais, nem as epidemias e nem as vulnerabilidades sociais¹³⁽⁹¹⁾.

Nesse contexto,

[...] a territorialidade, além de incorporar uma dimensão estritamente política, diz respeito também às relações econômicas e culturais, pois está intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar¹⁴⁽⁰³⁾.

No rastro desse raciocínio, o território não se resume a uma variável estratégica político-militar em uma perspectiva geopolítica. O caráter transnacional dos desafios ambientais significa dizer que nenhum país está imune as suas consequências, ainda quando não tenha um papel protagonista na gênese destes, como, por exemplo, as mudanças climáticas, as condições hídricas e de saneamento.

Dessa forma,

[a] água ignora barreiras políticas, invade a classificação institucional e escapa às generalidades legais. Diante disso, as questões relacionadas a uma bacia transfronteiriça internacional devem ser analisadas por suas especificidades e por sua complexidade¹⁵⁽³⁰⁾.

A bacia hidrográfica pode ser definida como uma unidade geográfica utilizada para os estudos sobre ciclo hidrológico e definida como

[...] uma área de captação da água de precipitação, demarcada por divisores topográficos, onde toda água captada converge para um único ponto de saída, o exutório. A bacia hidrográfica é um sistema físico onde podemos quantificar o ciclo de água¹⁵⁽¹¹⁶⁾.

Nesse campo internacional, destaca

[...] a Convenção de Helsinque de 1992 inova ao aceitar o conceito de bacia hidrográfica (art. 2º, §6º¹⁶) e acolhe em seu texto os princípios da responsabilidade comum, porém diferenciada; da precaução; do poluidor pagador; e da responsabilidade intergeracional (art. 2º, § 5º). O texto da Convenção também traz medidas

concretas de prevenção, controle e redução do impacto transfronteiriço (art. 3º)¹⁵⁽³⁹⁾.

O conceito de bacia hidrográfica foi introduzido pelo Direito Internacional Público e consagrado no primeiro texto multilateral pela Convenção e Estatutos Relativos ao Desenvolvimento da Bacia do Chade assinada em Fort Many (Ndjamena) em 1964.

Nesse particular, destaca-se que:

Em 2000, o conceito de bacia hidrográfica foi incluído na Diretiva 2000/60 da Comunidade Européia: 'a área terrestre a partir da qual todas as águas fluem, através de uma sequência de rios, rios e eventualmente lagos para o mar, desembocando numa única foz, estuário ou delta' (art. 2º, nº 13). Neste caso, a Diretiva não se limita à bacia como unidade de gestão das águas. Cria uma entidade maior: a 'região hidrográfica', definida como 'a área de terra e de mar constituída por uma ou mais bacias hidrográficas vizinhas e pelas águas subterrâneas e costeiras que lhes estão associadas, definida nos termos do nº 1 do artigo 3º¹⁹ como a principal unidade para a gestão das bacias hidrográficas' (art. 2º, nº 15)¹⁵⁽⁴⁰⁾.

Ainda no campo internacional, em 2004, o conceito de bacia hidrográfica é acolhido pela Conferência de Berlim, destacando-se os objetivos comuns de uma bacia hidrográfica internacional, sendo

[...] considerados em razão dos recursos naturais compartilhados, no caso específico a água superficial (rios e todas as fontes de água doce, como lagos, lençóis freáticos, águas de geleiras) e até da água subterrânea, cabendo no polêmico conceito de bacia hidrográfica integrada¹⁵⁽⁴⁰⁾.

O conceito de bacia hidrográfica tem sido cada vez mais estudado e utilizado como unidade de gestão e planejamento (Lei nº 9.433/97)¹⁶, assim, repensar um conceito ampliado de fronteira, de acordo com as novas configurações da geopolítica geradas pelo

fenômeno da globalização, implica definir a fronteira e a bacia hidrográfica em uma visão mais condizente com a realidade contemporânea, especialmente no que se refere a temas como saúde e saneamento.

A fronteira Brasil-Uruguai, a bacia hidrográfica e o saneamento sem fronteiras

Na perspectiva de um estudo hidrológico, o conceito de bacia hidrográfica envolve um conjunto de terras drenadas por um corpo d'água principal e seus afluentes e representa a unidade mais apropriada para o estudo qualitativo e quantitativo do recurso água, além de seus fluxos, sedimentos e nutrientes. A área de fronteira Brasil-Uruguai é formada por municípios de pequeno e médio porte e, na sua maioria, com a mesma vocação e problemas. Ela "tem uma extensão de 1.068,1 km e está perfeitamente 'demarcada' por marcos de fronteira"¹⁷⁽⁵⁵⁾.

Na fronteira em análise, as articulações estabelecidas entre seus habitantes abrangem vários aspectos e acordos que foram sendo firmados sem constrangimentos entre seus habitantes e, principalmente, por meio das instituições que transformaram o espaço territorial em uma fronteira aberta. A Bacia Hidrográfica Mirim-São Gonçalo, localizada nos limites internacionais e considerada transfronteiriça, com regime de águas compartilhadas (Tratado de Limites de 1909 e Tratado da Lagoa Mirim de 1977), constitui-se um importante bem ambiental para ambos os países. Sua abrangência abarca recursos hídricos em uma superfície (aproximada) de 62.250 km², sendo 29.250 km² (47%) no Brasil e 33.000 km² (53%) no Uruguai. Em toda a Bacia, a Lagoa Mirim é o principal corpo d'água, possuindo uma área aproximada de 3.750 Km², sendo 82% no Brasil e 18% no Uruguai, constituindo-se o terceiro lago em extensão da América do Sul.

Cabe destacar que as ações de ambos os países têm como norte os termos do Tratado

de Cooperação para o Aproveitamento dos Recursos Naturais; e o Desenvolvimento da Bacia da Lagoa Mirim – Decreto nº 81.351, de 17 de fevereiro de 1978 – prevê a estreita colaboração entre os países para promover o desenvolvimento integral da Bacia da Lagoa Mirim, localizada na fronteira entre os dois países. Nesse contexto, cabe destacar a diferenciação político-administrativa dos dois países ante o saneamento.

No Brasil, as atribuições relacionadas com meio ambiente e saneamento estão a cargo de instituições como o Ministério do Meio Ambiente; Agência Nacional das Águas; Ministério do Desenvolvimento Regional; secretarias estaduais de meio ambiente; comitês e agências de bacias; concessionárias públicas e privadas de saneamento, além de órgãos municipais de meio ambiente, limpeza urbana e ainda o Ministério da Saúde que atribui à Funasa o papel de promover a saúde pública e a inclusão social por meio de ações de saneamento e saúde ambiental, especialmente em municípios com menos de 50 mil habitantes.

No Uruguai, essas atribuições recaem sob o Ministério de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente; Dirección Nacional de Medio Ambiente; Dirección Nacional de Águas; Obras Sanitarias del Estado (OSE) e; os Departamentos.

O saneamento pode ser compreendido como o serviço que abrange as ações relacionadas com abastecimento de água, o esgotamento sanitário, a limpeza urbana e o manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas (Lei nº 11.445/07)¹⁷. Sua dimensão tem implicações diretas com outros fatores, como a questão cultural, ambiental, sanitária, estritamente ligados à saúde pública, dos direitos humanos, e é fundamental à sadia qualidade de vida.

É importante destacar que o Brasil é signatário da Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, adotada pela Resolução nº 41/128 da Assembleia Geral das Nações Unidas, 1986. Esta Declaração, segundo seu art. 1º, item 1, dispõe que o direito ao desenvolvimento é

um direito humano inalienável em virtude do qual toda pessoa humana e todos os povos estão habilitados a participar do desenvolvimento econômico, social, cultural e político, a ele contribuir e a dele desfrutar, no qual todos os direitos humanos e liberdades fundamentais possam ser plenamente realizados.

Ainda no bojo da Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, em seu art. 8º, destaca-se:

Os Estados devem tomar, a nível nacional, todas as medidas necessárias para a realização do direito ao desenvolvimento e devem assegurar, *inter alia*, igualdade de oportunidade para todos em seu acesso aos recursos básicos, educação, serviços de saúde, alimentação, habitação, emprego e distribuição equitativa de renda. Medidas efetivas devem ser tomadas para assegurar que as mulheres tenham um papel ativo no processo de desenvolvimento. Reformas econômicas e sociais apropriadas devem ser efetuadas com vistas à erradicação de todas as injustiças sociais¹⁹⁽⁰⁴⁾.

No plano internacional, três marcos abordam a temática do saneamento aprovados no âmbito da Organização das Nações Unidas. O primeiro refere-se aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, firmados pelo Brasil e outros 190 países, em setembro de 2000, prevendo, entre outras metas relacionadas com o saneamento básico, a redução em 50%, até 2015, da parcela da população sem acesso à água potável e ao esgotamento sanitário no ano de 1990.

O segundo destaque é a Resolução A/RES/64/292, da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 28 de julho de 2010, apoiada por 122 nações, com 41 abstenções e nenhum voto contrário, com forte suporte da diplomacia brasileira, e que trata dos direitos à água e ao esgotamento sanitário. Ainda no plano internacional, diversos documentos apontam para a necessidade do acesso à água limpa e segura e ao esgotamento sanitário adequado como um direito humano, essencial para o pleno gozo da vida e de outros direitos humanos.

Por fim, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Essa iniciativa dá origem ao documento ‘Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável’. A Agenda é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade. Entre os 17 ODS, destaca-se o de número 6 – água potável e saneamento –, que tem por objetivo assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos²⁰⁽¹⁸⁾.

Entre suas metas, estão, até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade; e até 2030, implementar a gestão integrada dos recursos hídricos em todos os níveis, inclusive via cooperação transfronteiriça, conforme apropriado²⁰⁽²⁵⁾. Nesse sentido, a Lei nº 9.433/97, que disciplina a Política Nacional de Recursos Hídricos, em seu art. 1º, I, dispõe que a água é um bem de domínio público.

No Uruguai, o serviço de distribuição de água e coleta de esgoto à população é um direito fundamental, segundo dispõe o art. 47 da Constituição. O controle de qualidade e administração dos serviços de águas e saneamento pertence ao Ministério dos Transportes e Obras Públicas (MTO), desde a criação do Código das Águas em 1978 – Lei nº 14.859. O Código das Águas foi regulamentado pelo Decreto nº 253/1979; e, em 1990, foi criado o Ministério da Habitação, Ordem Territorial e Meio Ambiente.

Quanto aos instrumentos de gestão, por exemplo, no Brasil, existem o Plano Nacional de Saneamento; os planos estaduais de recursos hídricos, bem como os planos de bacia hidrográfica e planos municipais de saneamento básico, com relações diretas com os desafios do saneamento.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabelece, em seu art. 21, ser competência da União elaborar e executar planos nacionais e

regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social e “instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos”²¹⁽²⁰⁻²¹⁾.

Complementando, a Lei nº 10.257/2001, em seu art. 2º, traz como diretriz da Política Urbana a garantia, entre outros, do direito ao saneamento e estabelece, também, a competência da União nas questões da Política Urbana. Em seu art. 3º, o saneamento básico está incluído no rol de atribuições de interesse da política urbana, e, nesse sentido, a elaboração do Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), cuja elaboração foi prevista na Lei nº 11.445/2007, que resultou em um processo planejado e coordenado.

Entre as características de formulação e elaboração do Plansab, encontram-se os princípios norteadores, sendo a universalização, a equidade, a integridade, a intersetorialidade, a sustentabilidade, a participação e controle social ou a democratização da gestão dos serviços e a matriz tecnológica.

