

GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE

APROXIMANDO SABERES

Organizadores:

Prof^ª Dda. Fernanda Sarturi

Prof^º Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva

Prof^º Dr. Ricardo Vianna Martins

Volume 1

GESTÃO EM SAÚDE

Organização

Fernanda Sarturi

Luiz Anildo Anacleto da Silva

Ricardo Vianna Martins

1ª Edição

UAB/NTE/UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Santa Maria | RS

2017

©Núcleo de Tecnologia Educacional – NTE.
Este caderno foi elaborado pelo Núcleo de Tecnologia Educacional da
Universidade Federal de Santa Maria para os cursos da UAB.

PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Michel Temer

MINISTRO DA EDUCAÇÃO

Mendonça Filho

PRESIDENTE DA CAPES

Abilio A. Baeta Neves

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

REITOR

Paulo Afonso Burmann

VICE-REITOR

Paulo Bayard Dias Gonçalves

PRÓ-REITOR DE PLANEJAMENTO

Frank Leonardo Casado

PRÓ-REITOR DE GRADUAÇÃO

Martha Bohrer Adaime

COORDENADOR DE PLANEJAMENTO ACADÊMICO E DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Jerônimo Siqueira Tybusch

COORDENADOR DO CURSO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

José Luiz Padilha Damilano

NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL

DIRETOR DO NTE

Paulo Roberto Colusso

COORDENADOR UAB

Reisoli Bender Filho

COORDENADOR ADJUNTO UAB

Paulo Roberto Colusso

NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL

DIRETOR DO NTE

Paulo Roberto Colusso

ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO

Fernanda Sarturi,
Luiz Anildo Anacleto da Silva,
Ricardo Vianna Martins

REVISÃO LINGUÍSTICA

Camila Marchesan Cargnelutti
Maurício Sena

APOIO PEDAGÓGICO

Carmem Eloísa Berlote Brenner
Caroline da Silva dos Santos
Keila de Oliveira Urrutia

EQUIPE DE DESIGN

Carlo Pozzobon de Moraes – Capa e Ilustrações
Juliana Facco Segalla – Diagramação
Matheus Tanuri Pascotini – Ilustrações

PROJETO GRÁFICO

Ana Letícia Oliveira do Amaral

COMISSÃO EDITORIAL

Eveline Dischkaln Stolz
Marina Zadra
Susane Flôres Cosentino

Capa: Trote solidário - foto Ricardo Vianna Martins



G393 Gestão em saúde [recurso eletrônico] / organização Fernanda Sarturi, Luiz Anildo Anacleto da Silva, Ricardo Vianna Martins. – 1. ed. – Santa Maria, RS : UFSM, NTE, UAB, 2017.
1 e-book (v.1) : il.

Este caderno foi elaborado pelo Núcleo de Tecnologia Educacional da Universidade Federal de Santa Maria para os cursos da UAB

Título da capa: Gestão de organização pública em saúde:
aproximando saberes

ISBN 978-85-8341-202-1

1. Saúde – Gestão 2. Saúde – Assistência 3. Saúde pública I.
Silva, Luiz Anildo Anacleto da II. Martins, Ricardo Vianna III.
Universidade Federal de Santa Maria. Núcleo de Tecnologia
Educativa

CDU 614.2

Ficha catalográfica elaborada por Alenir Goularte - CRB-10/990
Biblioteca Central da UFSM



Ministério da
Educação



PROGRAD



APRESENTAÇÃO

Organizadores

A iniciativa dos organizadores desta obra, em compilar alguns dos artigos produzidos por docentes e discentes da especialização em Gestão de Organização Pública de Saúde, tem por objetivo socializar conhecimento e aquecer a articulação entre ensino e serviço. Acredita-se que a aproximação do universo acadêmico com o mundo do trabalho precisa ser constantemente estreitada, a fim de que se mantenha a qualidade das nossas ações nos espaços de produção de saúde.

O referido curso é oferecido pela Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS, modalidade EaD, nível especialização Lato Sensu, com 420 horas. Seu objetivo é formar profissionais com amplo conhecimento da Administração Pública da Saúde, capazes de atuar no âmbito federal, estadual e municipal, gerindo com competência as organizações governamentais e não-governamentais, de modo criativo, democrático, ético e comprometido com a transformação social e o desenvolvimento do País.

Desde sua primeira edição, em 2010, o curso destina-se a profissionais com diploma de curso superior, que exerçam atividades em órgãos públicos, do terceiro setor, ou que tenham aspirações ao exercício de função pública ou, ainda que exerçam atividades correlacionadas ao setor público da Saúde.

Na busca por qualificar profissionais atuantes na rede de atenção à saúde fomentam-se as discussões diante das necessidades da Gestão em Saúde loco-regional. Entrelaçada ao serviço público, a especialização traz consigo uma diversidade de temáticas a fim de nortear práticas sustentadas nas políticas públicas de saúde e, para tanto no Sistema Único de Saúde. Sob este aspecto, o curso abarca necessidades de diferentes profissionais, o que tornam as discussões ricas de distintos olhares, contextos e referenciais teóricos que perpassam pelos fóruns e tarefas desenvolvidas.

A fim de facilitar a imersão dos alunos nos espaços de diálogo os professores e tutores versam por estimular a leitura e a troca entre os colegas no período destinado ao desenvolvimento das disciplinas. Neste sentido, a ideia é que além do aproveitamento do curso no transcorrer das disciplinas se possa favorecer a escolha do tema a ser desenvolvido na monografia. Ao término do curso o discente apresenta um estudo de seu interesse e do orientador - a monografia, que preferencialmente associe sua prática diária ligada ao tema da Gestão, respeitando os preceitos éticos e legais de pesquisa.

Destarte, as contribuições das produções desenvolvidas para conclusão da especialização em Gestão de Organização Pública de Saúde, nos nichos de produção de saúde, este e-book apresenta, a seguir, uma multiplicidade de olhares para distintos cenários. Com isso, espera-se

que essa leitura possa fomentar o diálogo interdisciplinar, sustentar as práticas em saúde e estimular outros profissionais a participarem desta dinâmica entre ensino e serviço.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O CURSO

A Especialização em Gestão da Organização Pública em Saúde faz parte do Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP, que, além deste, oferece cursos de bacharelado em Administração Pública, especialização em Gestão Pública e especialização em Gestão Pública Municipal. Os cursos são oferecidos por Instituições Federais de Ensino Superior integrantes do Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB), coordenados pela CAPES.

Os cursos têm por objetivo a formação e qualificação de pessoal de nível superior visando ao exercício de atividades gerenciais.

O Curso de Gestão em Saúde, está na sua 5ª edição, formando em média 100 especialistas por edição do Curso, que são oferecidos em diversos Polos no Rio Grande do Sul. Tem a duração de três semestres. No primeiro semestre temos o módulo básico com as seguintes disciplinas: Estado, Governo e Mercado, Desenvolvimento e Mudanças no Estado Brasileiro, O Público e o Privado na Gestão Pública, Políticas Públicas, Planejamento Estratégico Governamental, Elaboração de Indicadores e O Estado e os Problemas Contemporâneos. No segundo semestre temos o módulo específico: Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS, Gestão da Vigilância à Saúde Organização e Funcionamento do SUS, Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde e Gestão Logística em Saúde. Por fim, o terceiro semestre é reservado exclusivamente para a elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso, que deve resultar na elaboração de um artigo.

SUMÁRIO

- ▷ **APRESENTAÇÃO** ·5
- ▷ **CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O CURSO** ·7
- ▷ **MANICÔMIO 'VELADO' NOS CAPS: DESAFIOS DA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA** ·10
ANA EMÍLIA GRINGS MARCONI, RICARDO VIANNA MARTINS, SUSANE FLÔRES COSENTINO
- ▷ **MODALIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: ENTRE A AÇÃO EDUCATIVA INOVADORA TRANSFORMADORA E A REITERATIVA CONSERVADORA** ·24
EDUARDA SIGNOR, LUIZ ANILDO ANACLETO DA SILVA, RAFAEL MARCELO SODER, FERNANDA BEHEREGARAY CABRAL, LEILA MARIZA HILDBRANDT
- ▷ **INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA E A COBERTURA POPULACIONAL NO RIO GRANDE DO SUL** ·41
NATHÁLIA MARION FANTINEL, ELISA VANESSA HEISLER, JULIANO PEROTTONI, ALITÉIA SANTIAGO DILÉLIO
- ▷ **O CUIDADO DOMICILIAR E AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA** ·52
KATIELE HUNDERTMARCK, ETHEL BASTOS DA SILVA, MARTA COCCO DA COSTA, FERNANDA SARTURI, DANUSA BEGNINI
- ▷ **PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE** ·67
BELINDA S. PEREIRA, FRANCISCO RITTER
- ▷ **RELAÇÃO DO PÚBLICO E PRIVADO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE** ·79
FABRINE LUIZA FARDIN, ALITÉIA SANTIAGO DILÉLIO, JULIANO PEROTTON, ELISA HEISLER
- ▷ **O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE** ·93
ROSMERI FRANKEN, SUSANE COSENTINO, MARINA ZADRA, ISABEL CRISTINA COLOMÉ
- ▷ **VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM ILPIS: UM OLHAR A PARTIR DOS DIREITOS HUMANOS DA PESSOA IDOSA** ·108
SIMONE COST, ALICE JAHN, MARIA DA GRAÇA PORCIÚNCULA SOLER, SUSANE COSENTINO
- ▷ **ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ENTRE AS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL** ·128
ROSIMÉRI RADIN SCHRAIBER, CINTIA SULZBACH, TAMIRIS MARKOSKI, BÁRBARA SILVEIRA, EVELINE DISCHKALN STOLZ, LOIVA BEATRIZ DALLEPIANE

- ▷ **ABORTO INSEGURO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA** ·139
ETIANNE MARTINI SASSO, MONIQUE PRESTES, EVELINE DISCHKALN STOLZ
- ▷ **POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ATENÇÃO FARMACÊUTICA: CONTRIBUIÇÕES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS** ·160
MARIANA FROSI, ISABEL CRISTINA VAN DER SAND, MARINÊS TAMBARA LEITE, LEILA MARIZA HILDEBRANDT, FERNANDA CABRAL, ADRIANA DORNELES CARPES
- ▷ **A DRENAGEM URBANA COMO FATOR DE PREVENÇÃO AOS AGRAVOS DE SAÚDE PÚBLICA: UMA REFLEXÃO COM BASE NA LEGISLAÇÃO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE** ·179
WALTER DALLA ROSA DA SILVA, EVELINE DISCHKALN STOLZ, MONIQUE PRESTES
- ▷ **A GESTÃO DE RESÍDUOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA** ·198
LUANA POSSAMAI MENEZES, FERNANDA SARTURI, GISELE LOISE DIAS, MARINÊS TAMBARA LEITE, JULIA DE MOURA QUINTANA
- ▷ **A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR** ·210
MARCIA MARIA HENGEMÜHLE, VANESSA RAMOS KIRSTEN
- ▷ **CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO BRASIL: RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO** ·231
ALINE DANIELE SCHUSTER, JANE DAGMAR POLLO RENNER, MARIA DA GRAÇA SOLER, JUSSARA MENDES LIPINSK, SUSANE FLÔRES COSENTINO
- ▷ **CONTROLE SOCIAL, O CONSELHO MUNICIPAL DE “SAÚDE”: FUNCIONAL OU APARELHADO?** ·248
AUGUSTO LUIS FASSINA, RICARDO VIANNA MARTINS, GIOVANA CRISTINA CENI
- ▷ **DESAFIOS NA GESTÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA: RELATO DE EXPERIÊNCIA** ·265
EDENILSON FREITAS RODRIGUES, RAFAEL MARCELO SODER, LUIZ ANILDO ANACLETO DA SILVA, GIANFÁBIO PIMENTEL FRANCO
- ▷ **FATORES RELACIONADOS A DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS NO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL, ENTRE 2000-2014** ·278
MARIANA DA SILVA FORMIGHERI, PEDRO DE SOUZA QUEVEDO, DENISE MARIA DA SILVA FIGUEIREDO

MANICÔMIO 'VELADO' NOS CAPS: DESAFIOS DA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ana Emília Grings Marconi: Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde, Caxias do Sul (RS | Brasil). E-mail: anagrings@gmail.com

Ricardo Vianna Martins: Doutor em Psicologia. Professor Associado do Departamento de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS | Brasil). E-mail: ricardomartins@ufsm.br

Susane Flôres Cosentino: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNFESP/EEAN/UFSM. Professora Adjunta da Universidade de Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões - RS - Brasil. E-mail: profsusyead@gmail.com

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) destacam-se por um cuidado integral e singularizado. Contudo, podem enfrentar dificuldades na superação do modelo tradicional, hospitalocêntrico, implicando ferramentas de cuidado e gestão inovadoras. O artigo apresenta um relato de experiência do trabalho na coordenação da Política de Saúde Mental, em unidade vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, a partir de contato com os serviços. Observou-se cuidado na lógica ambulatorial, poucas ações intersetoriais e articulação da rede. Conclui-se ser necessária educação permanente e acompanhamento institucional para fortalecer o cuidado substitutivo, questionando práticas que perpetuam um “manicômio velado”.

Palavras-chave: Política Pública; Educação permanente; Cuidados de saúde.

INTRODUÇÃO

As primeiras experiências brasileiras voltadas para um novo modo de cuidar a saúde mental, que pode ser chamado de “cuidar em liberdade”, iniciam em meados dos anos 1990, acompanhando a experiência italiana de desinstitucionalização. Têm lugar em Santos, com intervenções na Casa de Saúde Anchieta, que culminam com seu fechamento. É a primeira tentativa de reinserção social dos chamados doentes mentais, historicamente segregados da sociedade, junto de todos aqueles que, por algum motivo, não podiam compartilhar a vida considerada comum (LANCETTI, 2008).

Para tanto, foi necessário reformular o modelo de atenção, com a transformação da psiquiatria, de um modelo médico centrado, exercido num ambiente com variáveis controladas, para um cuidado psicossocial, no território, onde não há controle de variáveis, onde a vida acontece. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido a maior aposta do Ministério da Saúde para efetivar o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Eles assumem lugar estratégico e ordenador do cuidado em saúde mental de seu território. Destinam-se ao cuidado de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, que apresentam intenso sofrimento psíquico (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria GM/MS 3088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), define os pontos de atenção para cuidado integral das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os CAPS estão previstos no componente de atenção especializada, podendo ser organizados em diferentes modalidades, através de critério populacional (BRASIL, 2004). Contudo, a criação de um serviço não garante a substituição de um paradigma de cuidado. É necessário estar atento às práticas nesses serviços e aos modelos de atenção que eles reproduzem.

A criação de outro olhar sobre a saúde mental representa um desafio, tanto para profissionais e gestores como também para os próprios usuários, familiares e sociedade. Implica distanciar-se da “doença mental”, se é que existe uma, e aproximar-se dos afetos, da sutileza da vida, de todos os caminhos que os sujeitos percorrem. Este desafio provoca o pensamento e move o desejo de produzir conhecimentos, reflexões e experimentações que contribuam para a reinvenção, a cada dia, do cuidar em liberdade.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Historicamente, o hospital psiquiátrico ocupou a centralidade do tratamento em saúde mental. Durante o século XVII, ocorre o “grande internamento”, pautado em critérios de disciplinamento, isolamento, proteção e medicalização da diferença. O manicômio era lugar não apenas da loucura, mas também de todas as formas de expressão que iam contra uma certa ordem social vigente (FOUCAULT, 1972).

Diversos acontecimentos e movimentos, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, apontam para o descontentamento com o modelo vigente, ligado a práticas meramente prescritivas e curativas. Para exemplificar, podemos citar a ampliação no conceito de saúde, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde, o Plano Beveridge, a Crise na Divisão de Saúde Mental do MS, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MACIEL, 2012), entre outros, que dão forma e fundamento ao Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A promulgação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), que versa sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e redireciona o modelo de atenção, propõe a redução gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos e sua inserção em hospitais gerais, bem como a criação de serviços abertos e inseridos na comunidade. Novas linhas de financiamento e investimento na área da saúde mental, por meio deste marco legal, impulsionam a expansão de um novo modelo de atenção, substitutivo ao manicômio (MACIEL, 2012).

De uma forma geral, podemos caracterizar o manicômio como uma

instituição total, ou seja, que ocupa todo o espaço físico e temporal na vida do sujeito, surgindo uma identidade cronicada (LANCETTI, 2008). O cuidado totalizante, curativo e homogeneizador, baseado apenas em evidências neurofisiológicas, praticado pela psiquiatria pineliana do manicômio, assujeita qualquer possibilidade de uma constituição subjetiva singular e reduz a expressão da loucura a uma conduta que deve ser combatida e eliminada, e não como uma das formas de manifestação da subjetividade (AMARANTE, 2009).

O ambulatório de saúde mental é uma primeira alternativa ao cuidado totalizante do manicômio. Porém, baseia seu fazer numa pontualidade que não responde às demandas de casos graves e refratários. Caracteriza-se por consultas individuais, por vezes curtas e espaçadas, banalização da prescrição medicamentosa, com a mera renovação da receita, e critérios burocráticos para o atendimento (TENÓRIO, 2007).

Os CAPS, pensados com a premissa de assumir um lugar estratégico e ordenador da rede de saúde mental, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), surgem com uma dupla função em meio à Reforma Psiquiátrica. Primeiro, atender às lacunas deixadas pelo ambulatório de saúde mental. Segundo, substituir a centralidade do hospital psiquiátrico no cuidado da saúde mental (TENÓRIO, 2007). Entendia-se o CAPS, por sua característica emergente, como um serviço intermediário, rompendo com a totalidade do cuidado praticado no hospital e, ao mesmo tempo, com a pontualidade característica do ambulatório.