No Uruguai, o recente Plano Nacional de Águas (2017) institui uma série de desafios quanto aos temas relacionados com o meio ambiente, a água e o saneamento. De acordo com o Plan Nacional de Águas

El agua es un derecho humano fundamental. Es esencial para la vida humana y para la de todas las especies que habitan el planeta, y un elemento clave en cada una de las actividades que se realizan en el. Es un recurso limitado y por esa razón necesita un tratamiento especial. Por ello el Estado tiene responsabilidades ineludibles en relación al agua: proteger su calidad, garantizar su cantidad y asegurar el acceso²²⁽⁰⁷⁾.

O sistema legislativo uruguaio de gestão, controle, fiscalização e regulação da Política de Saneamento Básico conflita com a privatização do serviço que, em 1999, na municipalidade de Maldonado, acarretou problemas sociais, motivando protestos contra a privatização do serviço.

Entre os objetivos do referido Plano, ganham destaque:

Garantizar a los habitantes el ejercicio de los derechos humanos fundamentales de acceso al agua potable y al saneamiento.

La primera prioridad para el uso del agua es el abastecimiento de agua potable a poblaciones y la prestación del servicio de agua potable y saneamiento deberá hacerse anteponiendo las razones de orden social a las de orden económico.

Disponer de agua en cantidad y calidad para el desarrollo social y económico del país y para la conservación de la biodiversidad y el funcionamiento de los ecosistemas mediante la gestión integrada y participativa.

Prevenir, mitigar y adaptarse a los efectos de eventos extremos y al cambio climático, com enfoque en la gestión de riesgo²²⁽¹⁰⁾.

A área de fronteira confinada a rígidos padrões de segurança nacional, materializados em legislação e políticas governamentais ao longo de décadas, contrapõe-se à necessária flexibilidade exigida pelas políticas de saúde e proteção ambiental. No Brasil, a temática transfronteiriça torna-se vital, quando se analisa que, além dos milhares de quilômetros de fronteiras terrestres e divisas com 10 outras nações, cerca de 60% do território nacional está inserido em bacias hidrográficas que se estendem pelos territórios de países vizinhos, e reúnem 83 rios fronteiriços ou transfronteiriços³. Assim, as decisões e implantação de projetos nessas áreas, sejam ambientais ou econômicos, são de âmbito ministerial.

Desse modo, torna-se importante

[...] refletir sobre a situação de municípios fronteiriços, assim como observar iniciativas de cooperação, contribui no MERCOSUL para análises específicas de repercussões da integração nos sistemas de saúde, e pode influir

na pauta de acordos e programas voltados para regiões fronteiriças, apoiar esforços de garantia de atenção integral e humanizada, e para o fortalecimento das políticas nacionais de saúde²³⁽²⁴⁹⁾.

O fluxo migratório em busca de atenção em saúde, por exemplo, tem gerado dificuldades para os gestores públicos municipais brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública. O reconhecimento dos problemas de saúde ambiental decorrentes da degradação e contaminação do meio ambiente requer, em muitos casos, soluções que ultrapassam as fronteiras dos Estados.

Considerações finais

O presente trabalho se constitui mais uma etapa importante das pesquisas sobre planejamento, gestão ambiental e saneamento em áreas de fronteira, especialmente na área de abrangência da Bacia Hidrográfica da Lagoa Mirim (Brasil-Uruguai). A referida pesquisa é um estudo inédito sobre saneamento em uma perspectiva transfronteiriça.

As pesquisas relacionadas com os temas meio ambiente, saúde e saneamento em áreas de fronteira, especialmente na área de abrangência da Bacia Hidrográfica Transfronteiriça da Lagoa Mirim, no extremo sul da América do Sul, necessitam ser intensificadas. Os fatores que permeiam as áreas supracitadas adquirem uma perspectiva própria por se contextualizarem em uma área de fronteira entre países, interessando, assim, pontuar a complexidade que se expressa no processo de construção das ações cooperadas entre os diferentes atores e instituições locais, regionais e nacionais.

Como evidenciado, a área de fronteira entre Brasil e Uruguai apresenta enorme proximidade em manifestações culturais, mas, por outro lado, cada localidade, ao longo da fronteira seca que ‘une’ e ‘separa’ o Brasil e o Uruguai, tem conformações distintas e

características próprias, de acordo com as suas especificidades.

Assim, os pressupostos da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade e da integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina exige dos planejadores e gestores públicos das áreas de saúde, meio ambiente e saneamento em áreas fronteiriças melhor articulação e implementação de ações e projetos sob as diversas peculiaridades político-administrativas. A identificação de atores envolvidos e a verificação dos termos da cooperação político-social e da possível coexistência de interesses diversos desafiam a matriz vigente das organizações públicas e privadas, ao problematizar a transfronteiricidade dos desafios da saúde ambiental e do saneamento.

Contudo, interessa evidenciar, neste momento, a ênfase que adquire a concepção de área ou região de fronteira, em detrimento de um enfoque restrito a uma concepção linear, característica da noção de limite ou divisão internacional. A transnacionalidade das questões sanitárias e ambientais de defesa e promoção do desenvolvimento sustentável evoluiu bastante, sobretudo nos últimos 20 anos, mas há um baixo nível de poder de implementação dessas normas e princípios em áreas de fronteira.

Nesse sentido, cabe destacar que a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, Rio+20, quando estabelece entre seus objetivos centrais o

debate e a proposição de soluções para a governança internacional em torno do desenvolvimento sustentável. O desenvolvimento de estratégias de cooperação transfronteiriça, que possibilitem a implementação de condições básicas de saneamento em áreas de fronteira, resultaria em crescimento econômico com justiça social, bem como um processo mais amplo do desenvolvimento sustentável nessas áreas. O uso da unidade bacia hidrográfica remete a um compromisso de abordagem interdisciplinar essencial para atingir o desenvolvimento sustentável.

A relação entre saneamento e saúde ambiental, principalmente nas áreas de fronteira, integra uma teia complexa de influências mútuas condicionadas por aspectos geográficos, econômicos, jurídicos, políticos e socioculturais, que se expressam nas inúmeras relações que a sociedade estabelece com os recursos naturais, de modo especial com a água, por exemplo, relações estas que necessitam ser mais bem exploradas, considerando a interface saúde/ambiente interligadas no processo de desenvolvimento transfronteiriço.

Colaboradores

Silva MPS (0000-0002-1178-132X)*, Assumpção RF (0000-0001-8257-3950)*, Kligerman DC (0000-0002-7455-7931)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Silva MP. Governança Territorial em áreas de fronteira: um estudo sobre as políticas de saúde e meio ambiente em Santana do Livramento (Brasil) e Rivera (Uruguai). [tese]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2016. p. 152.
2. Claval P. O papel dos rios internacionais no diálogo regional: os casos do Reno e do Saint-Laurent. In: A Nuñez, Padoin MM, Oliveira TCM, organizadores. Dilemas e diálogos platinos. Dourados: UFGD; 2010. p. 39-58.
3. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República Federativa do Brasil. Água e Desenvolvimento Sustentável - Recursos Hídricos Fronteiriços e Transfronteiriços do Brasil. Brasília, DF, 2013. [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/Publica%C3%A7%C3%A3o-%C3%A1gua_SAE.pdf.
4. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
5. Coelho PMP. Fronteiras na Amazônia: um espaço integrado. Brasília, DF: Fundação Alexandre de Gusmão; 1992.
6. Nogueira RJB. Fronteira: Espaço de Referência Identitária? Ateliê Geográfico. 2007 [acesso em 2020 fev 28]; 1(2):27-41. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/atelie/article/view/3013/3051>.
7. Machado LO. Limites, Fronteiras, Redes. In: Strohaecker TM, Damiani A, Schaffer NO, et al., organizadores. Fronteiras e espaço global. Porto Alegre: Associação dos Geógrafos Brasileiros; 1998. p. 41-49.
8. Mélo JLB. Reflexões conceituais sobre fronteira. In: Castello IR, Koch MR, N Oliveira, et al. Fronteiras na América Latina: espaços em transformação. Porto Alegre: UFRGS; 1997. p. 68-74.
9. Mesquita Z. Procura-se o coração dos limites. In: Castello IR, Lehnen AC, Shaffer NO. Fronteiras no MERCOSUL. Porto Alegre: UFRGS; 1994, p. 69-73.
10. Mendonça ND. O impacto da fronteira sobre a vida das pessoas de uma comunidade – Santana do Livramento/Rivera. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto; 1980. p. 216.
11. Sarquis P. La educación en zonas de fronteira: pín-tese de investigaciones realizadas em Argentina. In: Trinidad AM, Behares LE, organizadores. Fronteiras, Educação, Integração. Santa Maria/RS. Santa Maria: Pallotti; 1996. p. 43-75.
12. Brasil. Ministério da Integração Nacional. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional; 2005.
13. Martin AR. Fronteiras e Nações. São Paulo: Contexto; 1994.
14. Haesbaert R. Dos Múltiplos Territórios à Multiterritorialidade. Anais do I Seminário Nacional sobre Múltiplas Territorialidades. Porto Alegre: ULBRA – AGB. p. 3; 2004.
15. Cibim JC. O desafio da governança nas bacias hidrográficas transfronteiriças internacionais: um olhar sobre a Bacia do rio da Prata. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012. p. 189.
16. Brasil. Lei nº 9.433, de 8 de janeiro de 1997. Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, regulamenta o inciso XIX do art. 21 da Constituição Federal, e altera o art. 1º da Lei nº 8.001, de 13 de março de 1990, que modificou a Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989. Diário Oficial da União. 9 Jan 1997.
17. Brasil. Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho

- de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 8 Jan 2007.
18. Navarrete M. Región Fronteiriza Uruguayo – Brasileira/Laboratório social para la integración regional: cooperación e integración transfronteriza. [dissertação]. Montevideo: Universidad de la República; 2006. p. 69.
 19. Organização das Nações Unidas. Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento. 1986. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/direitos-humanos/decl_direito_ao_desenvolvimento.pdf.
 20. Organização das Nações Unidas. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://www.agenda2030.org.br/saiba_mais/publicacoes.
 21. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 41. ed. Edição atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva; 2008.
 22. República Oriental do Uruguai. Ministério de Vivienda Ordenamiento Territorial y Meio Ambiente (MVOTMA). Plan Nacional de Águas, 2017. p. 320.
 23. Guimarães L, Giovanella L. Municípios brasileiros fronteiriços e Mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde. Saúde debate. 2005; 29(71):248-257.

Recebido em 25/04/2019
Aprovado em 24/07/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Proteção ao meio ambiente e às gerações futuras: desdobramentos e reflexões bioéticas

Protection of the environment and future generations: bioethical developments and reflections

Isis Laynne de Oliveira Machado¹, Volnei Garrafa¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012419

RESUMO A dicotomia entre a promessa de que o desenvolvimento tecnológico representa a solução para os problemas humanos e a crescente certeza quanto à finitude de recursos naturais criam uma gama de incertezas quanto às expectativas para o futuro, ainda mais diante dos crescentes problemas ambientais que vêm surgindo. O trabalho objetivou adentrar ao princípio da proteção, avaliando como este pode interagir com o princípio da precaução, contribuindo para a compreensão da complexidade da temática ambiental e a necessidade de mudanças no comportamento humano com relação ao futuro planetário. O estudo utiliza como método uma revisão bibliográfica de autores que atualmente tratam do assunto, envolvendo as constantes transformações do mundo, mudanças climáticas e necessidade de um desenvolvimento sustentável, problemas interligados e de cunho global. A partir da bioética normativa, serão expostos os artigos 16 e 17 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, discutindo e entrelaçando os conceitos de proteção e de precaução. Propõe-se uma reflexão quanto ao modo de compreender as mudanças ocorridas no mundo, com base em uma bioética comprometida com a conscientização humana, de que é necessário adotar ações conjuntas, visando à preservação do planeta, para resguardar a saúde e a própria sobrevivência das gerações futuras.

PALAVRAS-CHAVE Bioética. Proteção. Precaução. Meio ambiente. Saúde.

ABSTRACT *The dichotomy between the promise that technological development represents the solution to human problems and the growing certainty about the finitude of natural resources creates a range of uncertainties regarding expectations for the future, even more so in view of the growing environmental problems that are emerging. The work aimed to enter the principle of protection, evaluating how it can interact with the precautionary principle, contributing to the understanding of the complexity of the environmental theme and the need for changes in human behavior in relation to the planetary future. The study uses as a method a bibliographic review of authors who currently deal with the subject, involving the constant transformations of the world, climate changes and the need for sustainable development, interconnected problems and of a global nature. Based on normative bioethics, articles 16 and 17 of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights will be exposed, discussing and interweaving the concepts of protection and precaution. A reflection is proposed as to how to understand the changes that have occurred in the world, based on a bioethics committed to human awareness, that it is necessary to adopt joint actions, aiming at the preservation of the planet, in order to safeguard the health and survival of future generations.*

KEYWORDS *Bioethics. Protection. Precaution. Environment. Health.*

¹Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética, Cátedra Unesco de Bioética - Brasília (DF), Brasil.
isis_laynne@hotmail.com



Introdução

A bioética, como ramo do conhecimento e da ética aplicada, é campo para discussões dos mais variados aspectos da vida, o que envolve a temática inerente ao futuro dos seres humanos, os impactos de suas ações ao meio ambiente e o modo como vivem.

No âmago de tal preocupação, em 1971, Potter¹ utilizou o termo bioética para descrever a necessidade de uma ética voltada a solucionar dilemas éticos inerentes aos avanços tecnológicos e o futuro dos seres vivos. O autor publicou o livro intitulado ‘Bioética: Ponte para o futuro’, posicionando-se no sentido de que a bioética deveria representar, tal como uma ponte, o diálogo e a intersecção entre os avanços da tecnologia e seu impacto para a vida humana e do planeta. Sua ideia era apresentar a bioética como um ramo do conhecimento em que valores éticos pudessem ser aplicados a temas envolvendo meio ambiente, saúde, biologia, ciência etc.

Apesar do termo ‘bioética’ ter obtido nova conotação, a partir dos estudos produzidos por Beauchamp e Childress², com o passar dos anos, constatou-se que a vertente da bioética por eles defendida, pautada em quatro princípios (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) voltados à esfera biomédica, não seria suficiente para sanar problemas éticos de âmbito global. Atualmente, faz-se necessária uma ética aplicada a problemas que envolvam a vida humana, incluindo variados aspectos e atuando de forma politizada e crítica³ diante dos dilemas humanos.

O mundo encontra-se em constantes transformações, em grande parte advindas de ações antrópicas, que têm causado grande impacto no ecossistema. Tais mudanças precisam ser mais bem compreendidas a fim de evitar a ocorrência de maiores efeitos negativos e, possivelmente, catastróficos.

A preocupação com uma ética que abranja a vida humana em seus mais amplos aspectos e o futuro do planeta é proposição de ordem mundial. Tanto é que, no ano de

2005, foi promulgada a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (DUBDH), que tem como propósito nortear os países signatários quanto a dilemas relacionados com a medicina e as tecnologias associadas; com o respeito pelos direitos humanos, especialmente no que tange à necessidade de proteção de determinados grupos⁴; bem como quanto à “Proteção das Gerações Futuras” e à “Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade”, presentes nos seus artigos 16 e 17⁵.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o desenvolvimento científico trouxe consigo promessa de solucionar os problemas vivenciados pelos seres humanos, deixando de lado, inicialmente, a preocupação com a finitude dos recursos naturais e o impacto para o meio ambiente. Hoje, as mudanças climáticas representam alguns dos problemas causados pelas ações humanas, sendo objeto recorrente para os estudos em bioética.

É indispensável registrar já no início do presente estudo que a Declaração de Bioética da Unesco avançou na sua proposta com relação ao histórico conceito de saúde⁴ referido ao completo estado de bem-estar físico, mental e social, criado na segunda metade do século XX, passando a incorporar novos referenciais à sua fundamentação teórica³, entre os quais se encontram os artigos 16 e 17. O artigo 14 da DUBDH, por sua vez – que trata especificamente da “Responsabilidade Social e Saúde”⁵⁽⁸⁾ –, inclui temas considerados até algumas décadas como distantes do campo da saúde pública e coletiva: além da “redução da pobreza e do analfabetismo”⁵⁽⁸⁾ e da “eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos [...]”⁵⁽⁸⁾, inclui o “acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade”⁵⁽⁸⁾ e “a melhoria das condições de vida e do meio ambiente”⁵⁽⁸⁾. Nesse sentido, e em consonância com essa territorialização epistemológica proposta pela DUBDH ao conceito de saúde, ao se referir à proteção ambiental e à responsabilidade para com as gerações futuras, o presente artigo está considerando e incluindo em todo o transcurso do texto – naturalmente – a temática sanitária.

Tomando como referência a linha de ideias acima exposta, este trabalho tem por objeto propor reflexões bioéticas quanto ao princípio da proteção, avaliando as possíveis conexões com o princípio da precaução, de modo a entender a complexidade que envolve a temática ambiental e a necessidade de alterar o modo de vida humano, a fim de preservar a vida planetária.

Este estudo tem cunho teórico, com base na revisão bibliográfica acerca do assunto. Inicialmente, será realizada breve apresentação do cenário atual envolvendo as constantes transformações do mundo, mudanças climáticas e necessidade de um desenvolvimento sustentável, por serem problemas interligados e de cunho global. Após, serão expostos os artigos 16 e 17 da DUBDH, a fim de realizar melhor discussão quanto ao conceito de proteção, entrelaçando-o ao conceito de precaução. Em seguida, será exposta reflexão quanto ao modo de compreender as mudanças ocorridas no mundo, procurando demonstrar a importância da bioética como ferramenta teórico-metodológica comprometida com a necessidade de adoção de ações conjuntas no intuito de alterar o modo de vida atual por meio da conscientização humana, visando à preservação do planeta e resguardando o direito de existência às gerações futuras.

O desenvolvimento humano e as preocupações com o futuro do planeta

Tratar de perspectivas do futuro é assunto recorrente, já que a sobrevivência humana está atrelada também a procedimentos de melhoramento da vida e à existência de recursos naturais no planeta. Assim, falar em proteção de gerações futuras implica também tratar de responsabilidades quanto à manutenção de vidas que estão por vir.

Segundo Pfeiffer, Murguía e Gandhi⁶, a modernidade separou a ordem ‘natural’ da ‘humana’ como se o homem não pertencesse

ao natural, criando o pensamento utópico de que a natureza é um instrumento para suprir as necessidades humanas e que, portanto, deveria ser submetida às leis da razão. Durante os séculos XVIII e XIX, não havia dúvida de que os seres humanos – por meio do domínio da ciência, técnica, arte e filosofia – poderiam controlar os fenômenos naturais que pudessem significar um entrave para alcançar o progresso. A ciência, a técnica, o progresso e a racionalidade eram os componentes que garantiriam um futuro mais livre e mais humano, razão pela qual o avanço nos conhecimentos práticos e teóricos eram essenciais para que o ser humano não fosse submetido às leis naturais, devendo a natureza ser meio para alcançar a felicidade humana.

No entanto, a promessa da ciência moderna acabou se convertendo em ameaça contra a natureza e contra o próprio ser humano que pretendeu exercer seu domínio⁶. A permanente busca por novidades e o uso desenfreado dos recursos naturais geraram um alerta quanto à diminuição e limitação dos recursos naturais do planeta.

O avanço industrial e tecnológico trouxe consigo diversos benefícios para a humanidade, mas promoveu também a ideia de que os recursos naturais poderiam ser utilizados sem limites e que as consequências poderiam ser remediadas por novas tecnologias, o que não tem se mostrado factível, pelo contrário, tem criado diversas incertezas quanto ao futuro. As mudanças climáticas, advindas da ação humana na natureza, também têm sido objeto de especial preocupação já que o desenvolvimento desenfreado acabou por alterar a vida e o *habitat* de diversos seres vivos. Tais fatos ensejam a adaptação do modo de vida humana, voltada ao aspecto sustentável.

Para melhor compreender o atual cenário planetário, faz-se necessário tecer breves argumentações a respeito das consequências que as ações humanas têm causado ao planeta, para, posteriormente, adentrar às reflexões bioéticas acerca do princípio da proteção e seus desdobramentos.

O mundo em metamorfose

O desenvolvimento industrial significou um marco para a mudança do modo de vida humano, que ganhou perspectiva de uma vida voltada para a produção e consumo de bens, sem preocupar-se com as consequências de tal desenvolvimento para com a finitude dos recursos naturais. A incessante busca pelo melhoramento da vida humana e a crença de que a tecnologia é capaz de responder às necessidades humanas permitiram interferências significativas na natureza, tais como a produção de alimentos geneticamente modificados, o uso de pesticidas, a clonagem de animais, a alteração genética de insetos com vistas a reduzir proliferação de doenças etc., o que originou um desequilíbrio no ecossistema.

Contudo, o que pouco se discute são as consequências de tais intervenções e alterações na natureza. Segundo Junges⁷, a

[...] máxima expressão das consequências do binômio tecnologias e vida sobre o meio, é a crise ecológica com seus efeitos sobre as mudanças climáticas e sobre a sustentabilidade ambiental do planeta⁷⁽³⁾.

Tal crise é um dos principais desafios a serem enfrentados pela humanidade nas próximas décadas, para assegurar a preservação do conjunto de seres vivos e da própria humanidade.

Há alguns anos, cresceu a preocupação com os impactos globais acarretados pelos longos períodos de extrativismo natural, pela poluição gerada pelas indústrias e pela quantidade de lixo despejada no mundo. No entanto, alguns “ainda acham que não é necessário mudar os rumos, porque a sociedade sempre encontrará caminhos tecnológicos para obviar a crise”⁸⁽¹⁵⁾. A dicotomia entre a promessa que o desenvolvimento tecnológico representa a solução para os problemas humanos e a crescente certeza quanto à finitude de recursos naturais cria uma gama de incertezas em relação às expectativas para

o futuro, ainda mais diante dos crescentes problemas ambientais que vêm surgindo.

Segundo Beck⁹, vivemos em uma sociedade de risco, ou seja, em mundo governado pelas leis da probabilidade, em que se fabricam cada vez mais incertezas, especialmente no que diz respeito ao rápido desenvolvimento tecnológico, aplicado ao uso genético, nanotecnologia e ciência da informática, desencadeando uma série de consequências imprevisíveis, incontroláveis e incontroláveis, capazes de ameaçar a vida na Terra. Para o autor:

[...] não são as mudanças climáticas, os desastres ecológicos, ameaças de terrorismo internacional, o mal da vaca louca etc. que criam a originalidade da sociedade de risco, mas a crescente percepção de que vivemos em um mundo interconectado que está se descontrolando⁹⁽⁷⁾.

Por isso, afirma que a organização política e social tem se tornado historicamente obsoleta, apesar de ainda permanecer governando nosso pensamento e modo de agir. Tal fato mostra a necessidade de que sejam desenvolvidos meios para melhor compreensão do mundo contemporâneo.