O momento histórico temporal em que ocorre todo este processo é muito próximo ao da criação do SUS, pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990), cujas diretrizes regulamentam o funcionamento de todos os serviços de saúde, inclusive no âmbito da saúde mental. A saúde passa a ser reconhecida como um direito fundamental do ser humano e constitui dever do Estado prover as condições para seu pleno exercício. Transformada em um direito constitucional, cria demandas que precisam ser absorvidas pelos serviços. Quanto a isso, Campos (2007) afirma que sempre haverá recursos insuficientes em saúde, não havendo tudo o que os usuários precisam, tampouco o que os profissionais consideram necessário. Porém, sempre há a possibilidade de “inventar” um projeto terapêutico singular. Para isso, é necessário elucidar a produção de demanda por atendimento. Os CAPS procuram ser o local de excelência para responder a esta questão, problematizando a necessidade de atenção especializada.

A noção contemporânea de subjetividade ajuda a pensar a mudança ideológica em relação à saúde mental. Entendemos subjetividade como constante produção de um sentido de pertencimento, que baliza o que somos, o que pensamos e o que queremos. Não representa uma totalidade, pois está sempre em mudança. Realizamos uma dobra sobre o exterior, sobre o caos, criando uma interioridade que nos é própria, um território existencial. Na psicose, estas fronteiras estão fragilizadas e não se sabe ao certo a diferenciação entre o caos e entre o que nos pertence (SILVA, 2004).

A partir desse conceito, é possível refletir sobre a clínica da saúde

mental, em especial a clínica do CAPS. A clínica remete sempre a uma atitude política. Vai além do “klinikos”, que é o ato de debruçar-se ao leito, sobre uma demanda do sujeito, procurando encontrar uma solução. Clínica também é produção de devir, de diferença, ou seja, deslocar o sujeito na produção de seu sofrimento, para que ele possa pensar de um outro lugar (PASSOS; BARROS, 2001). A clínica da psicose exige do profissional um afastamento de sua posição de saber, para produzir, junto com o sujeito, uma dobra em seu sofrimento.

Compreendendo esta função da clínica, de produzir um desvio da posição de “assujeitamento”, é nosso compromisso desnaturalizar o instituído, descortinando o jogo de forças que dão corpo às formas de existência. Dessa forma, aparece a dimensão política da clínica, pois, questionando a história, apostamos numa intervenção nos processos de produção de subjetividade (PASSOS; BARROS, 2001).

As reformulações técnico-assistenciais e ideológicas em torno da saúde mental representam um processo constante e, para sua reafirmação nas práticas de cuidado, precisam de um parâmetro de eficácia. A construção de indicadores para avaliação dos serviços de saúde mental, especificamente dos CAPS, ainda carece de sistematização. Wetzel e Kantorski (2004) atentam para a particularidade dos indicadores avaliativos, pois, de acordo com a proposta dos CAPS, a quantificação epidemiológica do perfil dos usuários e dos atendimentos não garantem a eficácia do serviço nem a superação do modelo tradicional, que pode ser mensurada pela sua capacidade de reinserção social dos usuários. Contribui para esta carência a dificuldade de transpor os instrumentos epidemiológicos para a área da saúde mental, pela imprecisão dos diagnósticos e dificuldade de definir várias características das doenças.

Schmidt e Figueiredo (2007) propõem três eixos norteadores para avaliação e qualificação dos serviços de saúde mental: o acesso, o acolhimento e o acompanhamento. O acesso é visto como o ato de ingressar no serviço e de que forma esse serviço está disponível. Destaca-se a dimensão do acesso que envolve a recepção da demanda e a capacidade clínica do serviço responder a ela. O acolhimento vai além da recepção da demanda, podendo ser entendido como uma atitude de toda equipe de saúde, pautada na humanização e no reconhecimento do outro como sujeito de direitos. O acompanhamento, por sua vez, constitui-se como um importante nó crítico para o cuidado em saúde mental, pois, além de receber a demanda, é necessário dar-lhe um endereçamento, mesmo que seja fora do espaço físico do serviço, garantindo-se a continuidade do cuidado.

CARACTERIZANDO O TERRITÓRIO

Antes de caracterizarmos o território geográfico deste relato de experiência, é importante definir o conceito de território. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o território não corresponde apenas a uma delimitação geográfica. É, sobretudo, o local onde a vida das pessoas

acontece, onde é produzida a subjetividade. Envolve, portanto, a cultura local, condições sociais e ambientais, interesses, conflitos, instituições, cenários e relações. Assim, cada território terá um arranjo que lhe é peculiar. Enquanto rede de saúde, reconhecer estes arranjos e toda sua complexidade é fundamental para uma atenção efetiva e integral ao sujeito.

Além disso, é importante salientar que, além das pessoas, os serviços também são “conformados” pelo território em que estão inseridos, surgindo uma cultura institucional, que definirá o modo de funcionamento dos mesmos, seus processos de trabalho, o modelo de atenção e de gestão. Dessa forma, poderão ser identificados alguns analisadores nos serviços, mas que sempre estarão circunscritos num determinado território. Falar de um analisador é sempre singular.

Dito isto, delimitaremos o campo geográfico de reflexão deste trabalho. A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde é uma das 19 regionais que compõem a Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS. Está localizada no município de Caxias do Sul, abrangendo mais 48 municípios da região. Estima-se que estes municípios somem uma população de 1.079.601 habitantes, de acordo com o censo de 2010. Compreende quatro regiões de saúde, sendo elas: Caxias e Hortênsias (6 municípios), Campos de Cima da Serra (9 municípios), Vinhedos e Basalto (22 municípios) e Uva e Vales (12 municípios). A organização em regiões de saúde está prevista na Resolução CIT 01/2011, definindo-as como o território geográfico de municípios limítrofes, agrupados em torno de suas identidades culturais, econômicas e sociais. Sua finalidade é a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial da 5ª CRS conta com 16 CAPS, de todas as modalidades, com a seguinte distribuição: quatro CAPS tipo I, um CAPS infantojuvenil e dois CAPS ad III, na região Caxias e Hortênsias; um CAPS tipo I na região Campos de Cima da Serra; dois CAPS tipo I, um CAPS tipo II, um CAPS ad e um CAPS infantojuvenil na região Vinhedos e Basalto; dois CAPS tipo I e um CAPS ad na região Uva e Vales. Ressalta-se que a região de Campos de Cima da Serra, apesar de ter a maior área geográfica, possui baixa densidade populacional, não comportando outros CAPS. Está em curso a implantação de um CAPS tipo I Regional, que será referência para 4 municípios.

MÉTODO

O presente trabalho é um relato de experiência, construído a partir do contato, como coordenadora de saúde mental, com os serviços da área de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, especificamente os CAPS. Compreende um período de vigência anual, de setembro de 2014 a setembro de 2015. Ressaltamos que esta experiência é algo a ser construído a cada dia, delimitando-se um espaço temporal de forma parcial, pois entendemos que o tempo presente é sempre uma atualização do passado e uma prospecção do futuro (BARROS, 2003). Dessa forma, imprimimos, ao nosso fazer de hoje, o que fomos, as nossas convicções e

o que almejamos construir.

Nesse tempo-espço, instável e em constante construção, utilizamos o método cartográfico como instrumento para dar forma a este relato de experiência. Cartografia é uma metodologia de pesquisa desenvolvida por Deleuze e Guatarri (1995), citado por Kastrup (2007), que visa acompanhar um processo. Seu objetivo não é chegar a um fim, mas ir construindo o conhecimento ao longo do caminho (KASTRUP, 2007). A etiologia da palavra cartografia vem da geografia, sendo a arte de construir mapas. São mapas da realidade, acompanhando processos e intensidades que constituem a complexa trama dos cuidados em saúde. É um método cujo uso vem se ampliando na área de saúde, utilizado principalmente pela enfermagem (MARTINES; MACHADO; COLVERO; 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O mapeamento da realidade dos CAPS, objeto deste relato de experiência, foi problematizado em três tópicos, construídos a partir de relatórios de acompanhamento do modelo de atenção praticado nos serviços, objetivando avaliar as diretrizes preconizadas para os CAPS, conforme Portaria GM/MS 336 (BRASIL, 2002). São eles: O Lugar Estratégico e Função do CAPS; Produção de Cuidado e a Construção do PTS; Processos de Trabalho e de Gestão.

O lugar estratégico e função dos CAPS

Segundo Tenório (2007), os CAPS respondem a duas funções: cumprir seu papel de saúde pública e fazê-lo alicerçando uma clínica do acolhimento e do acompanhamento singular de cada sujeito. Podemos entender a primeira função relacionando-a com o imaginário social que envolve a loucura. Se surge algum caso de loucura na sociedade, não se recorre nem à polícia, tampouco à religião, mas sim à psiquiatria. Nesse sentido, o CAPS cumpre a função social e pública de responder a essas demandas, rompendo com a institucionalidade com a qual se trata a loucura no hospital e fortalecendo formas comunitárias de inseri-la na construção subjetiva do social. Um dos paradigmas a serem rompidos é a cura, a todo custo, da loucura, para sua inserção na constituição de cada sujeito (MACIEL, 2012).

Nessa perspectiva, observa-se também o trabalho em saúde mental realizado na atenção básica. É necessário avançar na estruturação dos processos de trabalho das equipes de atenção básica, buscando ampliar a função social e pública do cuidado à saúde mental. Isso retira a centralidade dos CAPS e do local físico onde ela ocorre, recolocando-a no sujeito que demanda cuidado. O trabalho das equipes de saúde, em nossa realidade, ainda carece de um olhar integralizado e orientado para o sofrimento do sujeito, para além das questões pontuais dos atendimentos. Percebe-se a crença de que a ausência de um serviço de atenção psicossocial impede a realização de intervenções psicossociais, entendidas como aquelas que vão aos territórios dos usuários, ou seja, além dos muros dos serviços e das paredes dos consultórios.

Para atender essas funções, o trabalho é organizado em equipes de referência, cujo papel baseia-se na formação do vínculo e (co)construção do tratamento, que envolve profissional de referência, equipe de saúde e usuário (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010). A equipe de saúde constitui-se não apenas pela equipe técnica, mas por todos os envolvidos com o cotidiano dos serviços, desde portaria, vigilância, limpeza e atendentes. São todos os que podem ter ou têm contato com o usuário e possuem papel extremamente importante na construção do vínculo e do acolhimento. Em nossa realidade, observamos as reuniões de equipe de alguns serviços envolvendo apenas a equipe técnica. Em outros, todos participam, menos o psiquiatra. Isso torna-se um analisador de qual modelo os CAPS estão reproduzindo. A centralidade do saber psiquiátrico, que possui a prescrição para a contenção da loucura, procura ser dissolvida pelas equipes de referência. Porém, reduzir esta à equipe técnica empobrece a função do CAPS de produzir um cuidado realmente substitutivo ao manicômio. Além disso, reforça a figura do médico como um profissional prescritor, que detém o saber acerca do que determinado indivíduo necessita.

A produção de cuidado e construção do PTS

Segundo Franco e Merhy (2005), a saúde tem valor de uso, criando no imaginário popular uma necessidade de consumo. Os locais onde a saúde pode ser “consumida” são os serviços de saúde. Desta forma, muitas vezes, o usuário acredita que só terá acesso à saúde pelo consumo de procedimentos, como uma consulta, exame, Raio x, entre outros. Contudo, a produção de saúde acontece pelo trabalho vivo em ato, ou seja, na relação profissional x usuário, e não apenas pelo consumo de procedimentos.

Esta dimensão perpassa o trabalho desenvolvido pelos CAPS, que precisam lidar, por um lado, com a grande demanda que chega a eles e, por outro, com os pedidos realizados. O rompimento com o modelo de cuidado praticado no manicômio é algo constante, pois este ainda está presente na demanda que chega aos serviços. São usuários solicitando uma consulta com o psiquiatra, outros já trazem a prescrição da medicação que precisam tomar. Lidar com estas questões é delicado, pois a equipe não pode negar este pedido, tampouco respondê-lo sem algum questionamento.

Observamos serviços orientados para uma atenção psicossocial e outros, seguindo sua constituição nos municípios, mostram-se extensões de um ambulatório que passou a ser chamado de CAPS. Nesses serviços, existem os pacientes que são considerados intensivos – que participam das oficinas, recebem auxílio na gestão do uso da medicação – e a grande maioria, que apenas consulta com o psiquiatra e renova suas receitas. Na maioria dos casos, o único psiquiatra do município fica no CAPS e toda demanda, então, é direcionada para este local. Porém, é necessário pensar formas de trabalhar esta demanda, que não se restrinjam apenas a uma prescrição, mas sim a um olhar ampliado, que possa problematizar

o pedido para além do que está explícito. Mecanismos como grupos de gestão autônoma da medicação, matriciamento e atendimentos conjuntos podem ser ferramentas utilizadas pelo CAPS para ampliar o cuidado em saúde mental.

A recepção está diretamente relacionada com a qualidade do acesso ao serviço, um dos eixos avaliativos propostos por Schmidt e Figueiredo (2007). Fatores organizacionais, expressos pelo desenho do serviço, podem ser facilitadores ou obstáculos, tanto do acesso como da utilização do mesmo. Em nossa experiência, verificamos a maioria dos serviços funcionando na política de portas abertas, ou seja, não há restrição do horário de acolhimento. Contudo, outros dispositivos utilizados pelos serviços podem restringir o acesso, tais como agendamento do acolhimento ou listas de espera para certos dispositivos de cuidado ou até mesmo para acolhimento inicial. Observa-se em alguns CAPS que, por receberem maior demanda, têm restrição no agendamento do acolhimento inicial de pacientes novos. Uma questão a ser problematizada é que uma eventual lista de espera não pode ser um impeditivo de acesso ao serviço e, principalmente, de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Surge uma ideia de que o cuidado somente iniciará após uma avaliação médica ou especializada, quando, na verdade, o vínculo se forma já no primeiro contato realizado, seja este pessoal, por telefone ou através de uma conversa com algum conhecido. Nesse momento, já construímos representações e criamos expectativas em relação ao serviço e ao atendimento.

Processos de trabalho e gestão no CAPS

Temos observado que as questões predominantes relativas à saúde mental e ao sofrimento psíquico, em nossa realidade regional, relacionam-se a quadros clínicos leves e moderados de transtornos ansiosos e depressivos. O endereçamento destas demandas, de acordo com a Política de Saúde Mental, seria a atenção básica, pois os CAPS deveriam atender, prioritariamente, casos de transtornos mentais graves, crônicos e persistentes (BRASIL, 2004). A constituição dos CAPS, em sua maioria, deu-se com a transição da equipe de saúde mental e dos casos já atendidos para o CAPS. Dessa forma, ocorreu uma transição de espaço físico, sem uma transição efetiva de processo de trabalho e de cuidado.

De acordo com as colocações de Tenório (2007), não existe uma dicotomia total entre CAPS e ambulatório, mas uma complementariedade. O CAPS foi pensado como uma estrutura comunitária e aberta para o tratamento clínico e psicossocial da psicose. O ambulatório, por sua vez, responde pelo tratamento de todos os outros quadros clínicos neuróticos, além das questões que imprimem sofrimento à vida dos sujeitos. Porém, o cuidado ofertado neste espaço carrega uma ideologia médico-pedagógica, fazendo-se pensar que a medicação ou o profissional de psicologia solucionarão as repercussões do sofrimento na vida. Dessa forma, vemos os nossos serviços atendendo uma considerável parcela de usuários

em moldes ambulatoriais, predominando atendimentos individuais e psiquiátricos. Um serviço que funciona neste modelo é como um CAPS que cheira a Haldol¹, caracterizado pela ampla oferta medicamentosa (LANCETTI, 2008).

O ordenamento do cuidado em saúde mental ainda é algo a ser questionado. Se o CAPS é responsável pela articulação da rede de saúde mental, sendo o ordenador do cuidado, a atenção básica, como principal porta de entrada do SUS, também assume este papel (BRASIL, 2013). A prática do matriciamento, visando oferecer um apoio às equipes de atenção básica no cuidado com a saúde mental, procura trabalhar o estigma que ainda acompanha as questões de ordem psíquica e romper com a lógica dos encaminhamentos desresponsabilizados (BRASIL, 2011). Contudo, esta prática ainda é incipiente, tanto nos CAPS como nos Núcleos de Apoio à Atenção Básica e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NAAB e NASF). Diversos CAPS não realizam esta função ou a enxergam apenas como palestras nas unidades de saúde e escolas. O matriciamento implica, inclusive, em mudanças nos processos de trabalho, sendo que, na maioria das vezes, em vez de compartilhar o cuidado, o núcleo de apoio é acionado para o atendimento do caso, sem envolvimento da equipe de atenção básica. Também podemos observar um desconhecimento, por parte dos gestores, da função e da importância do matriciamento, o que dificulta sua inserção nos processos de trabalho das equipes.

Nesse sentido, também houve avanços no conceito de rede. Com a portaria da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), esse conceito passou a ser concebido como a interação entre os diferentes pontos de atenção, e não apenas como a existência de um serviço. A rede já não tem mais um centro, como antes era ocupado pelo CAPS, mas diferentes pontos de atenção, que só emergem como rede quando orientados para um objetivo em comum. Da mesma forma, o PTS não é apenas uma sequência de atendimentos – caracteriza-se pelo conjunto de ações que visam recolocar o sujeito nos caminhos de sua própria vida, resgatando a autonomia.

Dessa forma, para aprimorar os processos de gestão dos serviços de saúde mental, em especial os CAPS, julgamos fundamental a estruturação de um rol de indicadores, corroborando o posicionamento de Wetzel e Kantorski (2004), que atentam para a particularidade dos indicadores e sua contextualização. A avaliação deve considerar a lógica do atendimento, se indica uma mudança de cuidado, ou se está, em outros espaços, reproduzindo a lógica manicomial. Considerando que um dos objetivos dos serviços de saúde mental é constituírem substitutivos das internações, o número de internações é importante na avaliação; porém, não é preditor da qualidade do cuidado, assim como o número de atendimentos ou ações desenvolvidas. Pelo contrário, a leitura descontextualizada desses indicadores pode, inclusive, reforçar o modelo hospitalocêntrico. Muitas vezes, a gestão entende a eficácia do serviço pelo quantitativo de consultas, o que acaba por direcionar a prática dos profissionais para esta produção, principalmente do profissional médico.