Beck¹⁰ faz uma distinção entre ‘mudanças’ e ‘metamorfose’, ressaltando que a primeira traz uma concepção de futuro característico da modernidade, qual seja, a de transformação permanente, sendo que os conceitos básicos e as certezas que os sustentam são constantes, especialmente em seus aspectos sociológicos, destacando o estudo de rotinas humanas como chave para a sociologia. Já a segunda desestabiliza os conceitos da sociedade moderna e muda o foco de ‘estar no mundo’ e ‘ver o mundo’, para eventos e processos que não são intencionais, que geralmente passam despercebidos e vão além dos domínios da democracia política, como efeitos colaterais da modernização técnica e de economia.

Em síntese, a metamorfose significa essa mudança que ultrapassa as constantes

antropológicas anteriores, acerca da compreensão do mundo, para atingir um grau tão elevado de mudanças, a ponto de alcançar o que era impensável anteriormente. O autor aqui mencionado cita como exemplos a queda do muro de Berlim e o ataque terrorista de 11 de setembro, situações até então inconcebíveis às quais temos assistido de nossa sala de estar, transmitidas pelos meios de comunicação em massa. Ou seja, para ele, a mudança representa uma constante, enquanto a metamorfose representa um patamar mais elevado e inesperado de alteração do mundo que conhecemos. Vive-se então em um mundo que não apenas está mudando, mas está se transformando de maneira muito mais radical, isto é, em metamorfose.

Mudanças climáticas

As mudanças climáticas representam outro problema de escala mundial, já que respondem a uma cadeia de produção iniciada pelo desenvolvimento industrial, que desencadeou o atual alto nível de poluição, ocasionando aquecimento global; que, por sua vez, tem causado o aumento da temperatura média do planeta, elevando o nível do mar, o que acarreta o desaparecimento de ilhas, alagamento de cidades litorâneas e até mesmo a alteração do ciclo de vida de diversas espécies da natureza. Tais fatos são alarmantes para o futuro no planeta, já que a vida depende do equilíbrio de todo o ecossistema.

A resposta do meio ambiente às ações humanas pode ser compreendida, na concepção da metamorfose, como possibilidade de alterações catastróficas ambientais. Nesse prisma, Beck¹⁰ afirma que a ênfase em descobrir soluções para evitar ou diminuir as mudanças climáticas cega os sujeitos para o fato de que esta não deixa de ser agente central da metamorfose, que já alterou o modo de vida humano no mundo. Exemplo disso é o fato de que o aumento do nível do mar tem criado paisagens de desigualdade,

desenhando novos mapas com modificação das linhas fronteiriças entre os Estados.

Garvey¹¹, por sua vez, ressalta que apesar de os estudos éticos estarem mais preocupados com questões inerentes à clonagem, eutanásia ou modificações genéticas, por exemplo, a reflexão acerca das mudanças climáticas se mostra indispensável, porquanto o mundo está mudando, sendo necessário adotar ações em resposta a tais mudanças. O autor ressalta ainda que a ciência é capaz de nos dar maior controle sobre os fatos, mas não é capaz de dar respostas eficazes para alterar o atual cenário mundial.

As mutações climáticas, advindas de buracos na camada de ozônio, aumento da temperatura planetária, degelo de calotas polares e desertificação de regiões, representam problemas ambientais que ameaçam o ecossistema da Terra¹², mas também influenciam nos campos político e econômico, já que a modificação geográfica e de fronteiras representa também alteração de territórios.

Sob outra perspectiva, a busca por respostas rápidas e pontuais aos problemas existentes introduz uma lógica de imediatismo exacerbado, que impede de pensar em medidas em longo prazo, como é o caso da necessidade da adoção de um modo de vida que resulte em menos impactos negativos ao planeta.

Assim, é fundamental a existência de estudos e reflexões éticas acerca das ações humanas e a forma como a ciência se desenvolve, avaliando suas consequências para a vida das pessoas, para a sua saúde e para o próprio planeta. Como se observa, o mundo contemporâneo tem atravessado uma série de mudanças capazes de comprometer até mesmo a continuidade de sua existência e dos seres que nele habitam.

Desenvolvimento sustentável

Nascimento¹³, ao tratar do desenvolvimento sustentável como uma das soluções para a crise ambiental vivida no mundo, apresenta uma crítica quanto à adoção de meios mais eficazes

para preservação dos recursos naturais, entre eles, as mudanças culturais, defendendo a necessidade de adoção de outros valores e comportamentos, tais como: a) que noção de felicidade se desloque do ‘consumir’ para o ‘usufruir’; b) transferência da moda, visando à durabilidade do produto; e c) pressões para a valorização e melhora de transportes coletivos.

Para ele, o desenvolvimento sustentável deve ser compreendido em sua complexidade, abordando cautelosamente os aspectos tecnológicos e sua promessa de superação dos limites dos recursos naturais, agregado à necessidade de uma mudança radical na forma como se produz e consome bens e serviços. Manifesta-se ainda reticente quanto à adoção de políticas para decrescimento populacional, defendendo que a solução está na mudança de postura na forma como se lida com os recursos naturais e o pouco receio de que estes efetivamente acabem.

O autor aduz que o século XXI traz consigo três signos, quais sejam: a contradição entre os indícios de crescimento da crise ambiental e a fragilidade das medidas adotadas; [a incerteza] quanto ao futuro da humanidade no acirramento das crises econômica e ambiental; [e a esperança] de que transformações sociais ocorram, mudando – para melhor – o padrão civilizatório a que estamos prisioneiros¹³⁽⁶²⁾.

Como se nota, tratar da temática ambiental quanto ao futuro remete a uma série de problemas, que partem desde o avanço industrial, tecnológico e suas promessas para o futuro, incluindo a reflexão acerca da ação antrópica na natureza e a forma como se deixa de observar o modo de vida sustentável. Tais temáticas, apesar de distintas, conectam-se na medida em que trazem a necessidade de reflexão quanto ao mundo para o qual se está caminhando.

No próximo tópico, será abordada a temática da necessidade de proteção das gerações futuras, tomando por base a DUBDH e algumas concepções bioéticas acerca do tema.

A temática ambiental na Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco

No século XXI, como exposto na Introdução do artigo, a bioética passou a adotar viés de ‘macrobioética’ ou ‘ética global’, por se ocupar de temas relevantes no planeta, como é o caso da globalização e necessidade de proteção ao meio ambiente e das gerações futuras. Tais fatos ampliaram sua gestão para temas inerentes à saúde e à vida das pessoas e comunidades, que deixam de ser individuais ou sociais para serem globais e atemporais. A relação entre o ser humano, sua saúde, vida e o ambiente tornou-se então um problema ético, causado pelo aceleração do desenvolvimento científico e econômico e pelas alterações ocasionadas nos sistemas ecológicos globais¹⁴.

Ciente de que o futuro da vida planetária depende também da preservação dos recursos naturais, a temática foi incorporada à DUBDH⁵. Entre os 15 princípios norteadores para a tomada de decisões éticas no que tange à vida humana em seus mais variados aspectos, encontram-se aqueles que dizem respeito à ‘Proteção das Gerações Futuras’ e à ‘Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade’. Tais dispositivos prescrevem que:

Artigo 16 – Proteção das Gerações Futuras

O impacto das ciências da vida sobre gerações futuras, incluindo sobre sua constituição genética, deve ser devidamente considerado.

Artigo 17 – Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade

Devida atenção deve ser dada à inter-relação de seres humanos com outras formas de vida, à importância do acesso e utilização adequada de recursos biológicos e genéticos, ao respeito pelo conhecimento tradicional e ao papel dos seres humanos na proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade⁵⁽⁷⁻⁸⁾.

Como se percebe, a preocupação com o futuro do planeta e dos seres que nele habitam foi um dos temas de destaque na DUBDH, demonstrando a importância do assunto para os estudos bioéticos que, indubitavelmente, têm ampliado seu campo de abrangência para além de aspectos biomédicos, abrangendo discussões éticas de cunho ambiental¹⁵.

É importante salientar que o termo ‘proteção’ remete à ideia de cuidado; defesa; afastamento do perigo; *habitat*; e preservação¹⁶. Segundo Kottow¹⁷, a tradição do conceito de proteção advém do nascimento do Estado-nação e da elaboração filosófica-política do contrato social, sendo, inicialmente, o Estado responsável pela elaboração de políticas que visem à proteção de seus cidadãos. Contudo, esclarece, o Estado não é capaz de garantir efetivamente a proteção de pessoas e grupos mais vulneráveis, sendo necessária uma ética voltada ao estudo de como aplicar a proteção em casos concretos.

Afirma ainda que a ética da proteção pode ser compreendida de dois modos: em sua forma *stricto sensu*, buscando a igualdade social, empoderamento dos excluídos e o cuidado aos necessitados; e em sua forma *lato sensu*, em uma perspectiva de ética geral, que aspira a novas formas de cosmopolitismo lastreado em uma ética de hospitalidade incondicional.

Schramm¹⁸, ao tratar do tema, afirma a necessidade de proteger não somente os sujeitos morais, mas o próprio “‘mundo da vida’ (Lebenswelt) frente às possíveis consequências daninhas dos atos de agentes morais que podem prejudicar os pacientes morais”¹⁸⁽¹⁵³⁴⁾. Assim, há que se preocupar com “práticas predatórias que afetam o planeta como um todo e a humanidade como espécie”¹⁹⁽¹²⁾, cujos efeitos podem ser visivelmente notados pelas mudanças climáticas, poluição generalizada, redução da biodiversidade e escassez de água.

Tais noções, trazidas para o campo da preservação do ambiente e salvaguarda das gerações futuras, remetem a compreender a proteção como forma de cautela e uso responsável de tecnologias, a fim de que as gerações

futuras ainda possam dispor de meios para viver. Assim, a ética da proteção, atrelada a aspectos bioéticos, deve estar voltada não apenas para aspectos individuais, inerentes aos seres humanos e seus direitos, mas à vida humana como espécie, de modo a preservar a sobrevivência dos seres que habitam o planeta.

Anteriormente, Jonas²⁰ já havia desenvolvido um estudo acerca do princípio da responsabilidade, afirmando que, por conta da intervenção técnica do homem, a natureza encontra-se em estado de extrema vulnerabilidade, que hodiernamente se faz reconhecível por meio dos danos causados e suas consequências. Para ele, a natureza é responsabilidade humana, a qual exige reflexões éticas acerca das consequências que a ação dos homens tem causado ao planeta. Isso implica buscar o bem não apenas das vidas humanas, mas das extra-humanas também.

Jonas²⁰ afirma ainda que o ‘dever’ é uma classe da responsabilidade, na medida em que se deve adotar medidas que propiciem a existência das gerações futuras, ou seja, para com a existência humana, ainda que não se deixem descendentes diretos. Ainda segundo o autor, a ausência de um comportamento ativo e responsável, no intuito de preservar e diminuir os danos futuros, implica um comportamento irresponsável, isto é, o ‘não fazer’ também é danoso. Assim, as interferências humanas e suas tecnologias devem ser utilizadas prudentemente, de modo a não colocar em risco a sobrevivência da humanidade.

É importante ressaltar que trazer para o escopo da DUBDH artigos inerentes à preocupação quanto à proteção das gerações futuras remonta à bioética pensada por Potter, como ponte de ligação entre ciências humanas e biológicas¹⁷.

O melhoramento de técnicas, ao mesmo tempo que gera a sensação de que a tecnologia poderá sanar os problemas ambientais e garantir a sobrevivência do planeta e da humanidade por muitos anos, gera também a incerteza de que as tecnologias produzidas serão capazes de fato fazê-lo, já que seu uso

inconsequente acarretou ao atual cenário. Por isso, é imperativo que, nas discussões bioéticas, seja também abordada a importância de proteção das gerações futuras, que pressupõe – além da temática da saúde e suas implicações mais diretas – a proteção da biosfera, do meio ambiente e da biodiversidade.

A noção de proteção deve ser entrelaçada com outros princípios para ser mais bem compreendida e aplicada, visto que o atual contexto requer não apenas a redução de danos causados ao meio ambiente, mas melhor gestão dos riscos inerentes à atividade humana.

Precaução como atributo para proteção de gerações futuras

A proteção deve ocorrer de forma ativa, por meio da adoção de práticas que visem diminuir os efeitos negativos da ação humana e os impactos que esta pode acarretar para a vida planetária. O princípio da proteção pode ser atrelado ao princípio da precaução, como forma de nortear o gerenciamento dos riscos advindos das atividades humanas no planeta.

Segundo Garrafa et al.²¹, a precaução pode ser compreendida como

[...] a adoção de medidas protetoras relativas a possíveis danos ou riscos que poderiam ser produzidos por determinados produtos ou tecnologias. [...]. Nessa linha de ideias, seu propósito precípua é a proteção da humanidade e do meio ambiente contra possíveis ameaças dos atos humanos²¹⁽¹³¹⁾.

A precaução mostra-se importante ferramenta, principalmente quando se sabe da existência dos riscos de determinada ação, mas estes não são totalmente conhecidos ou previsíveis.

Como forma de proteger o meio ambiente, os Estados devem observar o princípio da precaução, de modo que, na iminência de ameaças

de danos sérios ou irreversíveis, devem ser adotadas medidas para prevenir a degradação ambiental. Com isso, o princípio da precaução tem por finalidade “a implementação de melhores decisões possíveis em estados de incerteza e de conhecimento indisponível, inacessível ou mesmo inexistente”²²⁽¹²⁷⁾.

Por sua vez, Hammerschmidt²³ diferencia os princípios da prevenção e da precaução, visto que o primeiro refere-se à gestão de riscos e danos já conhecidos e mensuráveis, cujas consequências movem-se dentro das certezas das ciências; o segundo, por sua vez, enfrenta os riscos gerados pela incerteza dos saberes científicos, que são imensuráveis e imprevisíveis. Ou seja, enquanto o primeiro refere-se ao perigo concreto, o segundo refere-se ao perigo abstrato, mas iminente.

A ideia de precaução revela a necessidade de uma ética da decisão aplicada a um contexto de incertezas, causada pelo paradigma da segurança existencial – pautada no progresso e na tecnologia –, que acabou dando lugar ao medo – gerado pela ideia de que se vive constantemente exposto ao risco. A importância do princípio da precaução está justamente no pressuposto de que é necessário gerir os riscos ambientais, adotando-se uma atitude de “antecipação preventiva que se revela a longo prazo como menos onerosa para a sociedade e o ambiente e mais justa e solidária com as gerações futuras”²³⁽¹¹³⁾.

O princípio da precaução responde às incertezas não apenas quanto à relação de causalidade entre o ato e suas consequências, mas também quanto à realidade e medida do risco e do dano. Contudo, a aplicação de tal princípio não se mostra simples, visto que exige a gestão do exercício ativo da dúvida, ou seja, a uma ampliação da incerteza, do que pode ou não ocorrer. Saliente-se que a “incerteza não exonera de responsabilidade; ao contrário, ela reforça a criar um dever de prudência”²³⁽¹⁰⁹⁾.

O princípio da precaução, agregado ao de proteção, centra-se na ideia de que medidas para a proteção ambiental devem ser adotadas de forma imediata, sendo que a incerteza ou

ausência de certeza científica absoluta quanto aos riscos e danos não deve ser utilizada como desculpa para postergar ações, mas para adotá-las o quanto antes.

Nesse sentido, o olhar crítico e reflexivo da bioética auxilia a reconhecer e a incentivar a adoção de medidas práticas de precaução, para efetivar o princípio da proteção às gerações futuras, as quais estão atreladas aos riscos trazidos pelo desenvolvimento científico e pelo modo de vida das pessoas, que, em sua maioria, está adstrito à lógica de produção para consumo, ao invés de redução racional de consumo para preservação de recursos naturais.

O princípio da precaução impele à utilização inversa das tecnologias produzidas, para que deixem de satisfazer exclusivamente à lógica do consumo e sirvam para reduzir os níveis de poluição, evitar extinção de espécies e o crescimento do desequilíbrio ambiental, bem como incentivar ações de conscientização social. Segundo Porto e Garrafa²⁴, faz-se necessário que as pessoas deixem de viver a lógica consumista (sem qualquer noção de responsabilidade) e passem a adotar uma lógica mais cidadã e de comunhão consensual para preservação do planeta, de modo a abandonar o individualismo exacerbado, para passar a reconhecer e dignificar o outro, agindo coletivamente para o bem comum.

O papel da bioética no reconhecimento da complexidade da temática ambiental e da necessidade de alteração do comportamento humano

O avanço industrial e tecnológico desenfreado é causa das mudanças climáticas, juntamente com o modo de vida capitalista, atualmente voltado ao consumo descontrolado. No entanto, a estagnação industrial, a partir de agora, não significaria, necessariamente, uma melhoria para a preservação dos recursos

naturais. Por isso, há que se ter uma mudança ética quanto ao modo, finalidade e produção de tecnologias e os impactos que essas poderão acarretar ao mundo.

Morin²⁵ afirma que o grande mal do atual sistema de conhecimento reside no fato de que os saberes foram tão compartimentados, a ponto de não mais haver uma interconexão entre eles, o que dificulta o oferecimento de respostas a questões difíceis para a humanidade. O autor denomina de ‘pensamento complexo’ aquele que une conhecimentos separados, sendo que seu maior desafio é unir os problemas segmentados ou fragmentados hoje existentes, a fim de buscar soluções articuladas. Para compreender a complexidade do ser humano e, conseqüentemente, do mundo, na temática ambiental, é importante que não haja sua redução a um único aspecto. Para o autor, um pensamento mutilado leva a decisões ilusórias e erradas.

Segundo Morin²⁵,

A complexidade parece ser negativa ou regressiva já que é a reintrodução da incerteza num conhecimento que havia partido triunfalmente à conquista da certeza absoluta. É preciso enterrar esse absoluto. Porém, o aspecto positivo, o aspecto progressivo que a resposta ao desafio da complexidade pode ter, é o ponto de partida para um pensamento multidimensional²⁵⁽¹⁸⁸⁾.

A forma de sistematização atual, em que a divisão de setores como consumo, saúde, lazer desenvolve sua própria forma de organização e cria insumos para se adequar aos desejos e necessidades humanas, acaba por reforçar a ausência de comunicação entre as mais diversas áreas existentes no mundo, reforçando ainda mais as conseqüências advindas de ações isoladas de tais setores.

Com isso, a partir da compreensão de que a proteção das gerações futuras deve ser realizada para compreender a complexidade do mundo e os diversos fatores (econômico, cultural, religioso etc.) que conduziram

ao modo de vida hoje existente, mostra-se importante para a aplicação do princípio da proteção, atrelado ao da precaução, na busca pela gestão dos riscos.

Uma das formas de enfrentar os problemas ambientais globais é por meio do

[...] compromisso comum com ideais e princípios éticos como justiça, precaução, equidade e cooperação, destacando-se a sensibilização com o sofrimento alheio e o compartilhamento de um mesmo 'destino histórico planetário'¹⁴⁽⁴⁰⁶⁾.

A adoção de um modelo de sustentabilidade dos sistemas sociais teria por objeto formar pessoas cada vez mais reflexivas e solidárias, transformando sujeitos de meros consumidores a cidadãos, preocupados com os seres vivos atuais e com as futuras gerações¹⁴.

Por isso, há que se pensar meios éticos para administrar o desenvolvimento tecnológico a fim de reduzir seus impactos negativos sobre o mundo, tarefa central para a bioética.

Assim, é necessário maior reflexão acerca dos modos de vida que podem ser desenvolvidos de maneira sustentável, adotando-se meios públicos, tais como criação de leis ou diretrizes com o fim de conscientização quanto à necessidade de mudar o modo de vida atual, para um modo sustentável, em que a forma de utilização dos recursos não seja realizada de modo individualista, mas para o bem comum, buscando meios de manter o equilíbrio e tentar recuperar recursos danificados pela ação humana.

Enfrentar temas como metamorfose do planeta, mudanças climáticas e necessidade de um desenvolvimento sustentável passa pela compreensão de que os indivíduos estão inseridos em um mundo com uma rede de relacionamentos complexos. A interação global entre as mais diferentes espécies e a noção de interdependência dessas⁷, para a manutenção da vida planetária, necessita da compreensão quanto à complexidade da temática ambiental e os impactos que os atos praticados pela

espécie humana têm causado em todo o globo.

A bioética tem papel relevante na concepção de tais reflexões⁷, na medida em que traz em seu escopo normativo aspectos de proteção e cuidado que devem ser aplicados à prática humana em busca do desenvolvimento tecnológico sustentável. Melhor dizendo, ela funciona efetivamente como uma ponte ética aplicada entre o desenvolvimento da ciência e a preservação do meio ambiente, biosfera e biodiversidade, já que toda a vida planetária se encontra entrelaçada e interdependente.

Considerações finais

A ideia de que o desenvolvimento tecnológico é capaz de gerar melhor qualidade de saúde e de vida tem sido comprovada ao longo dos anos. Contudo, a concepção de que a tecnologia e o conhecimento humano são capazes de também solucionar os problemas ambientais enfrentados no globo terrestre tem sido cada vez mais falaciosa, na medida em que a natureza e seus fenômenos não podem ser dominados ou controlados pela vontade humana.

Dessa forma, enxergar de modo crítico esse entrelaçamento de informações, produções, consumo, formas de poder e entender que tudo faz parte de uma rede vital já inicia à compreensão da complexidade do mundo em que se vive. Gera também a noção de que é fundamental adotar um olhar de responsabilidade e proteção em relação aos avanços tecnológicos e às mudanças enfrentadas no mundo não somente em escopo imediatista de proteger a saúde das pessoas no momento presente, mas, especialmente, no sentido da preservação futura da própria vida planetária.

A proteção das gerações futuras deve então estar atrelada à ideia de precaução ante os riscos iminentes das práticas humanas, não para viver uma sociedade do medo, mas uma sociedade consciente de que é preciso reformular o modo de vida, a fim de romper com a lógica de desenvolvimento industrial e tecnológico a qualquer custo, que, utilizando

indiscriminadamente os recursos naturais, acaba por degradar o meio ambiente, causando mudanças na biosfera que podem ser catastróficas. Com isso, em resposta a tal gestão de riscos, a concepção de desenvolvimento sustentável devidamente balizada deve ser implementada pelos Estados, a partir de campanhas de conscientização acerca da mudança de comportamento e legislações rigorosas e efetivas executadas. Faz-se necessário utilizar as ferramentas disponibilizadas pelo avanço tecnológico não mais para destruição e exploração da natureza, mas para a preservação desta.

Apesar da sensação de impotência causada pela noção de complexidade do mundo e as relações entre os seres que o habitam, é necessário adotar uma postura contrária ao antropocentrismo e mais voltada à responsabilidade da humanidade para consigo mesma e com os demais seres e o ambiente. Para enfrentar

o desafio da complexidade do todo, é preciso adotar medidas que iniciem uma efetiva conscientização acerca da necessidade de alteração do modo de vida atual, para que, a partir de ações individuais, o coletivo possa estar afeto a praticar ações de menor consumo e maior preservação planetária, garantindo, às gerações futuras, o direito de existência.