¹ Fármaco antipsicótico e regulador de humor amplamente ministrado para pacientes psiquiátricos.

O processo avaliativo deve considerar a cultura institucional, produzida pelos atores envolvidos. É preciso explicitar o jogo de forças que emerge das ações em busca da resolução das demandas produzidas nos serviços. Estas ações envolvem a ética profissional, o entendimento histórico e cultural de cada um e suas representações sociais, que convergem para sua prática profissional (WETZEL; KANTORSKI, 2004). Esse nó crítico não pode passar despercebido pela gestão da saúde, em especial, da saúde mental, pois traz à tona o protagonismo de cada ator envolvido, sua responsabilização pela realidade produzida e, sobretudo, pelo modelo de cuidado preconizado para a atenção à saúde mental. Reiteramos que este modelo foi, e está sendo, fruto de militâncias, lutas e movimentos sociais, assim como o SUS, e é expresso no cotidiano dos serviços pela constante luta em defesa das práticas que acreditam em um cuidado em liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O que faz um anjo quando percebe que a desesperança invade a alma humana?”. Iniciamos nossas reflexões finais com a frase de Pelbart (1993), questionando o que, como serviço de saúde, é possível fazer com as demandas advindas dos usuários. Durante muito tempo, acreditou-se que o SUS poderia responder a todas estas demandas, num modelo técnico centrado. Especificamente na área da saúde mental, que a psicologia ou a psiquiatria teriam a fórmula, a receita para curar as mazelas que acometem a alma humana.

Viu-se a propagação de técnicas, de procedimentos, geração de consultas, exames e a saturação de um sistema pelas listas de espera. Diversos autores já apontam para a necessidade de uma mudança técnico-assistencial no agir em saúde, apostando em outras tecnologias, baseadas na relação e no trabalho vivo, para a produção de práticas centradas no usuário, promotoras de autonomia.

No campo da saúde mental, percebe-se a necessidade de um trabalho integrado com a atenção básica e efetiva implantação da rede de saúde mental. Acreditamos que um trabalho em rede só é possível e só existe se houver sintonia e um objetivo em comum, bem como a implicação e sustentação da prática profissional em prol de um modelo de cuidado. Os esforços para isso ocorrem desde a formação profissional, que precisa abarcar o campo de políticas públicas de forma mais contextualizada.

Ainda há muito caminho a avançar, e sempre haverá, para chegar-se ao tão sonhado modelo ideal. Questiona-se inclusive a existência de um ideal. A nova configuração das redes de atenção implica em novas formas de gestão, já que não existe um centro que detém todo poder decisório sobre os percursos que o sujeito percorrerá nos diversos pontos de atenção. O centro da rede e gestão do caso emergem conforme as demandas dos atores envolvidos; portanto, em cada ponto é necessário um certo poder decisório e autonomia dos profissionais.

Acreditamos no possível, compreendido como a junção do real e do ideal, somado ao comprometimento, ética e desejo dos atores envolvi-

dos. Essa crença deve servir de motor para impulsionar nossas ações em busca de um modelo de cuidado e de saúde que acreditamos e defendemos, recordando-se que para isso é fundamental assumir também nossa posição de não-saber. É justamente por não saber do sofrimento do outro, das necessidades do outro, que temos que, a todo momento, sair de nossa posição de conforto e refletir sobre nossa prática, sobre a força de produção de subjetividade e sobre o modelo de cuidado que estamos reproduzindo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>>. Acesso em: 13 out. 2016.

BARROS, R. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempo neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura ética e política**: escritos militantes. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei federal n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução MS/GM n. 01, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), nos termos do Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html>. Acesso em: 11 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2005. p. 181-192.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

LANCETTI, A, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MACIEL, S. C. Reforma Psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/310212698/Reforma-Psiquiatica-No-Brasil-Algumas-Reflexoes>>. Acesso em: 14 out. 2016.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 203-211, 2013. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1354/1158>>. Acesso em: 5 out. 2016.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 441-456, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n3/a05v13n3.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2016.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ**, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 1, p. 89-100, 2001.

PELBART, P. P. **A nau do tempo rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Os Três As: acesso, acolhimento e acompanhamento: uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública**: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública**: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.

SILVA, R. N. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. **Revista do Departamento de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 55-75, jan./jul. 2004.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 593-598, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72158/000491563.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 6 out. 2016.

MODALIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: ENTRE A AÇÃO EDUCATIVA INOVADORA TRANSFORMADORA E A REITERATIVA CONSERVADORA

Eduarda Signor: Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS | Brasil). Contato: eduardasignor@hotmail.com

Luiz Anildo Anacleto da Silva: Enfermeiro. Dr. em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões, Palmeira das Missões (RS | Brasil). Contato: luiz.anildo@yahoo.com.br

Rafael Marcelo Soder: Enfermeiro. Dr. em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões, Palmeira das Missões (RS | Brasil). Contato: rafaelsoder@hotmail.com

Fernanda Beheregaray Cabral: Enfermeira. Dr.^a em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões, Palmeira das Missões (RS | Brasil). Contato: cabralfernandab@gmail.com

Leila Mariza Hildbrandt: Enfermeira. Dr.^a em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões, Palmeira das Missões (RS | Brasil). Contato: leilahildebrandt@yahoo.com.br

RESUMO

No presente artigo, objetiva-se analisar as propostas de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva da práxis. Para o desenvolvimento desse estudo, utilizou-se uma abordagem qualitativa, do tipo descritiva documental. Os dados foram coletados em setembro de 2015. Foram analisados sete projetos submetidos à Coordenadoria Regional de Saúde. Na apreciação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. O projeto foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número do CAAE: 46056015.7.0000.5346. Os dados indicam, como resultados, uma incipiente produção de projetos de educação permanente em saúde. Evidencia-se também que as modalidades educativas desenvolvidas podem ser caracterizadas como inovadoras transformadoras ou de cunho reiterativa conservadora. Conclui-se que a utilização de diferentes modalidades educativas pode sedimentar ou revitalizar o processo de trabalho em saúde, assim como trazer avanços para o processo. **Palavras-chave:** Educação Permanente; Gestão em Saúde; Políticas de Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Em parceria com o Pacto de Gestão, em 2004, foi instituída no Brasil a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Suas estratégias de ação e transferências de recursos para financiamento das ações foram redefinidas pela Portaria GM/MS n. 1.996/07. Essa Portaria também insti-

tuiu transferências regulares e automáticas dos recursos para a Educação Permanente em Saúde (EPS) do Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde. Essa estrutura de repasse é aplicada apenas nas regiões que anuíram ao Pacto de Gestão (BRASIL, 2007, 2009).

A EPS tornou-se uma alternativa para a transformação no espaço de trabalho, sugerindo metodologias diferenciadas para aprender e educar, substituindo as capacitações pontuais, tecnicistas e de cunho reiterativo. Na concepção de EPS, as ações educativas transpassam-se contiguamente com o processo de trabalho e os sujeitos envolvidos no processo educativo ora são educadores, ora são educandos – se utilizam de saberes específicos do seu espaço de trabalho, transformando a natureza e a sociedade, ao mesmo tempo em que alteram a si próprios (SILVA et al., 2011).

A condução da PNEPS também foi redefinida pela portaria e, atualmente, ocorre por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR) – que, antes da promulgação do Decreto n. 7.508/11, eram denominadas como Colegiado de Gestão Regional (CGR) –, com participação das CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a CIR é composta por gestores municipais de saúde (e/ou representantes) do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde. É responsável por instituir processos de planejamento regional para a EPS, tendo em vista as prioridades e as responsabilidades assumidas no Termo de Compromisso e no Plano de Saúde dos entes federados participantes. A CIES é instituída por gestores municipais e estaduais de saúde e educação (e/ou seus representantes), trabalhadores do SUS, instituições de ensino com curso na área da saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por finalidade sugerir, gerir e avaliar os projetos de EPS e repassar informações ao Colegiado de Gestão Regional, para que este possa orientar as decisões em relação ao Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2011).

A CIES tornou-se um importante espaço para realizar articulações interinstitucionais para a integração entre ensino e serviço. Assim, esta foi uma importante medida para que as ações indutoras de formação de recursos humanos para o SUS avançassem no que tange à integração ensino-serviço como condição de implantação e manutenção dessas ações (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

As relações entre serviço e as instituições de ensino são entendidas como trabalho coletivo, firmando pactuações e integrando os discentes e docentes da saúde com os trabalhadores que compõem as equipes de saúde no serviço (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A união entre o ensino e o serviço propende à qualidade da atenção à saúde dos usuários, bem como à qualidade da formação desses profissionais e ao crescimento e satisfação dos trabalhadores do serviço. Nesse sentido, a CIES torna-se uma tática de implementação da PNEPS. Assim, constitui-se como ponto de pauta para deliberação dos órgãos

colegiados estaduais, na atual estruturação da EPS (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

Na concepção da EPS, as ações educativas se desenvolvem de acordo com o cenário dos trabalhadores, compreendendo suas necessidades a fim de transformar as práticas de saúde. Com este pensamento, os trabalhadores em formação constroem estratégias participativas para desenvolver suas habilidades e novos conhecimentos (PEDUZZI et al., 2009).

Contiguamente, a EPS constitui-se em importante vertente de transformações, buscando mudanças com propostas motivadoras e eficazes, de acordo com as necessidades sentidas e vivenciadas no cotidiano de trabalho. Para efetivar a EPS, faz-se necessário construir propostas conforme as necessidades dos trabalhadores e, em especial, de acordo com as necessidades da população (SIGNOR et al., 2015). Para isso, incentivar parcerias entre as instituições de ensino e os serviços de saúde poderá facilitar a realização de ações educativas, contribuindo para o desenvolvimento de atividades integrativas, com foco nas necessidades dos serviços, e formando parcerias entre a extensão, a pesquisa e a EPS (SILVA et al., 2013).

Ainda, a política de EPS oportuniza que os programas educativos classificados como tecnicistas e reiterativos passem a promover ações inovadoras e transformadoras. O elo entre estes dois modelos nos faz repensar a revitalização do conhecimento técnico, contribuindo para a transformação, de modo a compreender e investir no contexto pessoal, profissional e social (SILVA et al., 2010).

A palavra “práxis”, empregada pelos gregos na Antiguidade, significa a ação propriamente dita, ou seja, a práxis é a ação humana sobre a matéria e a criação. Vázquez (2007) propõe diferentes níveis de práxis: a práxis *criadora*, a práxis *reiterativa*, a práxis *espontânea* e a práxis *reflexiva*. A práxis *criadora* está comprometida com a produção e a autocriação, que permite enfrentar novas necessidades e situações, caracterizando o trabalho criativo e inovador. Essa modalidade de práxis tem como traços característicos: unidade indissolúvel no processo prático do subjetivo e do objetivo; imprevisibilidade do processo e do resultado; unicidade do processo e não repetição do produto.

A práxis *reiterativa* reduz a criação ao conceber um trabalho em cadeia, parcelado, de produção em série. Há a dicotomia entre concepção e execução, rompendo-se com a unicidade do processo prático. Nessa práxis, o processo de criação fica tolhido e é reforçada a repetição – seu modo de transformação já é conhecido. Na práxis *espontânea*, está encadeada ao grau de consciência envolvida na atividade prática, ou seja, neste nível de práxis leva-se em conta o grau de consciência que se têm da atividade prática. Já a práxis *reflexiva* refere-se ao elevado grau de consciência que envolve uma atividade prática. Esse nível de práxis tem caráter transformador (VÁZQUEZ, 2007).

Nesse sentido, buscou-se compreender que modalidades de projetos educativos são propostos e implementados em uma determinada regional de saúde. Para tanto, a questão de pesquisa procura responder: qual

a tipologia dos projetos educativos, em relação à práxis no trabalho em saúde, que vêm sendo desenvolvidos? Portanto, o objetivo do estudo é analisar as propostas de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva da práxis.

MÉTODO

O estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e documental (GIL, 2010; LUDKE; ANDRÉ, 2013). Procurou-se evidenciar quais as características dos programas educativos que foram submetidos, avaliados e implementados em uma Coordenadoria Regional de Saúde, de 2007 a 2014. A escolha desse período de tempo pode ser justificada em razão da aprovação da portaria 1.996/07, que institui as Comissões de Integração Ensino Serviços (CIES).

Os dados foram coletados em setembro de 2015, através da leitura dos sete projetos submetidos. Na apreciação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. Nesse sentido, a análise dos documentos foi organizada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011). Para cada publicação coletada, fez-se uma ficha de leitura contendo: título, resumo, metodologia, público-alvo e modalidade educativa.

Os preceitos éticos foram baseados na Resolução n. 466/12, que diz respeito a pesquisas e visa a assegurar os direitos e deveres referentes aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012). A coordenadoria de saúde em que se realizará o estudo não será identificada. Também foram tomados todos os cuidados para a análise dos documentos, evitando citar alguma particularidade que possa identificar os autores/locais. Nesse sentido, o projeto foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, conforme número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 46056015.7.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo é decorrente de um projeto de pesquisa que envolve uma Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Fazem parte deste estudo sete projetos que foram submetidos à CRS/RS para apreciação, no período de 2007 a 2015. O estudo foi desenvolvido em uma CRS que abrange 26 municípios. Dentre esses, uma cidade tem população acima de 30 mil habitantes, uma tem aproximadamente 20 mil, três municípios possuem cerca de 10 mil e os demais possuem menos de 10 mil habitantes, totalizando uma população total na região de estudo próxima de 160 mil habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012).

A sociedade espera que os trabalhadores em saúde estejam cada vez mais qualificados no exercício de suas funções. Nesse sentido, os serviços são organizados e o processo de trabalho é concretizado a partir das atividades desenvolvidas, buscando maior qualidade na produção, na

economia e na segurança (SILVA et al., 2010). Dessa forma, a EPS configura-se como uma forma de valorização do profissional e sua concretização se dá a partir de processos educativos que objetivam a transformação do processo de trabalho. Assim, pode ser considerada orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos sujeitos trabalhadores e das estratégias de transformação das práticas em saúde (CECCIM, 2005; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Vázquez (2007, p. 265) diz que “toda a vida social é essencialmente prática” ao afirmar que a prática social pode ser decomposta em diferentes setores, considerando-se o objeto ou o material sobre o qual o homem exerce sua atividade transformadora. A práxis, portanto, é a ação humana sobre a matéria e a criação e, através dela, pode ter uma nova realidade. A práxis pode ser decomposta em quatro níveis: criadora, reiterativa ou imitativa, reflexiva e, por último, espontânea. Precisa-se salientar: os diferentes níveis de práxis não eliminam os vínculos mútuos entre uma e outra modalidade.

Nessa perspectiva, para a classificação das modalidades educativas, o estudo foi norteado pelos preceitos da filosofia da práxis. Para tal, foram concebidos dois modelos: a educação inovadora transformadora e a educação reiterativa conservadora. A práxis inovadora transformadora, proposta no estudo, tem como parâmetro as ações que fomentam a criação, visando à interação da consciência e da prática. Buscando refletir sobre modo de criar, transformar e transcender, essa concepção educativa tem como preceito subsistente a práxis criativa. Já a práxis educativa reiterativa tem como característica a repetição ou imitação das ações, não produzindo novidades à realidade e tendo um grau limitado de consciência. Essa proposta adota como embasamento teórico a práxis reiterativa (VÁZQUEZ, 2007).

Foram observados sete projetos de EPS, quanto ao público-alvo, aos objetivos e às metodologias educativas. A análise dos dados permitiu a construção de duas categorias empíricas: propostas educativas inovadoras transformadoras e as propostas educativas reiterativas conservadoras.

PROJETOS EDUCATIVOS INOVADORES E TRANSFORMADORES

A primeira categoria aborda as concepções educativas relacionadas às propostas inovadoras transformadoras. Essa proposta tem ênfase na mutabilidade do processo de trabalho, a partir das necessidades encontradas nas vivências do cotidiano. Nessa categoria, constam cinco projetos com diferenciado público-alvo; porém, todos direcionados a profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira proposta educativa tinha como público-alvo trabalhadores de saúde da atenção básica, comunidades terapêuticas, controle social e movimentos sociais ligados à saúde. Os objetivos da intervenção educativa consistiam em proporcionar aos membros dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e aos trabalhadores da saúde para transformar e qualificar a intervenção junto a pessoas portadoras de transtornos

mentais e dependência química. A metodologia educativa consistiu de rodas de conversa.

Visando à transformação e à qualificação do processo de trabalho, a EPS é considerada como um espaço para a produção e aplicação de saberes, com foco no desenvolvimento humano (PEREIRA, 2003). Assim, investir em processos educativos para os trabalhadores de saúde e para os CMS implica em mudanças significativas no processo de trabalho e, conseqüentemente, proporciona um olhar integral e humanizado aos usuários do sistema. É fundamental gerar incentivos na realização de processos educativos que objetivem expandir a visão dos profissionais acerca de suas funções e atribuições cotidianas, resultando na melhoria da realização de suas atribuições legais.

Com o intuito de auxiliar nos processos educativos, a Lei 8.142/90 instituiu o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual é responsável por deliberar a formulação de diretrizes para o processo de capacitação dos Conselheiros de Saúde através do Programa de Educação em Saúde. Por capacitação, entende-se como os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros e/ou uso de metodologias de educação a distância (BRASIL, 2002). Nesse sentido, investir em processos educativos aos trabalhadores do Conselho de Saúde é fundamental para que os Conselheiros e os demais profissionais atuantes na saúde possam desempenhar suas funções de forma mais efetiva.

Em um estudo desenvolvido por Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), foi observado que 79,4% dos conselheiros entrevistados nunca receberam nenhum tipo de capacitação e/ou modalidade educativa e 85% dos conselheiros relataram sentir necessidade de receber capacitações para atuar no Conselho Municipal de Saúde, sendo fundamental para o exercício do controle social. Observa-se que ainda são realizados poucos processos educativos direcionados aos trabalhadores. Além disso, os profissionais não conhecem plenamente suas atribuições e sentem necessidade de atualização para realizar seu processo de trabalho de forma eficaz.

No entanto, em estudo realizado por Verdi (2010), são relatadas iniciativas que têm sido desenvolvidas visando oportunizar rodas de conversa para articular as potencialidades e fragilidades na atuação dos Conselheiros de Saúde, aprimorando o conhecimento acerca das políticas de saúde e estreitando os laços entre os conselheiros e o Conselho Municipal de Saúde. Assim, oportunizar ações educativas aos profissionais de saúde para compreender suas atribuições resultará positivamente e proporcionará um olhar mais amplo ao indivíduo no decorrer do processo de trabalho.

A segunda proposta tinha como objetivo capacitar trabalhadores em saúde com foco na prevenção ao uso de drogas, voltado, principalmente, para a prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Posteriormente, buscou-se desenvolver espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade, pois, comprovadamente, essa

iniciativa constitui um importante dispositivo para construir respostas sociais com vistas à superação das relações de vulnerabilidade em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), às infecções pelo vírus HIV e à AIDS, assim como no que se refere à gravidez não planejada e às drogas.

Os processos de educação devem ter como foco a problematização do cotidiano, com valorização da experiência dos indivíduos/grupos sociais, considerando as diferentes realidades e contextos sociais (SIGNOR, 2015). A adolescência é considerada uma etapa crucial para o desenvolvimento humano, fortemente marcada por vulnerabilidades, como gravidez precoce, contaminação por DSTs, uso de drogas e violência (JARDIM, 2012). Nesse sentido, capacitar os profissionais em saúde para repassar informações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de DST/AIDS e utilização de métodos contraceptivos torna-se uma ferramenta fundamental para a diminuição dos casos entre esse público.

A educação em saúde, constituída por problematizações, apresenta-se como estratégia fundamental para o desenvolvimento dos adolescentes, com discussões de temáticas relacionadas à saúde sexual e ao uso de drogas. Incentivar parcerias entre ensino, pesquisa e extensão e aproximar as universidades aos serviços de saúde acarretam em espaços de produção de conhecimento científico, contribuindo para repensar as práticas em saúde incorporadas com propostas inovadoras (COELHO et al., 2012).

Diversas estratégias podem ser formuladas para alertar e despertar o interesse dos adolescentes, como grupos de discussão com demonstrações visíveis e troca de experiências, fornecimento de *folders* informativos, exibição de vídeos, distribuição de métodos contraceptivos e orientação sobre a utilização dos mesmos, apresentação de histórias reais com envolvimento com drogas, entre outras. Também se torna importante o planejamento de gravidez e o combate ao uso de drogas entre os adolescentes, que são os principais alvos destes acometimentos. Ainda, investir em processos educativos para a população-alvo é um dispositivo essencial para construir mudanças sociais, visando superar situações de vulnerabilidade.

A terceira proposta educativa estava voltada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo por objetivo agregar conhecimentos e compreensões acerca da Política de EPS. A inserção dos ACS nas equipes de saúde não exige uma qualificação prévia, embora se reconheça as particularidades do seu processo de trabalho. No entanto, o agente necessita de conhecimentos básicos que proporcionem aporte para a realização de suas práticas, exercendo suas atividades de forma efetiva. Assim, a utilização da EPS torna-se importante ferramenta para a qualificação desses profissionais (ROSSETTO; SILVA, 2010).

As ações educativas realizadas junto aos ACS são elencadas a partir das necessidades de aprimoramento e conforme as carências dos agentes (SIGNOR, 2015). Ressalta-se que as instituições de saúde e os gestores devem objetivar a capacitação profissional, visando ao crescimento do

nível de informação e conhecimento fundamental para desenvolver suas atividades profissionais (FERREIRA; KURCGANT, 2009). O agente comunitário de saúde necessita de saberes básicos que deem aporte para a realização de suas práticas, podendo exercer suas atribuições de forma efetiva. Nesse sentido, a utilização da EPS como ferramenta de qualificação representa mecanismos importantes para o ACS (ROSSETTO; SILVA, 2010).

Nesse cenário, a EPS representa as diferenciações no desenvolvimento de ações do ACS, aprimorando os seus conhecimentos e as suas práticas no processo de trabalho, voltadas às suas atividades. Os agentes comunitários representam um importante elo entre os sujeitos, usuários, comunidades, populações e profissionais de saúde (ROSSETTO; SILVA, 2010).

A quarta proposta educativa abordava a capacitação dos integrantes da Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) microrregional, oportunizando uma melhor compreensão acerca da Política de EPS e da Política Nacional de Humanização (PNH), de modo a empoderar os sujeitos participantes para cumprir com suas atribuições previstas na portaria 1996/2007. O curso de capacitação ofertado possui carga horária de 8 horas.

A integração ensino e serviço é compreendida pelo trabalho coletivo, pactuado pelos discentes e docentes dos cursos da área da saúde com profissionais que atuam no SUS. Essa integração visa à qualidade da saúde dos indivíduos, tanto quanto à qualidade de formação dos profissionais e à satisfação dos trabalhadores (ANDRADE; MEIRELLER; LANZONI, 2011).

Assim, a EPS é uma estratégia que envolve educandos e educadores, com a finalidade de, juntos, aprimorar sua capacidade de articular mudanças, possibilitar a troca de experiências e proporcionar a construção coletiva da cultura organizacional de aprendizagem no dia a dia de trabalho (SILVA et al., 2012). Com isso, a realização de processos educativos com os integrantes da CIES, explicitando os objetivos da política de EPS, é um fator importante para formar uma comissão com integrantes que reconheçam os objetivos e as diretrizes da política e, conseqüentemente, compreender as atribuições e funções da CIES.

A quinta proposta educativa tinha como foco a qualificação profissional de auxiliares e técnicos de enfermagem, de forma a exercerem suas funções de maneira consciente e inovadora, favorecendo as necessidades, realidades e perfis dos sujeitos como seres cuidadores. O curso possui carga horária de 80 horas, distribuídas em aulas expositivas e trabalhos individuais, coletivos e seminários.

A EPS propõe que os processos de educação na saúde sejam desenvolvidos a partir da fragilidade encontrada no processo de trabalho, objetivando modificar esse cotidiano e tendo em vista as particularidades dos usuários (BRASIL, 2004).

Aproximar a educação ao cotidiano de trabalho é potencialmente profícuo, pois, na perspectiva da EPS, esse ambiente também é um espaço de aprendizado. Ainda, associar reflexivamente as ações diárias do ofício com as situações vivenciadas rotineiramente qualifica o processo de trabalho. Assim, as modificações das práticas organizacionais nos

serviços de saúde implicam em contribuições para o desenvolvimento de novas habilidades e contextos que alimentem as práticas de saúde (BRASIL, 2009).

Um estudo recente destaca a importância de associar aspectos educativos ao contexto de trabalho (JESUS et al., 2011). Sobre essa questão, Silva e Seiffert (2009) ressaltam a importância e a necessidade da realização de ações educativas, frisando as exigências de renovação de tecnologias e integração de conhecimento, atrelada a um novo olhar do trabalho em saúde.

A EPS está ligada ao processo de trabalho (atenção, gestão, ensino e controle social) e seu foco está em fomentar o trabalho multiprofissional e a integralidade, relacionados com as reais necessidades dos atores envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários). A possibilidade de transcender é caracterizada por ações individuais e coletivas, que visam à transformação social a partir da reflexão de possibilidades futuras. No entanto, as propostas somente funcionam quando aplicadas coletivamente (SILVA et al., 2011).

Sob a concepção da práxis, os princípios da educação permanente são estabelecidos pela reflexão e ação, percebidas/vivenciadas a partir do cotidiano de trabalho em saúde e das possibilidades de transformação da realidade. A inovação e transformação precisam ser projetadas através do entendimento precípua da realidade e do compromisso com mudanças. Na práxis criadora, há unidade de teoria e prática: quando a prática se revela teoricamente e a teoria subsidia a prática pode-se transformar a realidade. Dessa forma, a práxis transcende a teoria, pois é na prática que essa se efetiva como uma atividade social. A concepção de educação permanente sob o olhar da práxis criadora está comprometida com a criação e a transformação.

Projetos educativos reiterativos conservadores

A segunda categoria refere-se às propostas educativas de caráter reiterativas e conservadoras, em que os projetos têm ênfase em treinamentos, cursos e capacitações, resolvendo apenas problemas específicos do cotidiano de trabalho. Nessa categoria, constam dois projetos destinados a profissionais atuantes no SUS.

Na sexta proposta educativa, os integrantes da CIES e demais profissionais da saúde têm por objetivo capacitar trabalhadores da Atenção Básica para desencadear estratégias de ação em saúde mental, buscando melhorar as condições de saúde e de vida dos sujeitos acometidos por sofrimentos psíquicos graves, com vistas à ampliação e reorganização da rede de atenção integral à saúde mental. O curso teve uma duração de 100 horas, divididas em quatro módulos de 25 horas e um momento de dispersão, que ocorreu nos intervalos dos módulos e contou com atividades a serem desenvolvidas nos locais de trabalho.

Nessa concepção, as ações educativas apontam para atos isolados, realizadas, por exemplo, através de palestras, e objetivando solucionar

situações imediatas. Essas características expressas focam para processos de educação continuada, com base tecnicista de aprendizado linear, razão que são atividades pontuais, reiterativas e voltadas à complementação de técnicas (ROSSETTO; SILVA, 2010).

Os processos educativos não devem focar somente sobre o aperfeiçoamento técnico, mas contribuir para o alcance da autonomia e da cidadania dos trabalhadores, além de resgatar sua multidimensionalidade, assim se constituindo como fundamento de não alienação (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001). A concepção educativa que tem como enfoque os treinamentos e cursos está relacionada à práxis reiterativa (VÁZQUEZ, 2007). Nesse sentido, existe uma rotina no fazer, pois o “fazer” caracteriza-se por repetir ou imitar ações antecipadamente treinadas (BRASIL, 2004).

A sétima proposta educativa destinava-se aos auxiliares de consultório dentário e trabalhadores dos serviços de saúde bucal. O objetivo do curso era formar profissionais na área da saúde, para o pleno exercício de suas funções mentais, cognitivas e socioafetivas, com capacidade de aprender com autonomia e assimilar/selecionar o crescente número de informações. Além disso, construir novos conhecimentos e habilidades e enfrentar situações inéditas com dinamismo, flexibilidade e criatividade, compreendendo suas bases sociais, econômicas, técnicas, tecnológicas e científicas. O curso estava estruturado em um módulo, com 400 horas teórico-práticas e 200 horas de estágio supervisionado, habilitando o profissional a atuar como Auxiliar de Consultório Dentário.

Nas práticas em saúde, os treinamentos são compreendidos como indispensáveis para o processo de trabalho, sendo motivadores para segurança e efetividades nas ações e serviços (SILVA, 2007). Em estudo conduzido por Gomes et al. (2014), os autores afirmam que existem ações educativas isoladas pontuais e fragmentadas, desenvolvidas com os trabalhadores da saúde. Nesse contexto, a EPS constitui-se como ferramenta de crescimento e aperfeiçoamento para esses profissionais.

No entanto, não se deve entender como incorreta a concepção de treinamentos. É necessário que estes estejam atrelados às propostas educativas que contemplem a ampliação do conhecimento para a promoção da participação e da autonomia. Ainda, é imprescindível que exista elo entre a cultura marcada pelas crenças, valores, sentimentos e atitudes de todos os atores envolvidos (profissionais e usuários) no processo (SILVA et al., 2011).

Um estudo recente, desenvolvido por Jesus et al. (2011), aponta a necessidade de realização de uma revisão no processo de capacitação que vem sendo realizado. Também foi considerado relevante identificar as demandas e as expectativas para a qualificação dos trabalhadores, bem como a possibilidade de criação de um Núcleo de Educação Permanente voltado à capacitação desses profissionais.

Ressalta-se que devem ser incluídas ações educativas e aspectos que considerem a mudança de paradigma na formação profissional e na atenção à saúde. Os participantes de um estudo publicado por Tronchin

et al. (2009) apontam para a valorização profissional e autonomia na realização de atividades relacionadas às competências de cada profissional, destacando a EPS como estratégia de transformação do processo de trabalho e atualização de conhecimentos, bem como a formação de agentes multiplicadores junto à equipe e aos usuários.

Outro aspecto parte da necessidade de buscar metodologias diferenciadas no processo de EPS, pautadas na concepção de educação dialógica e transformadora, visando à melhoria da formação profissional em saúde e à qualidade na assistência prestada aos usuários (JESUS et al., 2011).

Essas ações devem ser baseadas em métodos que possibilitem relacionar as propostas e a realidade, possibilitando um olhar diferenciado na tomada de decisões que condizem com o cotidiano de trabalho e com as necessidades dos usuários. Deve-se ainda levar em consideração não somente o conhecimento acadêmico, mas também o conhecimento prático, que favorece a reflexão a partir do conhecimento que o profissional já possui (DAVINI, 2009).

A concepção de educação reiterativa conservadora está comprometida com o instituído. Dessa maneira, sua forma de condução já é conhecida, a criação e a transformação são modestas e, às vezes, exíguas. Essa modalidade educativa não produz uma nova realidade; contudo, torna-se importante na medida em que aperfeiçoa o que já foi criado e pode multiplicar quantitativamente ações já existentes. Nem tudo é mutável; porém, em razão da celeridade na construção do conhecimento, em especial na saúde, é necessário revisitar continuamente a interligação/religação dos fazeres das práticas e dos saberes da teoria.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu evidenciar que a maioria dos projetos submetidos à CRS/RS em questão tem caráter inovador transformador, ainda que algumas modalidades educativas apontem para projetos reiterativos conservadores, com foco no aprimoramento de técnicas. Esse artigo representa apenas uma CRS/RS, então não se pode generalizar os resultados. Ressalta-se que as modalidades educativas de cunho inovadoras transformadoras, conjuntamente com as propostas educativas reiterativas conservadoras, são igualmente úteis na formação/aperfeiçoamento, tornando-se indispensáveis na revitalização do conhecimento dos trabalhadores.

O aspecto reiterativo de educação no trabalho refere-se a capacitações pontuais de atenção a determinados procedimentos ou condutas, situação em que a necessidade de “proceder” sempre da mesma forma significa mais segurança, principalmente na atenção em saúde nos casos críticos de vida. O aspecto inovador está articulado com maneiras diferenciadas de educação no trabalho, tendo como eixo o compromisso com a criação e a inovação. As mudanças no espaço de trabalho estão vinculadas à criação, ao fazer diferente, tendo como base a teoria e as práticas, mediadas por reflexões sobre saber-fazer, estimulando, assim, mudanças no processo de trabalho. Na educação no trabalho em saúde,

uma modalidade não exclui a outra, assim como não há sobreposição em níveis de importância. A opção por uma ou outra modalidade parte das necessidades dos educandos.

Ainda, ressalta-se a importância e efetividade de realizar parcerias das universidades (ensino, pesquisa e extensão) com os serviços de saúde, expandindo os conhecimentos dos trabalhadores e possibilitando a reflexão e a transformação do processo de trabalho em saúde. A proposta de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde poderia ser responsável por profundas mudanças no processo de trabalho. Contudo, embora a política seja inovadora e tenha base em teorias educativas inovadoras, a quantidade de projetos aprovados em uma coordenadoria que envolve 26 municípios ainda pode ser considerada modesta.

Enfim, espera-se que esse estudo possa contribuir para o aperfeiçoamento das atividades de EPS no cotidiano de trabalho dos sujeitos atuantes na área da saúde, qualificando a integralidade dos usuários. Também se faz necessário incentivar o desenvolvimento de um maior quantitativo de projetos submetidos à CRS, com a intenção de ampliar processos educativos com a perspectiva de transformação do processo de trabalho e de capacitação profissional.

Frente ao exposto, entende-se a necessidade da contínua realização de pesquisas relacionadas à temática, a fim de incentivar gestores e trabalhadores para a aplicação de projetos de EPS à CRS, visando a transformar o processo de trabalho dos diversos atores dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 25 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_capacitacao.PDF>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, ago. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 25 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei n. 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 13 abr. 2017.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**, v. 1, p. 19-27, dez. 2011. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu v. 9, n. 16, p. 161-77, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

COELHO, M. M. F. et al. Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 390-395, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14271/pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a10.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58.

FERREIRA, J. C. O. A.; KURCGANT, P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 31-36, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a05v22n1.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, I. E. M. et al. Desafios na gestão do trabalho em saúde: a educação na interface com atenção. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João del Rei, v. 4, n. 2, p. 1100-1111, maio/ago. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/638/744>>. Acesso em: 26 out. 2016.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): cidades**. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 02 out. 2015.

JARDIM, D. P. Educação em saúde na adolescência: uma experiência acadêmica na Estratégia Saúde da Família. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 63-67, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=347>. Acesso em: 26 out. 2016.

JESUS, M. C. P. et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-36, out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reesp/v45n5/v45n5a28.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2013.