Colaboradores

Machado ILO (0000-0003-0051-9307)* contribuiu para a concepção, planejamento, elaboração do rascunho e elaboração da versão final do manuscrito. Garrafa V (0000-0002-4656-2485)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e elaboração da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Potter VR. Bioética: ponte para o futuro. Tradução de Diego Carlos Zanella, São Paulo: Edições Loyola; 2016.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. Edições Loyola; 2002.
3. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Bioética*. 2005; 1(2):122-32.
4. Barbosa SN. A participação brasileira na construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco. *Bioética*. 2006; 2(4):423-442.
5. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2005. [acesso em 2018 out 5]. Disponível em: <https://goo.gl/hFyLt4>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Pfeiffer ML, Murguía D, Gandhi I. Ecología y sustentabilidad: el fantasma de la pobreza. *Medicina y Humanidades*. Santiago de Chile. 2010; (1):41-51.
7. Junges JR. Principios ecológico-éticos de la sostenibilidad socio ambiental: el caso de la Economía y de la Agricultura. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2016 [acesso em 2020 jan 20]; (1):1-13. Disponível em: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/6767>.
8. Junges JR. Bioética e Meio Ambiente num Contexto de América Latina Bioethics and Environment in a Context of Latin America. *Revista Redbioética/Unesco*. 2014; 5,1(9):13-19.
9. Beck U. Incertezas fabricadas. IHU. 2006 [acesso em 2018 nov 12]; (4):5-13. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao181.pdf>.
10. Beck U. The metamorphosis of the world: How climate change is transforming our concept of the world. John Wiley & Sons. 2016; 5(3):177-179.
11. Garvey J. The EPZ Ethics of Climate Change: Right and Wrong in a Warming World. London: Bloomsbury; 2008.
12. Junges JR. Ética ecológica: antropocentrismo ou biocentrismo?. *Perspectiva Teológica*. 2001; 33(89):33.
13. Nascimento EP. Trajetória da sustentabilidade: do ambiental ao social, do social ao econômico. *Estudos avançados*. 2012; 26(74):51-64.
14. Fischer ML, Cunha T, Renk V, et al. Da ética ambiental à bioética ambiental: antecedentes, trajetórias e perspectivas. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*. 2017; 24(2):391-409.
15. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética*. 2005; 13(1):125-134
16. Houaiss. Dicionário. Dicionário online de português. 2016. [acesso em 2018 nov 15]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/proteger/>.
17. Kottow M. Bioética de protección. In: Tealdi JC, organizador. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 165-167
18. Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(5):1531-1538.
19. Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Bioética*. 2009; 16(1):11-23.
20. Hans J. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
21. Garrafa V, Amorim K, Garcia T, et al. Bioética e vigilância sanitária. *Rev. direito sanit*. 2017; 18(1):121-139.
22. Liedke MS, Schiocchet T. O direito e a proteção das gerações futuras na sociedade de risco global. *Verdas Direito*. 2012; 9(17):109-31.
23. Hammerschmidt D. O risco na sociedade contemporânea e o princípio da precaução no direito ambiental. *Seqüência*. 2002; 23(45):97-122.
24. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética*. 2009 [acesso em 2020 jan 20]; 13(1). Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/96.
25. Morin E. *Ciência com Consciência*. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.

Recebido em 15/03/2019

Aprovado em 10/01/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)/Ministério da Educação (MEC)

Reforma Sanitária e outros olhares para a saúde indígena: relato de experiência com os Potyguara

Health Reform and different perspectives for indigenous health: experience report with the Potyguara

Maria Lidiany Tributino de Sousa¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012420

RESUMO Quando se pensa em uma Reforma Sanitária como reforma da sociedade, outras questões demandam atenção, como colonização, genocídio e racismo. A colonização, forma de poder que balizou a tessitura da modernidade, organizou-se dentro de regimes de verdade e de autorizações que legitimam alguns saberes em detrimento de outros. A falta de clareza e a insuficiência das concepções de saúde, que são possíveis de serem construídas com os povos originários, promovem fragilidades na configuração institucional e no processo de gestão do Sistema Único de Saúde. Dada a invisibilidade em que a saúde indígena investida de sua multiplicidade vem sendo colocada na saúde coletiva, será realizado um relato das experiências dos encontros com os Potyguara de Monsenhor Tabosa, no estado do Ceará. Os modos de viver a saúde dos Potyguara expressam relações entre o se sentir saudável e o estar adoecido, bem como experimentações de um mundo em que a relação com a terra é de pertencimento e diz da produção do viver e da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Saúde de populações indígenas. Serviços de saúde do indígena. Grupos étnicos.

ABSTRACT *When one thinks about a Sanitary Reform as a reform of society, other issues demand attention, as colonization, genocide and racism. Colonization, a form of power that marked the texture of modernity, was organized within regimes of truth and authorizations that legitimize some knowledge to the detriment of others. The lack of clarity and insufficiency of the conceptions of health, that are possible to be build with the native peoples, promote weaknesses in the institutional configuration and the management process of the Unified Health System. Given the invisibility in which indigenous health has been placed in collective health, an account will be made of the experiences of the meeting with Potyguara de Monsignor Tabosa, in the state of Ceará. The ways of living health of the Potyguara express relationships between feeling healthy and being sick, as well as experimenting a world in which the relation with the earth is of belonging and tells about the production of living and health.*

KEYWORDS *Health of indigenous Ppeoples. Indigenous health services. Ethnic groups.*

¹Universidade Federal do Oeste da Bahia (Ufob) – Barreiras (BA), Brasil. tribudiany@gmail.com



Introdução

A realização de uma Reforma Sanitária Brasileira (RSB) fora concebida, segundo Fleury¹ e Paim^{2,3}, como estratégia política e processo de transformação institucional que visasse à democratização da saúde, do Estado e da sociedade. Esse movimento alcançou a garantia constitucional do direito à saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). É importante salientar que, por se tratar de uma reforma social, não se limita a reformas setoriais e não se trata de um acontecimento encerrado e restrito à materialização do SUS. Mas transcende as políticas estatais e diz respeito a um movimento que requer uma nova racionalidade, novas sociabilidades e a potencialização de novas maneiras de pensar a saúde, a segurança social e os direitos conquistados.

Quando se pensa em uma Reforma Sanitária como reforma da sociedade, outras questões demandam atenção, como colonização, genocídio e racismo. A colonização, forma de poder que balizou a tessitura da modernidade, organizou-se dentro de regimes de verdade e de autorizações que legitimam algumas pessoas, instituições, saberes, falas e espécies, em detrimento de outras. A falta de clareza e a insuficiência das concepções de saúde, que são possíveis de serem construídas com os povos indígenas, promovem fragilidades na configuração institucional e no processo de gestão do SUS.

No Brasil, há expoentes como Luiza Garnelo, Jean Langdon e Coimbra Jr. no que se refere às pesquisas sobre saúde indígena, política de atenção à saúde dos povos indígenas, implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi), xamanismo, Antropologia da Saúde, bem como sobre trabalhos de natureza epidemiológica interligando saúde, nutrição, educação, habitação e saneamento.

Segundo Garnelo⁴, em 1986, foi realizada a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que provocou a criação de

comissões técnicas, entre as quais, destacou-se a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), que fomentou os princípios e as diretrizes da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A PNASPI propõe um modelo de cuidado em saúde complementar e diferenciado, no intento de melhorar o acesso da população indígena ao cuidado em saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, considerando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política desses povos.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena assinalou a importância de se considerarem os saberes dos povos indígenas sobre saúde/doença, impulsionando, em 2002, a aprovação da PNASPI, com diretrizes e princípios que buscaram priorizar uma atenção diferenciada à saúde. De acordo com a PNASPI, o trabalho dos profissionais de saúde deve ser centrado nos tradicionais sistemas indígenas de saúde. Além disso, a política elencou a importância da participação dos indígenas no exercício do controle social, através dos conselhos de saúde.

A Constituição de 1988 tentou romper com a herança tutelar desenvolvida junto aos indígenas no Brasil a partir do indigenismo brasileiro, mudando o status dos índios do Código Civil de 1916, para que esses povos, de maneira individual ou dentro de organizações, buscassem defender seus direitos.

Pela Carta Magna, houve um avanço na legislação nacional com a definição de terra como 'tradicionalmente ocupada', e os territórios reivindicados pelos indígenas ganharam maior visibilidade política. Porém, não houve a garantia de respeito aos direitos desses povos com relação às suas áreas. Nesse sentido, esse Estado, que tem por obrigação constitucional proteger os indígenas, até hoje, não os resguarda nem os representa, já que é formado, em sua maioria, por brancos latifundiários e protetores do agronegócio. Assim como continua travando uma guerra diária contra os povos indígenas.

Além das armadilhas legais, ainda surgem como munição contra os indígenas: a

exploração de recursos naturais, a construção de empreendimentos turísticos e imobiliários em áreas indígenas, a criminalização dos indígenas cujos ataques são legitimados por esse Estado, tido como o responsável por protegê-los e estabelecer serviços de integração e assistência.

Com relação ao Ceará, há duas produções na área da saúde: uma que se refere às questões indígenas relacionadas ao processo de trabalho no monocultivo do coco e aos riscos gerados à saúde para os indígenas Tremembé⁵, e outra sobre o conflito Ambiental no território indígena Tapuya Kariri e suas implicações à saúde⁶.

A maioria das produções na área da saúde, que consta nas revistas de maior impacto, revela que a morbidade da população indígena está relacionada a uma alta incidência de doenças infecciosas, crônicas, assim como diz respeito a casos de desnutrição, mas, em menor número, discute as condições que fragilizam o estado de adoecimento, como: precariedade das condições de vida, expropriação, intrusão das terras indígenas, formação dos profissionais de saúde e habitações em regiões de fronteira, ou áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social.

Nas publicações científicas, depara-se com a expressão 'saúde indígena' sendo apresentada como um atributo natural, incluindo ideias de algo fixo, subsistente e relacionado à ausência de doenças e ao controle pelos programas de saúde. Uma expressão da qual se parte e um limite para além do qual não se pode ir. Dito de outra maneira, o conceito 'saúde indígena' é pouco problematizado.

A experiência nas aldeias indígenas Potiguara tem aproximado os pesquisadores de combinações vividas de saúde que não se restringem a ausência de doença, mas atravessam a ideia de terra e de adoecimento. Destarte, a opção de relatar experimentações da saúde indígena dos Potiguara de Monsenhor Tabosa, no Ceará, ocorreu devido à potência que essa etnia tem de provocar, a partir de suas percepções de saúde, deslocamentos na forma de se compreender e fazer saúde indígena na saúde coletiva.

Metodologia

No ano de 1603, de acordo com Lima⁷, registra-se a presença, no território cearense, da etnia Potiguara, proveniente do Rio Grande do Norte e da Paraíba, ocupando áreas do baixo Jaguaribe.

No Ceará, o povo Potiguara de Monsenhor Tabosa procura estabelecer diferenças com os demais povos Potiguara do Nordeste. Uma delas é pela escrita do nome, substituindo o 'i' por um 'y'. Os Potiguara do Ceará estão presentes em Crateús, Poranga, Boa Viagem, Novo Oriente, Quiterianópolis, Tamboril e Monsenhor Tabosa. Em Monsenhor Tabosa, os Potiguara habitam as localidades de Olho D'água dos Canutos, Mundo Novo, Jacinto, Pau-Ferro, Passarinho, Merejo, Tourão, entre outras, juntamente com outras etnias, como Tabajara, Gavião e Tubiba-Tapuia.