MERHY, E. E.; FEUWEWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: uma estratégia para intervir na micropolítica do trabalho em saúde. **Salud Colect**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a04.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-34, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

ROSSETTO, M.; SILVA, L. A. A. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p.723-729, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/20376/13546>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SIGNOR, E. et al. Educação Permanente em Saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 01-11, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766/pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SILVA, L. A. A. **Perspectivas de transcender na educação no trabalho:** tendências da enfermagem latino-americana. 2007. 232 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90423/246707.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-561, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n3/v31n3a21.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SILVA, L. A. A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-348, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a18v20n2>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde na ótica de membros das comissões de integração ensino-serviço. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 296-306, mai./ago. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8476/pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SILVA, L. A. A. et al. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, vol. 2, n. 3, p. 496-506, set./dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5364/pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L.B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/05.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

TRONCHIN, D. M. R. T. et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1210-1215, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a11v43s2.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VERDI, M.; LIZ, D. Comunidades saudáveis: capacitação de conselheiros locais de saúde como instrumento para efetivação do controle social no Sistema Único de Saúde. **Extensio - Revista Eletrônica de Extensão**, v. 4, n. 5, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/5729/5287>>. Acesso em: 26 out. 2016.

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA E A COBERTURA POPULACIONAL NO RIO GRANDE DO SUL

Nathália Marion Fantinel: Especialista em Gestão da Organização Pública em Saúde – UFSM. Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social, Ivoti (RS | Brasil). Contato: nathaliafantinel@gmail.com

Elisa Vanessa Heisler: Mestre em Enfermagem – UFSM. Secretária Municipal de Saúde, Tiradentes do Sul (RS | Brasil). Contato: elisaufsm@gmail.com

Juliano Perottoni: Doutor em Bioquímica Toxicológica – UFSM. Prof. Adjunto do Departamento de Zootecnia e Ciências Biológicas – UFSM, Palmeira das Missões (RS | Brasil). Contato: perottoni2001@gmail.com

Alitéia Santiago Dilélio: Doutora em Epidemiologia – UFPel. Prof.^a Adjunta da UFPel, Pelotas (RS | Brasil). Contato: aliteia@gmail.com

RESUMO

O objetivo desse estudo é avaliar a relação existente entre proporção de “Internações por condições sensíveis à atenção básica” e “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” nas 30 regiões de saúde do estado do Rio Grande do Sul na série histórica 2008-2014. Como método, construiu-se um estudo ecológico, realizado por meio de uma pesquisa descritiva documental, a partir de dados secundários obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Observou-se que, no estado do Rio Grande do Sul, a taxa média do indicador “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” apresentou aumento no decorrer da série histórica e, paralelamente, a taxa média de “Internações por condições sensíveis à atenção básica” apresentou perfil descendente, demonstrando o impacto positivo da ampliação da cobertura de equipes de atenção básica. Nesse sentido, o uso desses dois indicadores em conjunto pode contribuir para a avaliação do funcionamento e da capacidade da atenção básica.

Palavras-chave: Indicadores básicos de saúde; Atenção primária à saúde; Hospitalização.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, define a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990). No decorrer de sua estruturação, o Brasil tem experimentado grandes mudanças, particularmente, a partir de 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente ampliado para a atual Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolvida com o objetivo de melhorar a qualidade e o acesso à atenção básica e, assim, reordenar o modelo de atenção (ALFRADIQUE et al., 2009). Desde sua criação, o SUS enfrenta muitos desafios, e a consolidação da atenção básica é um

dos problemas mais recorrentes em sua trajetória relativamente curta (PEREIRA; SILVA; NETO, 2014).

A atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2011a).

Uma forma de avaliar a consolidação e resolutividade da atenção básica se dá por meio do indicador de “Internações por condições sensíveis à atenção básica” (ICSAB) (PEREIRA; SILVA; NETO, 2014; FERNANDES et al., 2009; REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012). Esse indicador representa um conjunto de problemas de saúde para os quais uma atenção básica efetiva – utilizando-se de atividades de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas – diminuiria o risco de internações (ALFRADIQUE et al., 2009; DOURADO; BERENICE, 2008). Altas taxas de internações podem estar relacionadas com a deficiência na cobertura dos serviços, inadequada capacidade de resolução da atenção básica ou problemas de acesso ao sistema de saúde, conforme apontam autores como Alfradique et al. (2009), Dourado e Berenice (2008) e Boing et al. (2012).

No Brasil, a série histórica do indicador ICSAB teve início no ano de 2008, com a criação da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, mediante a Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Essa lista considera as internações por condições sensíveis existentes em outros países e as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional. A classificação está organizada por grupos de causas e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2008).

O desafio representado pela implementação do SUS exige a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Diante disso, o objetivo desse estudo é avaliar a relação existente entre as ICSAB (Internações por condições sensíveis à atenção básica) e a “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” nas 30 regiões de saúde do estado do Rio Grande do Sul, na série histórica 2008-2014.

Ressalta-se que o estado do Rio Grande do Sul, atualmente, encontra-se dividido em 30 regiões de saúde. A divisão do estado em regionais é característica do sistema de saúde descentralizado, configurando-se como espaços geográficos contíguos, com infraestrutura de redes de comunicação e transporte compartilhados, constituídos com base nas identidades culturais, econômicas e sociais, com a finalidade de integrar a organização, planejamento e execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico realizado por meio de uma pesquisa descritiva documental, a partir de dados secundários obtidos no Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Foi realizado levantamento anual dos indicadores “Cober-

tura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” e “Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica”, no período de 2008 a 2014. Tais indicadores, presentes no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, são indicadores universais, definidos de forma tripartite, sendo sua pactuação comum e obrigatória nacionalmente (BRASIL, 2013).

O indicador “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” tem como meta o aumento da cobertura. Considera a centralidade da atenção básica no SUS com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas de saúde e eixo estruturante de programas e projetos, favorecendo a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2013).

QUADRO 1: Método de cálculo.

$$\frac{\text{Nº de ESF} + \text{Nº de ESF equivalente)} \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

FONTE: Brasil (2013, p. 31), adaptado por NTE, 2017.

O indicador “Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica” tem por meta a redução das internações por causas sensíveis. Sua finalidade é desenvolver capacidade de resolução da atenção primária ao identificar áreas passíveis de melhorias, enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e organização entre os níveis assistenciais (BRASIL, 2013).

QUADRO 2: Método de cálculo.

$$\frac{\text{Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período}}{\text{Total de internações clínicas, em determinado local e período}} \times 100$$

FONTE: Brasil (2013, p. 34).

Os dados para a pesquisa foram coletados no site do DATASUS, seção Informações de saúde (TABNET), indicadores de saúde e pactuações (www2.datasus.gov.br/DATASUS). Cada um dos indicadores de interesse foi selecionado por região de saúde do estado do Rio Grande do Sul em cada ano da série histórica, até totalizar as 30 regiões. Os dados coletados foram agrupados em tabela.

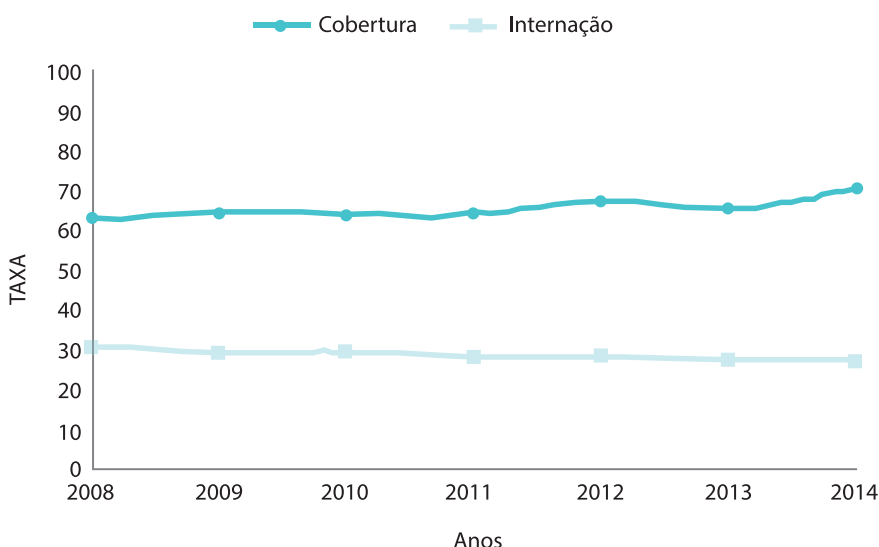
A relação entre “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” e “Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica” foi estimada através do teste t de *Student* sobre o coefi-

ciente de correlação de Pearson, considerado significativo quando $p < 0,05$. Para validar o uso da correlação de Pearson, utilizou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, sendo significativamente normal quando $p > 0,05$.

RESULTADOS

No estado do Rio Grande do Sul, a taxa média do indicador “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” apresentou aumento: de 62,96% para 70,85%, no decorrer da série histórica 2008-2014, correspondendo a uma variação de 11,14%. Paralelamente, a taxa média de “Internações por condições sensíveis à atenção básica” apresentou perfil descendente: de 30,83% para 27,38%, de 2008 a 2014, respectivamente, obtendo uma variação de 11,19% no período (Gráfico 1).

GRÁFICO 1: Taxas médias de “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” e “Internações por condições sensíveis à atenção básica”, nos anos de 2008 a 2014, nas 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul.



FONTE: dos autores, adaptado por NTE, 2017.

Ambas as variáveis analisadas, referentes às taxas médias das 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul, são significativas pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk ($p > 0,05$). Esta análise corrobora o teste de correlação de Pearson, que obteve valor de -0,79, indicando uma forte correlação negativa entre as taxas de cobertura de equipes e internações por condições sensíveis (Tabela 1). A correlação sugere que ao longo da série histórica vem aumentando a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica, enquanto diminuem as internações por condições sensíveis no estado.

TABELA 1: Teste de normalidade Shapiro-Wilk e análise de correlação de Pearson entre Taxas médias de “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” e “Internações por condições sensíveis à atenção básica”, nas 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul.

	Estatística W	p-valor
Cobertura	0,89	0,29
Internação	0,93	0,60
Correlação		
Cobertura x Internação	-0,79	0,03

FONTE: dos autores.

A análise bivariada evidenciou forte correlação negativa entre cobertura populacional de atenção básica e ICSAB do Rio Grande do Sul em 6 regiões de saúde - regiões 7, 13, 18, 21, 25 e 30 (Tabela 2). Nessas regiões, a correlação foi estatisticamente significativa e negativa, mostrando que o aumento da cobertura esteve associado à redução das internações.

A região de saúde 5 apresentou correlação significativa, porém positiva, entre cobertura populacional e internações, apresentando padrão distinto das demais regiões. Nessa região, houve redução das taxas de cobertura e, paralelamente, diminuição das internações por condições sensíveis.

TABELA 2: Taxas de “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” e “Internações por condições sensíveis à atenção básica”, entre os anos de 2008 e 2014, nas 30 regiões do Rio Grande do Sul e correlação de Pearson.

Região de saúde	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA							INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA							Correlação de Pearson
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
1	65,36	63,19	62,62	64,46	64,20	67,55	73,02	26,87	28,47	32,87	32,12	31,96	32,12	28,55	-0,32
2	70,44	80,28	77,32	84,59	86,63	78,82	87,82	33,14	31,94	30,57	32,94	31,17	31,77	31,29	-0,37
3	53,43	58,68	44,65	47,02	44,32	46,75	67,21	29,13	26,22	25,95	24,54	24,77	22,71	22,53	-0,12
4	79,27	84,31	84,24	85,82	84,31	88,05	73,61	27,45	25,84	27,02	25,43	25,51	24,24	24,33	0,02
5	85,06	85,08	82,75	79,56	77,42	74,18	81,87	32,88	30,54	27,47	24,43	25,66	23,57	23,67	0,77**
6	66,28	65,03	66,52	59,99	71,42	58,62	61,67	38,38	36,89	32,63	34,47	34,01	28,07	27,04	0,50
7	51,64	56,38	52,68	56,59	61,62	58,90	66,57	24,22	22,74	23,55	21,98	22,99	22,15	22,12	-0,67
8	54,65	55,64	54,14	58,03	75,73	62,17	59,16	32,82	30,28	29,98	29,67	28,80	26,41	27,17	-0,42
9	60,67	57,43	55,24	59,78	59,11	58,39	60,01	28,82	27,02	26,28	24,76	25,40	25,81	25,76	0,10
10	51,11	52,33	52,33	49,90	53,90	51,09	60,19	26,60	28,59	30,10	30,19	30,35	29,88	30,05	0,27
11	77,46	72,05	74,79	78,30	78,72	82,06	80,69	37,38	34,48	31,87	30,90	31,32	27,97	26,08	-0,66
12	73,29	73,74	71,92	81,26	81,07	84,72	92,12	37,81	31,40	35,60	33,71	33,95	32,77	31,17	-0,61
13	79,85	81,76	86,90	94,03	95,37	89,49	90,08	30,88	29,14	26,62	25,74	25,26	25,55	25,63	-0,92**
14	82,38	83,89	83,58	87,97	88,95	88,25	88,25	89,13	29,72	31,65	31,23	29,08	28,62	29,85	-0,65
15	86,38	88,21	89,24	87,05	88,56	90,05	94,75	38,85	36,43	34,23	31,67	30,17	31,13	30,83	-0,52
16	71,76	75,82	76,46	72,42	78,50	83,42	87,39	32,91	31,25	29,55	25,83	24,87	24,57	27,90	-0,44
17	74,78	75,72	75,64	77,74	72,22	71,03	61,67	32,20	24,05	24,44	22,01	23,62	24,53	24,35	0,04
18	77,60	80,57	81,14	86,02	87,91	87,83	85,39	29,47	27,66	30,45	27,38	26,49	26,43	27,84	-0,80**

19	76,50	74,62	78,94	80,12	87,64	91,61	92,84	36,81	32,55	28,03	27,56	29,51	30,06	30,80	-0,32
20	79,69	82,25	80,36	80,03	80,66	82,64	83,67	35,90	31,01	31,40	30,71	29,28	29,28	29,72	-0,58**
21	59,55	63,56	61,35	60,82	65,83	65,09	74,32	34,80	33,31	33,07	32,68	31,02	29,70	28,07	-0,90
22	68,46	74,90	76,48	73,70	74,49	76,12	62,22	38,43	36,18	37,27	34,56	32,82	32,29	32,42	0,13
23	61,83	63,50	74,96	69,29	57,52	62,40	62,37	23,01	25,73	24,13	22,10	21,73	19,38	22,02	0,42
24	91,01	86,83	83,97	88,76	96,20	94,56	100,00	36,78	32,95	35,15	30,91	33,72	31,48	31,01	-0,40
25	69,97	69,50	68,23	77,47	81,82	74,26	78,29	25,61	25,12	24,38	23,64	22,15	23,81	23,62	-0,89**
26	69,08	75,45	74,86	73,60	78,13	77,20	81,93	32,84	36,23	38,23	33,49	31,03	27,91	28,33	-0,51
27	68,10	65,13	62,32	62,88	62,88	63,95	70,57	30,79	30,58	31,29	28,89	27,37	24,95	29,39	0,23
28	62,91	66,23	66,23	64,28	60,82	63,35	73,15	29,33	28,26	31,01	27,64	30,16	27,50	27,20	-0,89**
29	69,46	66,68	74,22	77,59	86,75	87,30	91,46	28,49	26,74	27,32	27,96	28,35	27,26	24,02	-0,44
30	70,55	67,45	72,16	70,76	72,77	71,07	77,40	34,14	30,86	29,58	27,83	28,05	26,80	24,23	-0,69**
Média	62,96	64,62	64,16	64,48	67,6	66,01	70,85	30,83	29,66	29,79	28,67	28,49	27,41	27,38	-0,79

FONTE: dos autores.

Das 30 regiões de saúde, 80% apresentaram aumento da Cobertura populacional de equipes de atenção básica, e 90% reduziram o número de ICSAB. Em 21 regiões de saúde, o que corresponde a 70%, observou-se, simultaneamente, aumento da cobertura de atenção básica e diminuição das internações por condições sensíveis, indicando que, para os municípios dessas regionais, quanto maior a expansão da cobertura de atenção básica, menor a razão das taxas de ICSAB, embora sem associação estatisticamente significativa (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, é possível observar que no estado do Rio Grande do Sul o indicador “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” segue uma tendência de aumento no período estudado. Por outro lado, ao se analisar o indicador “Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica”, é verificada uma tendência de diminuição. Com isso, pode-se inferir que existe uma relação direta e inversa entre os indicadores, sugerindo que o aumento do acesso à atenção básica de saúde tem contribuído para a diminuição das internações evitáveis nesse nível de atenção no estado.

O resultado da presente pesquisa corrobora outras investigações realizadas em diferentes regiões do país, nas quais também foi observada relação inversa entre ampliação do acesso à atenção básica e redução das internações por causas sensíveis (FERNANDES et al., 2009; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; REHEM; EGRY, 2011). Ainda, estudos similares realizados no estado do Rio Grande do Sul em períodos anteriores ao estudado nessa pesquisa também revelam essa relação (COSTA et al., 2010; SOUZA; COSTA, 2011), o que demonstra uma tendência de evolução desses indicadores no estado.

É perceptível, a partir desses dados, que a atenção primária no Rio Grande do Sul, vem, ao longo dos anos, se fortalecendo, a fim de efetivar as premissas do SUS e consolidar esse modelo de atenção. Uma das

razões decorre do forte incentivo político e econômico para a ampliação das ESF, principalmente na última década. Entretanto, a implantação das ESF não se deu de modo uniforme nas 30 regiões de saúde, atribuindo características próprias a cada uma das regionais. Pode-se inferir que isso tenha refletido as diferenças encontradas na relação entre cobertura populacional e internações por condições sensíveis nas regionais do estado. A organização em regionais de saúde fortalece a regionalização e a consolidação de redes de atenção à saúde, com o objetivo de ampliar o acesso, a efetividade e a eficiência das ações e serviços (BASTOS et al., 2014).

Autores como Souza e Costa (2011) afirmam que a queda do indicador “Internações por condições sensíveis à atenção básica” é refletida pela complexidade das ações empregadas e pelas mudanças geradas através de programas de saúde e modelos de gestão adotados. Porém, a rede de atenção primária em saúde apresenta desafios para sua qualificação e efetiva implementação (BOING et al., 2012). Nesse sentido, o indicador ICSAB pode contribuir para a reflexão acerca dos limites e possibilidades da prática dos profissionais envolvidos na execução da atenção básica e dos responsáveis pela gestão das políticas (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012). Além disso, possibilita aos gestores avaliar ações implementadas e dispor de informações para o planejamento de ações futuras (TORRES et al., 2011).

Altas taxas de internações podem indicar problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho, representando um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para sua ocorrência (ALFRADIQUE et al., 2009; PAZÓ et al., 2014). Do ponto de vista financeiro, a diminuição de ICSAB pode significar uma importante economia no sistema de saúde, o qual sofre permanentemente em decorrência dos recursos escassos (COSTA et al., 2010). A ESF, de baixo custo e foco na promoção e prevenção de doenças, com a finalidade de dar maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e reduzir as internações hospitalares, transformou-se nos últimos anos no paradigma hegemônico da atenção primária brasileira. Por essas razões, é apontada como a principal estratégia de enfrentamento da crise da saúde no país (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014).

CONCLUSÃO

Por fim, percebe-se potencial no estado do Rio Grande do Sul para a continuidade da redução das internações por condições sensíveis através da ampliação da cobertura de atenção básica. A ESF mostrou-se como uma importante política pública, tendo obtido bons resultados na melhora do indicador de internações por condições sensíveis. Nesse sentido, o uso desses dois indicadores em conjunto pode contribuir para a avaliação do funcionamento e da capacidade da AB.

Ao investir em processos de avaliação, busca-se contribuir para a melhoria da atuação dos serviços e para a qualificação da atenção à saúde, uma vez que colabora para que os gestores e profissionais realizem tomada de decisão de acordo com as demandas e necessidades de saúde, bus-

cando maior resolutividade e qualidade na assistência. Acredita-se, ainda, que estudos como esse podem ser de grande valia para que os gestores possam avaliar a implantação e a implementação de políticas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 6, v. 25, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

BASTOS, R. M. R. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 a 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 6, v. 48, p. 958-967, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0958.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 24 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/arqtabnet/Caderno%20Indicadores_Vers%C3%A3o%20Final_09_08_13.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Informações de Saúde (TABNET). Indicadores de saúde e pactuação. Brasília. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011a. 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**, Brasília, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 abr. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prto221_17_04_2008.html>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011b. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 09 nov. 2015.

BOING, A. F. et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 2, v. 46, p. 359-366, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3709.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI P. R. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, n. 4, v. 17, p. 968-977, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/pt_1415-790X-rbepid-17-04-00968.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2016.

COSTA, J. S. D. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 26, p. 358-364, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/14.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

DOURADO, I.; BERENICE, V. Saúde da família nos territórios da cidadania. **Rev. Bras. Saúde Família**, Brasília, n. 18, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 6, v. 43, p. 928-936, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

MACIEL, A. G.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. s. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. especial, v. 38, p. 319-330, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0319.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

PAZÓ, R. G. et al. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 30, p. 1891-1902, set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1891.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; NETO, E. A. L. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. especial, v. 38, p. 331-342, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0331.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Hospital Geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 3, v. 21, p. 535-542, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a07.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 16, p. 4755-4766, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

SOUZA, L. L.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde do RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 4, v. 45, p. 765-772, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2253.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

TORRES, R. L. et al. O panorama das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em um distrito de São Paulo. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, n. especial 2, v. 45, p. 1661-1666, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/04.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

O CUIDADO DOMICILIAR E AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Katiele Hundertmarck: Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde - Universidade Federal de Santa Maria, Enfermeira no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha, Campus Júlio de Castilhos (RS), Brasil. E-mail: katielehun@gmail.com

Ethel Bastos da Silva: Doutora em Ciências pela UNIFESP. Docente do Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: ethelbastos@hotmail.com

Marta Cocco da Costa: Doutora em Enfermagem pela UFRGS. Docente do Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: marta.c.c@ufsm.br

Fernanda Sarturi: Mestre em Enfermagem pela UFSM. Docente do Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: fesarturi@gmail.com

Danusa Beghini: Mestre em Enfermagem pela UFSM. Docente do Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: fesarturi@gmail.com

RESUMO

Neste estudo, tem-se o objetivo de identificar a produção científica brasileira sobre a temática da organização do cuidado domiciliar na Atenção Básica à Saúde e descrever esse processo no cotidiano das equipes. Como método, utilizou-se revisão narrativa de literatura, coletando-se os dados no portal de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados LILACS (índice de literatura científica e técnica da América Latina e Caribe), BDEF – Enfermagem, MEDLINE e Coleciona SUS. Verificou-se que os usuários atendidos são, em sua maioria, idosos; os cuidados ofertados são de educação em saúde e procedimentos técnicos; planejamento e organização da Assistência Domiciliar com base no tratamento e reabilitação; e os profissionais mais atuantes são os da equipe de enfermagem. Concluiu-se que a Assistência Domiciliar na Atenção Básica não está estrategicamente planejada no cotidiano do trabalho, o que dificulta o processo de cuidar em saúde integralmente. Logo, pesquisas que propiciem a reflexão dos profissionais da saúde devem ser encorajadas para se alcançar a inovação tecnológica no SUS e a melhoria da qualidade de vida dos usuários. **Palavras-chave:** Assistência Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, originado nos movimentos sociais, criado, em 1988, pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) e rea-

firmado na Lei Orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), determina os princípios para a saúde pública brasileira, especialmente a integralidade da assistência, a equidade e a universalidade de acesso.

Objetivando efetivar esses princípios do SUS – melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas; possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos; planejamento descentralizado; coordenar a integralidade; estimular a participação dos usuários e formular as diretrizes para as pactuações –, foi publicada a Portaria n. 648/GM/MS, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a), que trata da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Esse documento foi revogado pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, com a revisão de diretrizes e normas para sua organização, para as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012).

Assim, a Atenção Básica (AB), na Rede de Atenção à Saúde (RAS), assumiu a função de primeiro ponto de atenção, sendo a porta preferencial de acesso ao SUS, constituída por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e coordenadora do cuidado – profissionais que elaboram, acompanham e gerenciam os projetos terapêuticos singulares. Em complemento a essas ações, a AB é a base do cuidado, descentralizada, capilar e resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas em saúde, articulando as diversas tecnologias em saúde disponíveis e, desse modo, ampliando a autonomia dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho das equipes de AB, visando atender às características essenciais desse nível de atenção à saúde, contempla a realização de Atenção Domiciliar (AD) (BRASIL, 2012). O cuidado domiciliar, em si, é uma prática antiga, realizada antes da institucionalização dos hospitais. A AD surgiu nos Estados Unidos, em 1947, para a desospitalização e criação de um ambiente mais favorável à recuperação dos doentes. No Brasil, essa modalidade assistencial progrediu com a tendência da transição demográfica e epidemiológica, em que houve a diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, com o envelhecimento da população acompanhado de doenças crônico-degenerativas e a diminuição das doenças infecciosas (BRASIL, 2014).

No intuito de aumentar o escopo da atenção à saúde brasileira, e considerando as pessoas como seres repletos de papéis sociais e com diferentes necessidades em saúde, foi oficializada a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2006b). Essa resolução contém o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar, sendo acrescida pela Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011), que instituiu a atenção domiciliar no âmbito do SUS e regulamentou as modalidades de AD, e pela Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013a), que redefiniu a AD no âmbito do SUS.

Conforme a definição na RDC n. 11/2006, a assistência domiciliar é o conjunto de ações ambulatoriais, programadas e continuadas, feitas no

domicílio. Já a internação domiciliar é o conjunto de atividades domiciliares de atenção integral ao usuário com problemas de saúde complexos e com necessidade de tecnologia especializada, sendo, portanto, substitutiva à internação hospitalar (BRASIL, 2006b).

Segundo a Portaria n. 963/2013, AD é uma nova modalidade de atenção à saúde, que pode ser substitutiva ou complementar para a promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação no domicílio, garantindo a continuidade de cuidados, inclusive com o compartilhamento na RAS, quando necessário. A AD deve propiciar a ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade assistencial, condizente com a efetivação dos princípios do SUS (BRASIL, 2013a).

Nesse contexto, conforme a Portaria n. 963/2013, a modalidade ADI está a cargo das equipes de Atenção Básica à Saúde, por meio de visitas regulares em domicílio de, no mínimo, uma vez por mês e com o apoio dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação. Além disso, a Portaria define os critérios de inclusão para os cuidados na modalidade ADI: usuários com problemas de saúde controlados/compensados, necessitados de cuidados de menor complexidade e menor frequência e que não se enquadrem nas modalidades AD2 e AD3. Estes são os que apresentam problemas de saúde que precisam de maior cuidado e frequência, maiores recursos de saúde e acompanhamento contínuo de, no mínimo, uma vez por semana. Esses cuidados são executados por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), ligadas ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2013a, 2013b).

Diante da relevância social dessa temática, marcada pelos impactos capazes de gerar na saúde dos usuários em AD, das famílias e da comunidade, e da perspectiva de agregar resolutividade aos serviços oferecidos pelo SUS e o processo de trabalho das equipes, faz-se imprescindível a discussão das características do cuidado domiciliar na AB. O conhecimento e a sua socialização proporcionarão aos profissionais envolvidos a reflexão sobre esses aspectos e a melhoria na qualidade da oferta desse serviço no âmbito do SUS.

Os objetivos deste estudo são identificar a produção científica brasileira sobre a temática da organização do cuidado domiciliar na Atenção Básica à saúde e descrever esse processo no trabalho cotidiano das equipes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura. A busca bibliográfica desenvolveu-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados eletrônicos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na base de dados em Enfermagem (BDENF-Enfermagem), Literatura internacional da área médica e biomédica (MEDLINE) e Colecionatus. Foi realizada durante o mês de agosto de 2015, utilizando-se os descritores em ciências da saúde “assistência domiciliar” e “atenção primária à saúde”, sendo encontradas 2.322 produções científicas.

Os critérios de inclusão no estudo foram: artigos científicos, com disponibilidade de resumo completo em suporte eletrônico, publicados em periódicos nacionais, escritos em língua portuguesa e publicados a partir de 1988, devido à criação do SUS na Constituição Federal de 1988. Os critérios de exclusão foram: artigos indisponíveis na íntegra, teses e documentos de congressos.

A partir desses critérios foram filtrados 66 artigos, dos quais foram lidos os títulos e resumos, sendo 11 selecionados para compor a análise.

Para a coleta de dados utilizou-se uma ficha documental composta pelas variáveis de objetivo, abordagem metodológica, participantes do estudo, cenário, resultados e resumo.

Na sequência, efetuou-se a leitura flutuante para abranger o conteúdo dos artigos, procedendo às leituras, integral e exaustivamente, de cada um dos 11 artigos selecionados.

Para a análise, utilizou-se a análise de conteúdo temática de Bardin (2009), a qual se divide em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Os artigos foram lidos e aqueles de conteúdos similares foram agrupados e relidos detalhadamente, momento em que foram abstraídos os temas representativos do teor do estudo, emergindo quatro categorias: o perfil dos usuários, os cuidados na AD, o planejamento e organização e as categorias profissionais atuantes na AD.

Os artigos foram referenciados nos resultados e discussão como: A1 (VERAS et al., 2014), A2 (ALVES et al., 2012), A3 (FLORIANI; SCHRAMM, 2007), A4 (GASPAR; OLIVEIRA; DUAYER, 2007), A5 (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZMR, 2010), A6 (ACIOLI et al., 2014), A7 (TORRES; ROQUE; NUNES, 2011), A8 (KEBIAN; ACIOLI, 2011), A9 (PIRES et al., 2013), A10 (SANTOS et al., 2013) e A11 (LAGANA et al., 2013).

RESULTADOS

Dos 11 artigos analisados neste estudo, metodologicamente, quatro utilizaram a abordagem qualitativa (A6, A7, A8, A10); três, a abordagem quantitativa (A2, A4, A9); um foi estudo de reflexão (A3); um, relato de caso (A5); um, relato de experiência (A11); e um, pesquisa bibliográfica (A1).

Os participantes das pesquisas foram usuários da AD (A4, A6, A7, A9, A11), cuidadoras (A11), trabalhadores da equipe de saúde (A2, A5, A6, A8, A10), gestores em saúde (A5) e membros do Conselho Local de Saúde (A5).

O cenário das pesquisas envolvendo seres humanos foi a AB dos municípios de Goiânia (GO) (A2), São Paulo (SP) (A4), Porto Alegre (RS) (A5), Rio de Janeiro (RJ) (A6, A8), Belo Horizonte (MG) (A7, A9), Niterói (RJ) (A10) e Natal (RN) (A11). Destaca-se a região sudeste como a maior produtora científica nesse estudo, englobando seis dos 11 artigos analisados.

Quanto ao ano de publicação dos artigos, dois são de 2007 (A3, A4), um de 2010 (A5), dois de 2011 (A7, A8), um de 2012 (A2), três de 2013 (A9, A10, A11) e dois de 2014 (A1, A6). Isso confirma a atualidade da temática nos estudos científicos no Brasil.

Na categoria “*Perfil dos usuários na atenção domiciliar*” foram selecionados seis artigos (A1, A3, A4, A7, A9 e A11) que versam sobre os usuários dos cuidados domiciliares na AB.

O primeiro artigo versa sobre a atenção à saúde a idosos frágeis, com dependência funcional e carência de recursos financeiros, e cita cinco modelos assistenciais dos Estados Unidos e Canadá, seus benefícios para a melhoria da saúde e impactos sociais relevantes (A1). O segundo aponta como usuários, especialmente os idosos com doenças crônicas não transmissíveis, fazem uso de cuidados paliativos (A3). O terceiro revela que as mulheres idosas são as que mais utilizam os cuidados domiciliares ofertados pela AB, em regiões de maior exclusão social em São Paulo, seguidas por homens com menos de 60 anos e algumas crianças com incapacidade severa (A4).

Por sua vez, o quarto artigo mostra os usuários com diabetes mellitus tipo 2, com prevalência de idosos do sexo feminino e com escolaridade de primeiro grau incompleto, casados e aposentados/pensionistas (A7). No quinto artigo, os participantes do estudo são usuários acima de 60 anos, na sua maioria mulheres entre 66 e 95 anos, com escolaridade média até o ensino fundamental, renda de até três salários-mínimos, moradias adequadas de água e esgoto e acompanhadas por cuidadores (A9). O último artigo contempla o cuidado de enfermagem a duas idosas acamadas, portadoras de enfermidades incapacitantes e suas respectivas cuidadoras (A11).

Na categoria “*Cuidados na atenção domiciliar*” foram escolhidos cinco artigos (A1, A2, A3, A7 e A8), os quais abordam os tipos de cuidados ofertados na AD.

O primeiro artigo dessa categoria apresenta o cuidado à saúde a idosos frágeis por equipes de cuidado, tais como equipe de apoio, de atenção domiciliar e atenção primária à saúde, e uma equipe de geriatria como coordenadora e referência para as outras esferas assistenciais. Os programas apresentados focalizam a AD como potencializadora da redução do risco de internação e de tempo de permanência hospitalar, em casa de repouso e com redução do declínio funcional e cognitivo (A1).

O segundo artigo, ao abordar o manejo dos resíduos gerados pela assistência domiciliar, apresenta os procedimentos técnicos desenvolvidos pela equipe de enfermagem durante os cuidados na AD, como administração de medicamentos, hemoglicotestes, verificação de sinais vitais e curativos (A2).

No terceiro artigo, são descritos os cuidados domiciliares paliativos da equipe de AB e o potencial que esse nível de atenção tem na qualidade de vida dos usuários e suas famílias no final da vida (A3).

Já o quarto artigo versa sobre o tipo de cuidado com prioridade na educação em saúde dos portadores de diabetes em acompanhamento domiciliar, com uso de folhetos e desenhos educativos, mas focalizados na doença e não na promoção da saúde (A7).

O quinto artigo discute o cuidado do ACS, em relação à identificação de problemas e orientação, relativos ao saber empírico; além do cuidado do enfermeiro – investigação e de orientação –, relativo ao saber teórico, cujas ações, a partir disso, priorizam o desenvolvimento de procedimentos técnicos de enfermagem. Juntos, enfermeiro e ACS orientam os usuários sobre os cuidados com a saúde (A8).

No sexto artigo, são enfatizados os cuidados na AD como fortalecedores da educação em saúde, possibilitando alcançar os objetivos propostos mediante o planejamento da atenção, conforme os recursos da família (A7).

O último artigo dessa categoria ressalta que o cuidado domiciliar na AB está voltado a procedimentos técnicos de tratamento e reabilitação em detrimento de ações promocionais à saúde (A8).

Na categoria “*Planejamento e organização da atenção domiciliar*” foram agrupados seis artigos (A1, A3, A5, A6, A7 e A9), os quais aludem à forma como as equipes de AB se organizam para ofertar a AD.

O primeiro artigo apresenta a organização e planejamento da AD Americana, do Programa *Guided Care*, em que o enfermeiro é o gestor de caso e o serviço de enfermagem divide-se em oito processos: avaliação geriátrica; desenvolvimento do plano de cuidado; monitoramento mensal do paciente; acompanhamento da transição do paciente entre as instâncias do cuidado; coordenação para que todos os pacientes recebam cuidados; incentivo à autogestão; orientação e suporte para o cuidado familiar; e facilitação de acesso apropriado aos recursos comunitários (A1).