Dada a invisibilidade e o cerco em que a saúde indígena no Ceará vem sendo colocada, iniciou-se, em 2008, em uma Universidade no estado do Ceará, um projeto de pesquisa intitulado 'Práticas Etnomédicas e Educação Permanente Intercultural dos Profissionais de Saúde: uma pesquisa com os índios Potiguara de Monsenhor Tabosa – Ceará'. Essa pesquisa foi um encontro com os povos Potiguara que habitam a Região da Serra das Matas, na zona rural do Município de Monsenhor Tabosa, especificamente, as aldeias do Jacinto e do Mundo Novo.

O projeto respondeu às solicitações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466, de 2012, e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE 24316414.5.0000.5534).

Após estruturação do projeto e envio para instâncias de ética em pesquisa, o trabalho aconteceu em quatro etapas. Inicialmente, foi realizada a identificação das lideranças indígenas Potiguara que demonstravam interesse em pesquisar seus rituais de cura e a relação com o sistema de saúde formal nas áreas indígenas de Monsenhor Tabosa.

Após a identificação, na segunda fase do projeto, as duas líderes indígenas, também professoras, participaram das disciplinas de Antropologia da Saúde e Etnografia no Mestrado de Saúde Coletiva.

Após as disciplinas, essas professoras iniciaram um trabalho de pesquisa, realizando diários de campo e, juntamente com os alunos das escolas indígenas, entrevistas e fotografias. Durante 2 (dois) anos, aconteceram diversos encontros na universidade para discussão do projeto, planejamento e execução das atividades, assim como para análise do material coletado. Realizaram-se visitas à comunidade Potyguara com os pesquisadores da instituição universitária e primou-se pelo trabalho etnográfico a partir das pesquisadoras nativas, que eram líderes indígenas e moradoras da comunidade.

Das entrevistas obtidas, há conversas com rezadeiras, pajés, parteiras, agricultores, contadores de estória, que versam sobre diferentes temáticas: visagem, doenças espirituais, alimentação, mito de origem, práticas de cura, rezas, lugares sagrados, entre outras.

Como resultado, construiu-se um material etnográfico e formativo (casos, textos, imagens, vídeos) que permitiu abrir novos conhecimentos sobre práticas etnomédicas integradas. O material foi utilizado na terceira fase do projeto, que ocorreu em setembro de 2015, com dois dias de formação transdisciplinar.

O evento contou com a participação de 37 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, dentistas, assistente social, agentes indígenas de saúde, agente indígena de saneamento) do Polo-Base de Monsenhor Tabosa, Crateús e Poranga, assim como de 23 membros da comunidade (lideranças e cuidadores tradicionais). O encontro teve o intento de oportunizar diálogo com esses diferentes atores, bem como subsidiar os profissionais para atuação em contexto culturalmente diferenciado.

Mesmo com a conclusão do projeto, no final do ano de 2015, houve uma continuação dos trabalhos a partir de uma tese, que foi finalizada em 2018. A pesquisa partiu do pressuposto de que existem modos de vida dos Potyguara

que questionam os modos colonizados de saúde e que possibilitariam deslocar o conceito de 'saúde indígena' na saúde coletiva. A tese foi uma cartografia dos processos de singularização dos Potyguara, para pensar uma saúde que não fosse para ou dos indígenas, mas uma saúde com os Potyguara.

Esta escrita é um relato das experiências de encontro com os Potyguara de Monsenhor Tabosa, no estado do Ceará, durante o projeto 'Práticas Etnomédicas e Educação Permanente Intercultural dos Profissionais de Saúde: uma pesquisa com os índios Potyguara de Monsenhor Tabosa – Ceará'.

Resultados

Saúde 'com' os Potyguara: laços com a terra e com o 'estar adoecido'

O processo demarcatório das terras Potigatapuia (nome que aglutina os Potyguara, Tabajara, Gavião e Tubiba-Tapuia) começou em 2003, e os indígenas ainda aguardam a publicação de regularização no Diário Oficial da União (DOU). No Ceará, só a terra do Córrego João Pereira, nos municípios de Acaraú e Itarema, e a dos Tapeba, no município de Caucaia, concluíram o processo de regularização.

A luta pela demarcação se vincula às discussões sobre cultura e falta de terra, que são um grande problema nas aldeias Mundo Novo, em Monsenhor Tabosa, já que estão em uma área de terreno acidentado e de baixa qualidade produtiva, o que levou e continua impulsionando muitas pessoas a se evadirem, pagarem por moradia em outros locais e a plantar em outras terras. Mesmo na aldeia Jacinto, há os que arrendam suas terras e os que pagam para plantarem nas terras de outros.

As terras indígenas são uma parte do meio do mundo, e delas se produzem conhecimentos para as rezas e curas. A questão da terra é algo que está conectado com a moradia, com

relações familiares, alimentação, educação, com a saúde, ou seja, com a vida, reverberando do e no corpo.

A vida indígena passa pela terra, que marca como linhas de possibilidades cartográficas, a saúde Potyguara. É uma relação de pertencimento, e não de propriedade, que diz de relações de afinidade e de vida. A terra torna-se ventre de vida, alimento, moradia e construção de relações que alimentam as lutas e, também, os sonhos.

As mezinheiras ou ‘sabedores das terras’ são aquelas pessoas que trabalham com as ervas dos matos, com as cascas, raízes (quebra cabeça, raspa de marmeleiro, jurema preta, muçambê, mufumbo, maria preta, ameixa, aroeira, coronha) para fazerem chás, cozimentos, lambedores (chamado de mel), garrafadas, ou seja, misturas de plantas e raízes que são cozidas com açúcar ou apenas conservadas sem açúcar em garrafadas, preparadas de acordo com a enfermidade.

Tereza é Potyguara e tem um dos quintais mais cheios de plantas. Ela contou que aprendeu a importância das ervas na Igreja, mas que a maior escola para esse aprendizado foi o mato.

Em um dos encontros do grupo de pesquisa, enquanto se discutia sobre os artigos de saúde indígena publicados nas revistas de saúde coletiva, uma professora visitante perguntou à liderança indígena sobre o que seria saúde, ao que ela respondeu: “ausência de doença, é também genética...”, sendo logo interrompida com outra interrogação da docente: “genética?!”. Surpresa diante da admiração interrogativa da professora, a liderança indígena disse, embaraçada: “sim, quando a doença do pai passa pro filho”. Sem ir mais adiante nessa explicação, entrou em outro fluxo e disse: “saúde pra nós é plantar, colher, viver bem com a comunidade”.

Quando a líder indígena fala que saúde é plantar, colher, viver, diz de uma saúde inseparável da questão da terra. Os termos não compõem um sistema abstrato com a finalidade de representar a realidade, mas as ações. As ações parecem dizer do tempo

agido, tomam para si o poder de nos situar em momentos da vida: tempo do plantar, colher, e apontam para uma simbiose com a atualidade, distendendo o tempo.

A maior parte da literatura, que discute a questão das terras indígenas, traz esse aspecto da terra dentro de uma visão histórica, que desemboca, como consequência, na violação dos direitos. O contato com textos e com os Potyguara possibilitou perceber que, ao falar de terra, fala-se, também, de vida e saúde indígena.

A saúde dos Potyguara diz dos seus antepassados e do seu presente, abrange o conhecimento das ervas do mato, dos lugares sagrados, do sistema formal de saúde, do trabalho do pajé, dos curadores, das rezadeiras, mezinheiras e das parteiras, além do seu contato com Deus, Tupã, Mãe Terra, Encantados, Espíritos da Mata.

A representação do sagrado faz-se, especialmente, a partir do catolicismo. Os Potyguara são devotos de santos e comemoram datas cristãs. Nas aldeias, há templos católicos, embora coexistam outras vertentes, como evangélicas e de cultos afro-brasileiros, que se entrelaçam aos rituais indígenas. Elementos cristãos estão presentes nas rezas dos pajés, nas canções dos rituais, nos altares das casas, nas comemorações de nascimento, no batismo e no matrimônio indígena.

Embora se tenha a presença de elementos do cristianismo, há pluralidades nos modos de cuidar da sua espiritualidade, tornando possível que os povos indígenas criem rasgos e novos territórios existenciais.

As rezas são percebidas como ciências, saberes e artes, que parecem vir de diferentes lugares (terreiros, catolicismo, terras indígenas), da sabedoria dos mais velhos, da natureza, de Tupã, de Deus, e que se tornam mestiças. As rezas são pontes que combinam línguas (tupi, português) para evitar os entupimentos por um único linguajar e por uma única religião. São práticas presentes no cotidiano e movimentadas através da oralidade, configurando-se em saberes relacionais com

a natureza, com os espíritos. Um dos portais de conexão com o sagrado, que coabita com as pinturas corporais e danças.

A força que vem das matas é trazida pelas rezas tanto de homens como de mulheres e transmitida através de vários corpos (canções, danças, plantas, perfume, água, sal, óleo). Quando a pessoa adoece espiritualmente, é privilegiada a ação de benzê-la com ramos, molho de algumas plantas, justamente com a recitação de preces.

As benzedoras são ditas como aquelas pessoas que benzem com rezas e uso de ramas, verbalizando orações e cuidando de ‘casos mais simples’ (expressão mencionada pelos Potyguara), como quebranto e vento caído. Já o rezador pode se utilizar de sal ou água, vassourinha, peão-roxo, arruda e tratam de ‘doenças mais complicadas’ (doenças de mulher, quizema, vermelha, também conhecida como entrosado, e espinhela caída). Para alguns curadores Potyguara, a cura dessas doenças mais complexas é realizada por 9 rezadores. Segundo outros curadores, um rezador forte pode curar esses problemas.

Um rezador forte é aquele que ‘sabe da mão direita’. Essa questão traz lembranças dos caminhos da mão direita e da esquerda presentes na tradição esotérica, mas também leva-nos a perceber uma lógica de saber corpórea. Um saber-poder do corpo em suas relações com a natureza, com os espíritos da floresta.

As rezas precisam ser realizadas 3 vezes em dias consecutivos ou alternados, sendo, nesse caso, a sexta-feira um dia abençoado e muito forte. Para o Pajé, no caso de arca caída, é importante rezar 9 vezes durante 9 dias e passar 7 dias de descanso sem carregar peso.

O ‘saber da mão direita’ é um poder passado por Deus, pai tupã, outros curandeiros, e as rezas são aprendidas com os pais, mães ou com outros do grupo, e envolvem empenhos, um processo contínuo de relação com os espíritos, com a natureza e com a comunidade. Não basta aprender as rezas. Muitas vezes, o ‘tornar-se curandeiro’ não é uma escolha feita, e implica sofrimento para descobrir que se foi escolhido.

Estar na presença da pessoa é importante para a cura, porém, quando alguém nas redondezas sofre de alguma enfermidade, mas não pode ir ao encontro do rezador, são realizadas preces à distância. Acontece de haver rezas por telefone ou utilizando-se da roupa do enfermo. A presença que os rezadores dizem ser importante é a da fé, e a melhora vai depender da força do rezador ‘e’ da crença da pessoa que quer ser curada.

Apesar de alguns discriminarem curandeiros iniciados em terreiros, no geral, não há medo nem vergonha em se autodeclararem ‘desenvolvidos em linhas de caboclo’ ou de ‘colocar cartomante’.