O segundo artigo enfatiza o perfil da AB como potencializadora da AD para idosos em cuidados paliativos, com adequação do tempo de visita domiciliar, que seja capaz de diminuir o abandono e o sofrimento do usuário e da família, oferecendo condições para garantir o conforto e a proteção nessa etapa da vida (A3).

No terceiro artigo, discute-se a AD feita pelas equipes da AB com foco na doença, no sujeito individual, no cuidado curativo e no não desenvolvimento de ações intersetoriais. Há um cuidado humanizado, a busca pela resolutividade logo no primeiro contato, atenção contínua e longitudinal no território definido. Porém, não existe uma rotina no desenvolvimento do cuidado domiciliar à família, o que contribui para a falta de planejamento da equipe e insegurança dos usuários quanto ao comparecimento dos trabalhadores no domicílio para a continuidade desse tipo de cuidado. A explicação para isso ocorreu pela demanda excessiva de atendimentos dentro da unidade de saúde (A5).

O quarto artigo apresenta o domicílio como prática de cuidado, em que se planejam e se desenvolvem ações de modo ampliado, incluindo o contexto biológico e social, em uma perspectiva longitudinal de atenção (A6).

O quinto artigo traz o quantitativo de tempo de cuidado domiciliar em 60 minutos, para viabilizar a estrutura progressiva da visita, na qual foram oferecidas e discutidas informações sobre diabetes, com a finalidade de propiciar o tratamento adequado dos usuários. Esse gerenciamento do

tempo impacta a organização da AD pelas equipes, pois é preciso conciliá-la com as outras demandas de atendimento dentro da unidade de saúde. A medição do tempo faz com que a equipe possa dimensionar as ações durante a AD, construindo a adequação para contemplar as necessidades em saúde do usuário e sua família (A7).

No último artigo, há a avaliação do contexto social e familiar dos usuários atendidos em domicílio, o grau de dependência para as atividades diárias, o risco de úlcera por pressão e anamnese clínica, que podem subsidiar a gestão da AD no âmbito das RAS (A9).

Na categoria “Profissionais da equipe que atuam na atenção domiciliar”, foram incluídos oito artigos (A1, A2, A3, A6, A7, A8, A10 e A11), os quais mencionam os profissionais que fazem a AD.

Destes, o primeiro artigo menciona as equipes de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e assistentes sociais (A1). O segundo apresenta a equipe de enfermagem da AB que realiza procedimentos técnicos nos domicílios (A2). O terceiro artigo apresenta o médico e a equipe de enfermagem como os profissionais da equipe de AB que oferecem a AD aos idosos em cuidados paliativos (A3).

No quarto e quinto artigo, discute-se o enfermeiro como membro da equipe que realiza a AD. Esse profissional está à frente da organização do cuidado e da execução da AD (A6, A7). O sexto artigo menciona os ACS e enfermeiros como membros das equipes mais atuantes na AD (A8).

O sétimo artigo apresenta os profissionais da equipe do *Programa Médico de Família* de Niterói/RJ: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS (A10). O último artigo desta categoria cita a equipe de enfermagem como os profissionais que atuam na AD (A11).

DISCUSSÃO

Na produção científica estudada, a maioria do público que recebe cuidados domiciliares pela AB é idosa com doenças crônicas, destacando-se as mulheres. Isso pode ser explicado pela mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, pela diminuição da fertilidade e o aumento da expectativa de vida que, aliado ao aumento das doenças crônicas degenerativas, gerou maior demanda em saúde. O envelhecimento humano, acompanhado da vulnerabilidade, com maior dependência para as atividades diárias de vida e menor autonomia, faz com que os idosos sejam a população que mais utiliza o SUS (BRASIL, 2014).

As mulheres idosas, especialmente, foram consideradas usuárias de AD nos estudos analisados. Fato este que pode ser justificado, inicialmente, pela maioria da população brasileira, acima de 60 anos, ser feminina (IBGE, 2010). Isso denota que o envelhecimento feminino é acompanhado de um nível de dependência que gera necessidade de cuidados domiciliares profissionais (BRASIL, 2014).

Diante do perfil dos usuários assistidos pela AD, em nível de Atenção Primária à Saúde, faz-se necessário o questionamento sobre como são eleitos pelas equipes para receberem esse tipo de cuidado.

Os critérios de avaliação para a admissão na atenção domiciliar tipo I podem ser definidos mediante dois instrumentos unificados que verificam o perfil do idoso de modo multidimensional, estabelecidos de acordo com o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c). Trata-se da estratificação de risco, que utiliza os seguintes itens: avaliação da autonomia e dependência para as atividades de vida diárias básicas; avaliação da autonomia e dependência para atividades de vida diárias instrumentais; miniexame do estado mental; avaliação do risco cardiovascular pelo escore de *Framingham*; presença de úlcera de pele; índice de massa corporal; presença de incontinência urinária; avaliação do humor por meio da escala de depressão geriátrica nos idosos e inventário de depressão de *Beck* nos adultos; e avaliação da funcionalidade familiar (SAVASSI et al., 2012). Com a identificação de risco do idoso e a classificação do nível de apoio que deverá receber, é possível o gerenciamento do cuidado domiciliar, promovendo o acesso daqueles que mais benefícios podem ter com essa modalidade de atenção à saúde (SAVASSI et al., 2012).

A escala de risco familiar, utilizada para priorizar as visitas domiciliares, é baseada na ficha do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) usada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) na primeira visita domiciliar à família. Pela avaliação dessa ficha, em uma reunião com todos os profissionais, as visitas podem ser organizadas (COELHO; SAVASSI, 2004).

Quanto aos cuidados na AD, estes se mostraram sob duas perspectivas. Uma relaciona-se a ações de educação em saúde, forte instrumento da AB para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS, sendo o compromisso a essência do processo de trabalho das equipes. A outra está relacionada à execução de procedimentos técnicos, desenvolvidos especialmente pela equipe de enfermagem, próprios de cuidados primários à saúde e com boa adequação para serem realizados em domicílio – verificação de sinais vitais, troca de curativos, hemoglicotestes, administração de medicamentos e capacitação de cuidadores para fazerem as atividades elementares de higiene, conforto e alimentação (BRASIL, 2014, 2013b).

Desse modo, constatou-se que o processo de cuidar na AD está relacionado à educação coerente e, às vezes, resolutiva, envolvida com os usuários na troca de informações, gerando, inclusive, novas formas de cuidar e de ser cuidado, desafiando a equipe de atenção básica à saúde na AD para a inovação tecnológica no SUS (BRASIL, 2012).

Observando esse processo sob outra perspectiva, os cuidados na AD ainda reproduzem o modelo intencional de redução da hospitalização e dos custos em saúde, sem, entretanto, viabilizar integralmente o acolhimento comunitário do usuário. Sob essa ótica, a oferta de cuidados domiciliares, para que estes sejam resolutivos, deve ser oportuna e de qualidade para a promoção da saúde, prevenção dos agravos e o tratamento ou reabilitação do usuário (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Por definição na Portaria n. 963/2013, os tipos de cuidados que a AB disponibiliza aos usuários do SUS em AD são aqueles de menor comple-

xidade, com menor frequência, com menos recursos de saúde, de acordo com a capacidade da unidade de saúde para prestar cuidados a usuários com problemas controlados (BRASIL, 2013a).

Diante da complexidade do cuidar em saúde faz-se necessário “conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar” (PIRES, 2005, p. 1032). Nesse sentido, o cuidado em saúde tem a dimensão de propiciar bem mais do que a prevenção ao adoecimento e/ou a reabilitação, contemplando a promoção de cidadania como uma forma de empoderar os sujeitos para os direitos sociais e as decisões informadas em saúde, tornando-os, assim, protagonistas das suas vidas (PIRES, 2005).

Constatou-se que as equipes realizam o cuidado domiciliar de modo empírico, destituído de uma análise aprofundada que lhes permita organizar sistematicamente essa atividade, tanto na admissão de usuários para a AD quanto no planejamento cotidiano da equipe. Além disso, a AD realizada pela AB é prejudicada pela excessiva demanda de atendimentos dentro da unidade de saúde, situação que, às vezes, não permite a saída dos profissionais para os domicílios dos usuários.

Os artigos analisados mostram que o planejamento e a organização da AD realizados pelas equipes de atenção primária à saúde ainda não são executados de forma estratégica, como idealmente concebidos em estudos sobre essa temática (DAGNINO, 2009; KUSCHNIR; CHIRNY; LIRA, 2010).

Isso representa certo grau de fragilidade das equipes, pois estas não aplicam o planejamento como rotina para exercerem a AD. O planejamento e a organização do cuidado domiciliar pelas equipes de AB devem ser feitos com um método que contemple os atributos de flexibilidade, permitindo revisões e adequações em qualquer momento; devem ser baseados em diagnósticos situacionais reais, elaborados pela equipe e aceitos pela comunidade onde estão inseridos os usuários (DAGNINO, 2009).

A implantação e a manutenção da AD pelas equipes de AB demandam planejamento, considerando as finalidades e objetivos, elegibilidade e classificação dos usuários, programação das ações e fluxos dos serviços e articulações na rede. É importante que as equipes tenham competência para gerenciar os casos de maior risco, viabilizar a atenção integral, dimensionar o atendimento em tempo oportuno e com qualidade, controlando e avaliando a evolução clínica dos usuários sob seus cuidados, o contexto social e a dinâmica familiar (UNA/SUS/UFMA, 2015).

Na análise dos artigos selecionados para este estudo constatou-se que a maioria deles, sete dos 11 artigos, aponta a equipe de enfermagem e os enfermeiros, em especial, como membros da equipe de AB que realizam o cuidado domiciliar. As categorias profissionais médicos e ACS foram citadas em três e dois artigos, respectivamente.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2012), é atribuição comum a todos os profissionais da equipe realizar o cuidado no domicílio, quando necessário e/ou indicado, de acordo com a avaliação da equipe. Especificamente, cabe ao ACS acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias

e indivíduos da sua microárea definida. Isso faz com que o cenário do trabalho desse profissional seja o domicílio.

Contudo, nos artigos científicos analisados, a figura do ACS apareceu em apenas dois deles, podendo-se inferir que não houve investimento dos pesquisadores em verificar a participação dos ACS no cuidado domiciliar, embora essa categoria profissional esteja inserida diretamente nos domicílios dos usuários.

Todos os profissionais da equipe de AB devem participar ativamente da AD e em conjunto com a família, usuário e comunidade (BRASIL, 2013a). Porém, a organização do processo de trabalho das equipes, de acordo com a definição do nível de apoio que o usuário e sua família precisam receber, pode contribuir para dimensionar a frequência da categoria profissional que realizará a AD. Para isso, usam-se os critérios de avaliação da complexidade do usuário, contemplando alterações fisiológicas, psicológicas e sociológicas. Assim, quanto maior a demanda em saúde, maior será a frequência da AD realizada pela equipe de enfermagem e médicos, considerando que o ACS faz acompanhamento mensal da família, independente das variáveis de complexidade (BRASIL, 2013b; UNA-SUS/UFMA, 2015).

CONCLUSÃO

A partir da análise aqui realizada, constatou-se que o cuidado domiciliar prestado pelas equipes de AB não é organizado e planejado no cotidiano. Isso demonstra a fragilidade da AD em relação às equipes de AB estudadas, pois a execução dessa prática de cuidado ainda não está contemplada de modo ordenado na agenda dos profissionais.

Quanto aos usuários da AD feita pela AB, os idosos foram os mais citados, o que confirma o envelhecimento da população brasileira aliado ao adoecimento, com dependência, inclusive, dos cuidados ofertados pelo SUS. Nessa análise, também se constatou que a maioria dos usuários idosos em AD é de mulheres. Contudo, na produção científica nacional estudada, a seleção dos usuários para a AD não é realizada com critérios preestabelecidos pela equipe de AB e de acordo com o preconizado pela PNAB (BRASIL, 2012) e pela Portaria n. 963/2013 (BRASIL, 2013a) que trata da AD no SUS, mas, sim, com base na experiência profissional, na comunidade e na observação contextual.

Os profissionais da AB que mais atuam na AD, conforme os dados dos artigos analisados, pertencem à equipe de enfermagem, com destaque para os enfermeiros. Esses trabalhadores estão vinculados aos usuários do SUS e às suas famílias e estão próximos de seus contextos sociais, seja por características históricas da enfermagem, seja por seu processo de trabalho humanizado. De outro modo, essa situação coloca os ACS, essencialmente visitantes domiciliares, à margem dos estudos científicos que focalizam o cuidado domiciliar.

Considera-se que é necessário incluir, nas práticas das equipes de AB, ações de planejamento e gerenciamento da AD, como uma forma de qua-

lificar a atenção à saúde, dimensionar os profissionais, validar cuidados em AD e melhorar a saúde desses usuários no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, set./out. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

ALVES, S. B. et al. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 128-134, jan./fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/19.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.11**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. 2006b. Disponível em: <<http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201565657.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/12/WEB_ATENCAO_DOMICILIAR.pdf>. Acesso em: 08 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. v. 2. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 04 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos da Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá

outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 03 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 03 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2011. Disponível em: <<http://coffito.gov.br/nsite/?p=3346>>. Acesso em 03 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Re-define a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 mai. 2013a. Disponível em: <<http://coffito.gov.br/nsite/?p=3348>>. Acesso em 03 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 29 mar. 2006a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 11 out. 2015.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Rev. Bras. de Med. de Fam. e Comun.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/98>>. Acesso em: 06 out. 2015.

DAGNINO, R. P. **Planejamento estratégico governamental**. Florianópolis: Departamento Ciências da Administração/UFSC, 2009.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

GASPAR, J. C.; OLIVEIRA, M. A. C.; DUAYER, M. F. F. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 619-628, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/11.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php>. Acesso em: 10 out. 2015.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. Visita Domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 403-409, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

KERBER, N. L. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZMR, M. R. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 244-250, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/15.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNYA, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2010.

LAGANA, M. T. C. et al. Estratégia de inovação no ensino de enfermagem na atenção domiciliar a idosas. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 293-303, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2045/pdf_871>. Acesso em: 25 ago. 2015.

PIRES, M. R. G. M. et al. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-656, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00648.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a25v10n4.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

SANTOS, S. A. S. et al. A visita domiciliar como prática de acolhimento no Programa Médico de Família/Niterói. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3698-3705, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2002/pdf_759>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SAVASSI, L. C. M. et al. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. **Journal of Management Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 151-157,

2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/56/50>>. Acesso em: 12 set. 2015.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita Domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. Enferm.** UERJ. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 89-93, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a15.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

UNA-SUS/UFMA. **Livro Multimídia do curso de Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar**. 2015. Disponível em: <<https://moodle.ufma.una-sus.gov.br/course/view.php?id=26>>. Acesso em: 23 out. 2015.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idoso frágeis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0357.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE

Belinda S. Pereira: Especialista em Gestão da Organização Pública em Saúde pela UFSM. Especialista em Psicologia do Trabalho e das Organizações (UNIFRA) e mestranda do PPG em Gerontologia (UFSM) Psicóloga Clínica, Santa Maria - RS | Brasil. E-mail: belindapk@hotmail.com

Francisco Ritter: Doutor em Psicologia pela Universidade de Buenos Aires – UBA. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria - RS | Brasil. E-mail: franciscoritter@gmail.com

RESUMO

O presente artigo objetiva fazer uma revisão teórica a respeito da participação comunitária na definição, gestão e fiscalização das políticas públicas de saúde, além de identificar as formas de participação comunitária previstas na formulação das políticas públicas e na gestão do sistema de saúde, em nível federal, estadual ou municipal. Quanto ao método, trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo intuito consiste em identificar as formas de participação comunitária previstas na formulação das políticas públicas e na gestão do sistema de saúde, em nível federal, estadual ou municipal. Como resultados, o trabalho mostrou que as formas de participação nos conselhos e conferências de saúde já estão garantidas por lei, cabendo à população empoderar-se e ocupar estes espaços para definir políticas públicas de saúde que venham a beneficiá-la, comprometendo os dirigentes para que façam do poder público um espaço de valorização dos direitos do cidadão. Conclui-se que a participação comunitária é o melhor instrumento que o cidadão possui para a defesa de seus interesses no sentido de ter uma saúde de qualidade, acessível a todos, propiciada pela cogestão das políticas públicas de saúde, o que implica em participação durante todo o processo, ou seja, na definição, execução e fiscalização das mesmas.

Palavras-chave: Participação Comunitária; Políticas Públicas de Saúde; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Promulgada em 1988, a *Constituição Federal da República Federativa do Brasil* redefiniu o papel do Estado e da sociedade no que diz respeito à saúde, garantindo que esta se tornasse um direito de todos e um dever do Estado, conforme consta em seu artigo 196. Esse objetivo deve ser alcançado através de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, promovendo, protegendo e recuperando-a (BRASIL, 2007).

Como decorrência deste posicionamento, foi criado, em 1990, o Sistema Único de Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) (BRASIL, 1990), estabelecendo as condições pelas quais deveria haver a promoção,

proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços em nível nacional.

Uma das prerrogativas que serve de instrumento de gerência do SUS é o controle social, exercido por coletividades no sentido de controlar as ações do poder público e direcioná-las para atender as demandas da população. São os mecanismos que a sociedade possui para intervir nas políticas públicas e nas suas definições, implementações, avaliações e fiscalizações (CORREIA, 2005).

Para que haja controle social é preciso que os indivíduos assumam seu papel de cidadãos junto à comunidade, escolhendo sua forma de participação e de cobrança das atividades públicas. Este processo acontece quando a pessoa se constitui como sujeito político, preocupando-se, interferindo nos desafios da coletividade e promovendo mudanças que afetarão a sua qualidade de vida (SOUZA, 1991).

O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão teórica a respeito da participação comunitária na definição, gestão e fiscalização das políticas públicas de saúde, além de identificar as formas dessa participação previstas na formulação das políticas públicas e na gestão do sistema de saúde, seja em nível federal, estadual ou municipal.