Para alguns rezadores, não se pode ensinar as rezas, pois eles enfraquecem. As rezas possuem mistérios. Um deles é que não se pode rezar em quem tem uma ‘natureza mais forte’. As rezas são buscadas pelos Potyguara e também por outros indígenas e pelos brancos. As rezas não se destinam só às pessoas, mas aos animais, plantaço, objetos.

Os rezadores dizem que não aceitam pagamento por essa ação, pois receberam gratuitamente um dom. Uma das rezadeiras fala que o pagamento é ver a pessoa boa. Porém, algumas pessoas oferecem ‘agrados’, que podem ser animais, alimentos ou algo mais como gesto de gratidão.

Os encontros com as lideranças indígenas presentearam, certo dia, o grupo de pesquisa ‘Cultura, Saberes e Práticas de Saúde’ com o caso de uma senhora de 52 anos da comunidade Potyguara, que era visitada todo mês pela equipe de saúde.

Em todas as visitas, era medida a pressão, e estava alta, ela tomava remédio, mas comia tudo que não era para comer. Ela não tinha filhos, não tinha problemas familiares, era casada com um primo. Os pais dela já tinha morrido. Ajudava a comunidade lavando roupa longe e criava os filhos que as mães abandonava. Era madrinha de muitas mulheres, e todos os meninos tomava a benção. Todos tinham uma admiração por ela, e ela tinha carinho por todos e com tudo que existia: plantas, animais,

e tudo para ela estava bom. Por isso, a gente diz que ela morreu sadia, porque vivia bem com todos.

E continuam:

Tem a questão de morrer sadia. As pessoas acham difícil entender isso aí, mas para nós é a coisa mais fácil do mundo. Para a família dela, ela morreu sadia, porque tinha compromisso com a comunidade. É um sadio de consciência. Mesmo que seja tuberculoso, tenha câncer, e, se vive bem com a comunidade, mesmo morrendo, diz que a pessoa morreu de véi. Não diz a doença, porque a pessoa cumpriu com o compromisso dela. Claro que tem doenças que nós não trouxemos, veio de fora, e que têm que tratar. Eu vou morrer sadia! Vou dar um exemplo de doente: aquele que atrapalha o bem-estar da comunidade.

O caso da senhora Potyguara fala de uma saúde não medicalizada que está na intensidade e na qualidade da vida em relação. Desse modo, a saúde diz de um exercício de força, de interação com o mundo, modos de sensibilidade e de relação com o outro. A ideia de morrer sadia dissocia-se da ausência de doença e mostra laços entre se sentir saudável e estar adoecida. A pressão alta não chega a ser apreendida como doença, mas como atributo da senhora, uma propriedade daquele corpo nas suas relações com a vida. É um par vida e morte, e não uma dicotomia saúde e doença.

A saúde Potyguara é um convite a trabalhar artisticamente com o sofrimento. Não se trata de ocultá-lo, mas libertá-lo. Libertação da dor pelas rezas, pelos rituais, intensificando as forças de vida. É uma saúde como afirmação de uma inseparabilidade das dores que o corpo expressa. O adoecimento é uma experimentação do corpo e da vida. A produção de vida Potyguara vê no sofrimento a vivência dos corpos que se afetam, agenciam-se, diferenciam-se nos encontros.

Os Potyguara conseguem transitar por diferentes universos referenciais. Usam o sistema de saúde formal como um dos recursos, não como O recurso, e trazem, do

campo das experimentações, possibilidades de cuidado como produção de vida. Nas aldeias, foram presenciados relatos de casos de hipertensão, diabetes e outros adoecimentos que são encaminhados para os médicos, pois não 'são causa de reza'.

Antes de procurar os serviços médicos, a maioria dos Potyguara costuma buscar os que 'sabem da mão direita'. Às vezes, pode acontecer o inverso. Procuram os médicos e, quando percebem que os remédios não curam, recorrem aos rezadores das aldeias. Mesmo que saibam que para os problemas espirituais são necessárias as rezas, esse saber não implica a diminuição da importância das práticas em saúde do sistema formal.

Percebe-se, também, a incorporação na vida indígena de conceitos não indígenas de identificação e tratamento das doenças, atacando a lógica da propriedade dos saberes. A articulação e utilização desses dois sistemas estão presentes, e a ideia de incompatibilidade é substituída por uma de aumento da força pela vizinhança entre os diferentes saberes.

Discussão

Em 1999, foi instituído o Sasi no Brasil, oportunizando de maneira diferenciada a implantação de uma política de saúde indígena que se contrapõe a um modelo de atenção à saúde campanhista, higienista e emergencial. A PNASP⁸ aponta a necessidade de estrutura forte de financiamento, fomento da participação dos indígenas no controle social e investimento na qualificação dos profissionais para gerirem e executarem as ações de saúde.

A PNASP possibilitou acesso dos povos indígenas às ações de saúde antes ínvias, como cobertura do esquema vacinal completo, acompanhamento nutricional para crianças menores de cinco anos, redução da incidência de tuberculose, diminuição da taxa de mortalidade infantil, ampliação das consultas de pré-natal e de acompanhamento odontológico. No entanto, a mortalidade infantil e as

doenças transmissíveis ainda apresentam maiores índices entre os povos tradicionais que na população em geral⁹.

O Nordeste é a segunda região que apresenta maior população indígena autodeclarada e conta com a maioria dos indígenas residindo em áreas urbanas e vivenciando problemas específicos desses espaços, como doenças crônicas não transmissíveis, uso abusivo de substâncias psicoativas e pressões para terem suas terras expropriadas¹⁰.

De acordo com Martins¹¹, apesar do incremento de recursos no processo de implantação do Sasi, alguns problemas, como duplicidade de fontes, fragilidades na alocação, nos critérios equitativos e na transparência nos processos de aplicação, monitoramento e avaliação, tornaram-se presentes e não foram enfrentados pelas instâncias responsáveis.

Segundo Mendes, Leite, Langdon, Grisotti¹², a Constituição de 1988 colocou os indígenas em uma posição de cidadania e priorizou uma atenção diferenciada à saúde, enquanto a PNASPI elencou a importância da participação dos indígenas no exercício do Controle Social, através dos conselhos de saúde. Porém, percebe-se que nesses espaços regulados pelo Estado, a participação dá-se de forma estruturada, pela qual os participantes submetem-se à lógica da representatividade, que não condiz com muitos dos modos de organizações políticas indígenas.

As fragilidades na atuação dos profissionais de saúde, quando apontadas, são vistas como decorrentes da formação, que não trata das especificidades étnicas, dos sistemas de adoecimento e de cura¹³⁻¹⁵, e não como efeitos da colonização e racialização dos corpos dos trabalhadores. É perceptível, em alguns escritos, uma postura de denúncia às políticas e às práticas dos profissionais de saúde, mas a partir de uma postura normativa e sem a problematização das condições e forças que levam as pessoas a adotarem determinadas atitudes.

A literatura acadêmica, com sua concepção de saúde, apresenta-se muitas vezes mutilada de questões que dizem respeito à vida nas aldeias indígenas. Desde seu entendimento

como ausência de doença, bem-estar, até direito humano, exprime que saúde é não ser doente, não estar doente, ou ter acesso a direitos humanos, ou seja, produções de um estado de coisa e de um modelo moderno colonial de vida no qual se amparam as ideias de 'homem saudável' e 'cidadão' balizadas pela noção de 'unidade'.

As questões do direito e da cidadania, que são apresentadas como instaurando uma novidade e uma ampliação no conceito de Saúde, retornam para o sujeito como instância dotada de direitos e deveres, ou seja, estados de coisa que desconsideram os processos de vida indígena com suas singularidades.

O reconhecimento pela PNASP das riquezas e diversidade terapêutica dos modos de saúde indígena pode possibilitar enriquecimento nas maneiras de se produzir saúde.

Considerações finais

A saúde Potyguara vai se construindo como efeito das forças em relações que se estabelecem entre eles e a terra, o adoecer, o mundo, a natureza e a cosmologia.

Os modos de viver a saúde dos Potyguara dizem de questões inseparáveis da terra, de ações que expressam relações de experimentações, expandindo a vida e deslocando-a por perspectivas e construções de sentidos que possuem forças para deslocar nossa maneira de perceber a saúde indígena.

Os modos de vida dos Potyguara que dizem sobre saúde são produzidos nos acontecimentos e indicam a criação de diversos conceitos que envolvem a vida com diferentes tempos, espaços e componentes orgânicos, inorgânicos, anorgânicos: terra, floresta, espíritos, rezas.

Falar em saúde para os indígenas é cuidar da comunidade, é lutar por terras e suas retomadas. A Saúde Potyguara traz uma composição de encontros de diversas ordens. Diante desse quadro, quais projetos se esboçam? Resta apostar na pluralidade de olhares possíveis em uma sociedade democrática que questionem as

iniquidades em saúde e as relações de subordinação, desencadeando novas ações políticas, éticas e estéticas.

A RSB e o SUS não foram criados pelo Estado, por governos ou partidos, mas representam uma conquista do povo. Portanto, destaca-se a necessidade de recuperar o Projeto da Reforma como uma proposta de reforma social centrada na democratização da saúde,

cujo caminho se orienta pela constituição de sujeitos coletivos para a descolonização dos espaços de saúde.

Colaboradores

Sousa MLT (0000-0002-2332-8821)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Fleury S. Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. adm. Empres.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 abr 1]; 49(4):472-480. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400010.
2. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; FIOCRUZ; 2008.
3. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde debate* [internet]. 2009 [acesso em 2019 abr 1]; 33(81):27-37. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>.
4. Garnelo L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004. Porto Velho [internet]. 2004 [acesso em 2015 set 16]; (9):1-29. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>.
5. Rigotto RM, Braga LQV. Indígenas Tremembé e trabalho escravo na monocultura do coco: relatório de um estudo sobre o conflito e as suas repercussões na saúde. *E-cadernos CES* [internet]. 2013 [acesso em 2016 mar 3]; (17):194-204. Disponível em: <https://eces.revues.org/1164>.
6. Vasconcelos DP, Rigotto RM. Conflito Ambiental no território indígena Tapuya Kariri e suas implicações à saúde [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014. 162 p.
7. Lima CL. Trajetórias entre contexto e mediações:

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- a construção da etnicidade Potiguar da Serra das Matas [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2007. 160 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. Brasília, DF: MS, 2002.
 9. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010. Brasília, DF: Funasa; 2010.
 10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas: resultados do universo [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acesso em 2019 dez 16]. Disponível em: <http://bit.ly/2InEG2J>.
 11. Martins AL. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
 12. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev. Panam Salud Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 dez 16]; 42:1-6. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e184/pt>.
 13. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para a atuação em contextos interculturais. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso 2020 jan 14]; 30(4):867-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030014>.
 14. Silva BC. Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. *Antropos* [internet]. 2013 [acesso em 2020 jan 14]; 5(6):3-36. Disponível em: <http://revista.antropos.com.br/downloads/dez2013/Artigo-1-Profissionais-de-saude-em-contexto-indigena-Cleonice-Barbosa-da-Silva.pdf>.
 15. Garnelo L, Rocha E, Peiter P, et al. Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. *Trab. Educ. Saúde* [internet]. 2009 [acesso em 2020 jan 14]; 7(2):373-85. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/curso_EPSJV.pdf.

Recebido em 30/04/2019
 Aprovado em 21/01/2020
 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. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y 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

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*)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/*portuguese and english*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Peter Timothy Ratcliffe (inglês/*english*)

Simone Basilio (português/*portuguese*)

Tikinet Edição LTDA. (inglês/*english*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2020.

v. 44. n. 124; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br