MÉTODO

O estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica e procura encontrar soluções para o problema pesquisado a partir de referências teóricas publicadas em documentos, visando conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas existentes sobre o assunto em pauta (CERVO; BERVIAN, 2002).

RESULTADOS

Políticas Públicas

O termo políticas públicas engloba um conjunto de significados de atuação conjunta entre governo e sociedade. Para Breus (2007), esta constitui um conjunto de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado, de forma direta ou indireta, podendo haver a participação de entes públicos ou privados, cujo objetivo consiste em assegurar determinados direitos dos cidadãos. Uma campanha de vacinação contra a poliomielite consiste em uma política pública derivada do art. 196 da Constituição Federal, que coloca a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 2007). Sendo a saúde um direito de todos, o Estado deve providenciar as doses necessárias para a população naquela faixa etária e contar com a participação dos agentes públicos e da sociedade para ser implementada.

As políticas públicas, como afirma Bucci (2006), constituem programas ou ações governamentais que têm como objetivo movimentar a máquina estatal na concretização de direitos assegurados pela população. Neste sentido, o público assume uma dimensão mais ampla do que o

Estado, em um patamar que supera as simples decisões dos governos, envolvendo também as ações dos sujeitos individuais ou coletivos e as influências decorrentes dos movimentos sociais na definição destas políticas. O Estado também assume neste processo uma nova configuração, afirmando-se como Democrático de Direito, cujo objetivo maior é o de estabelecer políticas públicas que estão diretamente ligadas à atuação da sociedade, estabelecendo elos comuns com esta, rumo à democratização de todas as suas ações. Rolim, Cruz e Jesus (2013), além de Santos (2009) salientam que o Estado não só deve estabelecer uma corresponsabilidade com a sociedade como depende da mesma para que as políticas públicas sejam eficazes no seu intento.

Assim, o Estado é administrado de forma participativa, o que pressupõe um Estado democrático que tem seus eixos fundamentais nos direitos dos cidadãos, pautados na igualdade e na soberania popular. Em uma gestão democrática, Estado e Sociedade articulam-se no processo de definição de políticas públicas (RUA, 2009).

Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde, mais conhecido como SUS, foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n. 8.142/90, com o intuito de mudar a situação de exclusão e desigualdade pelo qual vive o povo brasileiro em relação à assistência em Saúde. Estas leis definiram princípios que servem de norte para a gestão do SUS, tais como:

- » universalidade: garantia de que todos os brasileiros devem ter acesso às ações e serviços de saúde públicos e privados;
- » equidade: garantia de atendimento a toda a população em condições de justiça social;
- » integralidade: considerar o paciente como um todo, biopsicossocialmente, com ênfase na prevenção;
- » hierarquização: a organização dos serviços deve respeitar níveis de complexidade crescentes, com tecnologias adequadas a cada nível;
- » descentralização: consiste na redistribuição do poder, em que as decisões e as competências, de preferência, estejam sempre mais próximas da população que atende;
- » participação popular ou controle social: é a verdadeira democratização dos processos decisórios, com a garantia, dada pelo Estado, de que a sociedade civil, de forma organizada, possa participar das decisões que dizem respeito às políticas públicas (CUNHA; CUNHA, 2011).

A partir disso, tornou-se obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão que dele necessite, independente de raça, credo e poder aquisitivo. O SUS é universal. Quando necessário, basta que o cidadão busque atendimento em centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, entre outras especialidades, acessando a rede de saúde que faz parte de sua comunidade. São os próprios cidadãos que o financiam através do pagamento de impostos públicos e, assim, fica proibido o pagamento

por qualquer tipo de serviço. Comprometido com a prevenção e promoção da saúde, o SUS preocupa-se em informar a população quanto aos seus direitos e os riscos à sua saúde. Vale sublinhar que o setor privado também participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado, quando as unidades públicas de assistência à saúde não forem suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região, em caso de superlotação, desastres ou tragédias, por exemplo (RUA, 2009).

A criação do Sistema Único de Saúde representou um grande avanço para a saúde pública do país, pois houve uma ampliação dos serviços, objetivando sua universalização, integralidade e igualdade no atendimento (ROLIM; CRUZ; JESUS, 2013; SANTOS, 2009).

Pensar o SUS é pensar em políticas públicas e nas ações desenvolvidas entre governo e sociedade de forma direta ou indireta, podendo haver a participação tanto de atores do setor público como do setor privado, com vistas a assegurar determinados direitos da população (RUA, 2009).

Conselhos Gestores e Conferências de Saúde

No Estado Democrático de Direito, diversos mecanismos podem ser utilizados para exercer o controle social da população sobre as políticas públicas, como o orçamento participativo ou consultas populares, a administração de serviços públicos por organizações não-governamentais, as audiências públicas, a pressão através dos meios de comunicação, as ouvidorias e os conselhos de políticas públicas.

Entre as formas de participação mais importantes no processo de gestão dos serviços de saúde estão os Conselhos Gestores e as Conferências de Saúde, os quais se organizam nas três esferas do governo (SANTOS, 2009).

De caráter permanente e deliberativo, os Conselhos Gestores¹ oportunizam aos cidadãos o direito de verificar se a assistência à saúde prestada pelo estado ou município está de acordo com suas necessidades. São constituídos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários: “trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema” (BRASIL 2009, p. 9). Como visto, o cidadão encontra nos Conselhos uma ferramenta poderosa, a qual possui grande potencial de transformação e construção de políticas públicas, democratizando o seu acesso aos espaços em que se tomam decisões políticas que outrora pertenciam somente à esfera governamental (GOHN, 2011).

Os Conselhos Gestores de políticas públicas representam uma das principais formas de democracia participativa no Brasil, pois estão presentes na maioria dos municípios brasileiros e organizados em vários segmentos importantes, como saúde, moradia, educação, meio ambiente, transporte e cultura. Além disso, realizam um diálogo permanente entre o governo e a sociedade no sentido de prover uma melhor destinação dos recursos públicos (TATAGIBA, 2005).

¹ Os Conselhos Gestores constituem-se como espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais (CARVALHO, 2007). Como exemplo, cita-se os Conselhos de Saúde Municipais que, entre suas finalidades, serve para garantir a gestão participativa do cidadão nas políticas públicas de saúde em nível local.

Estes conselhos garantem o exercício de uma cidadania ativa e incorporam em seus atos as forças vivas da comunidade na gestão de seus problemas e na implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-los, com maior transparência na destinação das verbas existentes, além de favorecer a responsabilização dos políticos e técnicas da administração pública (GERSCHMAN, 2004).

Um bom exemplo consiste nos Conselhos Municipais de Saúde, responsáveis por gerir as políticas públicas de saúde, aprovando e fiscalizando as ações do executivo nesta área, permitindo que a população participe na definição de atitudes que favoreçam os seus interesses, através da formulação de diretrizes e de prioridades. Gera-se, assim, uma transparência das ações públicas e a possibilidade de criação de indicadores para avaliar os resultados alcançados.

Seguindo na mesma trilha estão as Conferências de Saúde², as quais acontecem de quatro em quatro anos e também devem ter igualdade na porcentagem de seus participantes. São importantes ferramentas de empoderamento dos cidadãos para que possam participar das decisões do segmento saúde, seja analisando os desafios ou percalços, seja recomendando novas maneiras para sua construção. Tais direitos encontram-se amparados pela Lei n. 8.142/1990 que dispõe sobre a participação e controle social do cidadão brasileiro no SUS (ROLIM; CRUZ; JESUS, 2013).

O controle sobre os órgãos públicos consiste em uma forma de democratizar os processos decisórios, construindo uma cidadania mais ativa, gerando solidariedade, virtude cívica e engajamento (DOMINGUES, 2002).

Percebe-se que a gestão participativa se converteu em valioso instrumento no processo de redemocratização da saúde, passando por intensas transformações nos últimos anos. É importante entender que é um processo coletivo e que, por esse motivo, deve ser encorajada para que os cidadãos – sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores – se engajem cada vez mais a fim de que novas mudanças sociais sejam fomentadas (BRASIL, 2009).

Gostaria de ver a essência do sus levada adiante por todos os cidadãos e cidadãs como se fosse uma profissão de fé, enraizada nos corações e nas mentes como uma religião, uma obra para ficar na posteridade e repassada de geração a geração. Isso porque só o conhecimento a cada dia ampliado poderá nos ajudar a viver mais e melhor (CARVALHO, 2007, p. 27).

Corroborando a afirmação de Carvalho, o entendimento de comunidade para Amon (2014) está diretamente vinculado à crença em ideias comuns. Dessa forma, tais observações levam à compreensão de que o direito à saúde requer que cada cidadão faça a sua parte.

² Conferências de Saúde são instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde em nível municipal, estadual e nacional (BRASIL, 2011). Sabe-se que a Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, foi decisiva para a construção do SUS, fornecendo as bases teóricas para a formatação desse novo modelo de saúde.

DISCUSSÃO

Se gestão, geralmente, é entendida como algo que é de poucos, a co-gestão ampliou tal entendimento, ao incluir novos personagens nesse processo. Assim, seria praticada não por poucos, mas por muitos, assumindo-se que “todos são gestores de seus processos de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 13).

Nessa direção está Campos (2006, p. 27), com o Método Paidéia, ao defender que as mudanças são inevitáveis, por adotar a “concepção de devir, decorrente da perenidade de tudo e de todos”. Nesse sentido, o autor defende a ideia de que uma parte das mudanças sociais são inerentes aos próprios sujeitos ao passo que outras parcelas decorrem de fatores alheios à sua vontade.

Este reposicionamento da democracia também é defendido por Perry Anderson (1995), interligando todos os atores sociais e criando uma sociedade que priorize o bem-estar de todos. Para tanto, deve haver uma maior participação social, entendida pela sociedade civil como necessária e estimulada pelo Estado, que se tornará corresponsável pela gestão da coisa pública.

O problema consiste em colocar em prática um conjunto de esforços que pode modificar a realidade da gestão e organização da saúde. Isto pode ser efetuado através do capital social e da solidariedade. O capital social pode ser entendido como o conjunto dos elementos culturais e sociais que atua em determinado meio, incluindo atitudes, normas, costumes, organizações, redes sociais e relações informais, melhorando o desempenho e a organização da gestão pública em saúde, através da participação no processo deliberativo e na organização das tarefas. A importância do capital social está na mobilização da capacidade cooperativa das pessoas, possibilitando a superação dos desafios, pois é centrada na valorização da confiança interpessoal (PUTNAM, 2000).

Campos (2006), alerta que:

[...] o objetivo do trabalho em saúde seria, pois, a própria produção de saúde, ou seja, defender a vida, mediante políticas de proteção social, mas também mediante uma ampliação da compreensão e da capacidade de as pessoas agirem de modo comunicativo e solidário. Com esta finalidade, é importante construir a capacidade de essas pessoas identificarem e trabalharem temas que sejam objetos de investimentos para elas mesmas, ou seja, que atendam parcelas de seu desejo e interesse e tenham significado e relevância para a sua própria vida e para os pedaços de mundo envolvidos nesse contexto. Juntamente com esse propósito, é fundamental a construção de novas organizações e de uma nova sociabilidade que estimule e facilite a modificação das relações entre os

governos, gestores, trabalhadores de saúde e destes com os usuários (CAMPOS, 2006, p. 29).

A perspectiva de participação social levou a sociedade a criar estruturas e mecanismos que oferecessem ao cidadão a capacidade de fazer parte da gestão da res pública, como a criação de Organizações Não-Governamentais (o chamado terceiro setor), os orçamentos participativos, as audiências públicas e os conselhos de representação social (chamado de controle social). Os mecanismos de controle social da saúde, enquadrados na diretriz constitucional de “participação da comunidade” no SUS, estabelecidos pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990) são as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Assim, os mecanismos de participação social desempenham seu direito democrático de participação solidária, exercendo, na prática, a democracia participativa.

O SUS traz como um dos seus pontos principais a democratização e a descentralização do poder para os municípios. Para que isso pudesse acontecer, implementou-se os conselhos tripartites – com a participação de trabalhadores da saúde, gestores e usuários das três instâncias de governo (federal, estadual e municipal) – e paritários – com os representantes em pé de igualdade. Foi a partir dessa forma de organização que se tornaram efetivos os Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e as Conferências de Saúde, permitindo, então, que a participação e o controle popular pudessem crescer cada vez mais (GOHN, 2011, p. 18).

Porém, ao observar o envolvimento dos trabalhadores e usuários, nota-se que poucos aderiram ao movimento, talvez "lhes pareça que esta participação é difícil, complexa ou impedida pelo excesso de burocracia do sistema de saúde", o que, por sua vez, resulta em desmotivação e falta de incentivo para aderir ao movimento (BRASIL, 2004, p. 19).

A organização dos serviços de saúde deu-se a partir dos saberes da ciência, em detrimento do saber comum. O que causou inúmeras inverdades no que se refere à maneira de tratar o paciente – o distanciamento que o profissional deve manter garantiu até hoje falta de afeto e de acolhimento, impedindo a solidariedade e a formação de vínculos. Em nome da ciência, são oferecidos tratamentos indignos de baixa qualidade, assim como o desrespeito pela vontade do paciente, pois, de acordo com essa concepção, ele nada sabe (BRASIL, 2004, p. 7). A medicina e a saúde pública tradicional, em função do saber clínico e epistemológico, estão voltadas para o diagnóstico e para a doença. Dessa forma, ao se depararem com um paciente não o percebem como alguém que deseja, que pensa, que sofre. Para esses profissionais, não existem pessoas

envolvidas, o que veem é apenas um braço, um coração, um rim – coisas a serem tratadas, consertadas e depois dispensadas (CAMPOS, 2006).

Para que mudanças possam ser realizadas, a gestão participativa é uma ferramenta valiosa na construção de novos rumos da saúde. Nesse sentido, a cogestão constitui-se como “um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores” (BRASIL, 2004, p. 7).

CONCLUSÃO

O Estado Democrático de Direito, instituído pela Constituição de 1988, ainda é um sonho a ser construído, pois ele depende, muito mais do que as leis instituídas, de uma verdadeira conscientização da sociedade civil organizada a respeito da importância da sua participação nas decisões que envolvem as políticas públicas, desde a identificação das necessidades, formulação, implementação, fiscalização e análise do processo instituído.

Após tantos anos de cerceamento das liberdades, a sociedade brasileira precisou reinventar-se e recuperar o sentido de participação perdido durante os anos da ditadura militar. É um novo tempo, em que as liberdades estão garantidas, mas carecem de responsabilidade social, visto que o Estado a favor do cidadão precisa ser implementado todos os dias, em todos os momentos e instâncias possíveis, pois esta é uma condição da democracia participativa.

De nada adianta multiplicar os conselhos e realizar conferências periódicas se as decisões que emanam destes órgãos não forem de caráter público, democrático e descentralizado, para que o cidadão, em seu bairro, em seu município, seja o verdadeiro mentor das políticas públicas a serem efetivadas para garantir seus direitos.

Este artigo procurou identificar as formas de participação da população no atendimento às suas demandas de saúde. Dessa forma, os Conselhos Gestores e as Conferências de Saúde configuram-se como o principal instrumento de efetivação da democracia, mais participativa do que meramente representativa, quando se conclama a população a participar da gestão de políticas públicas, ampliando seu espaço de decisão, alterando as relações entre Estado e sociedade civil.

Como a cidadania prevê a participação ativa do cidadão nas decisões que afetam o seu dia a dia, para almejar um SUS democrático e socialmente justo é preciso que cada cidadão se posicione como um agente de mudanças, mantendo-se atento aos acontecimentos ao seu redor e participando ativamente nas decisões públicas, que afetam a sua comunidade, a sua cidade e a nação como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMOND, D. **Psicologia social da comida**. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.
- ANDERSON, P. **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, M. P. D. (Org.) **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142/90, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 06 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórias das conferências de saúde**. 2011. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 28 set. 2015.
- BRASIL. **Humaniza SUS**: gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/gestao_participativa_e_cogestao.pdf>. Acesso em: 04 out. 2015.
- BRASIL. **Humaniza SUS**: gestão participativa: cogestão. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Gestao%20Participativa%20_%20Co-Gestao.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Texto constitucional de 5 out. 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080/90, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 17. nov. 2015.
- BREUS, T. L. **Políticas Públicas no Estado Constitucional**: problemática da concretização dos direitos fundamentais pela administração pública brasileira contemporânea. Belo Horizonte: Ed. Fórum, 2007.

CAMPOS, G. W. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 1-13, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462006000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 nov. 2015.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/PARTICIPACAOCOMUNIDADESAUDE.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CUNHA, J. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: MÜLLER NETO, J. S.; SCHRADER, F. T. (Orgs.). **CDG/SUS - Curso de gerenciamento gerencial do SUS**: coletânea de textos. Cuiabá: EDUFMT, 2011. Disponível em: <<http://200.129.241.70/isc/sistema/arquivos/14101102534253.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

DOMINGUES, J. M. **Interpretando a modernidade**: imaginário e instituições. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

GERSCHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/26.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

GOHN, M. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, Campinas, v. 16, n. 47, p. 333-361, maio./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n47/v16n47a05.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. B.; SAMPAIO, K. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

SANTOS, M. P. G. **O Estado e os problemas contemporâneos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

SOUZA, M. L. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 25, p. 209-213, nov. 2005.

RELAÇÃO DO PÚBLICO E PRIVADO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Fabrine Luiza Fardin: Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde pela UFSM. E-mail: binenutri@yahoo.com.br

Alitéia Santiago Dilélio: Doutora em Epidemiologia pela UFPel. Professor Adjunto da UFPel, Pelotas - RS | Brasil. E-mail: aliteia@gmail.com

Juliano Perottoni: Doutor em Bioquímica Toxológica pela UFSM. Professor Adjunto do Departamento de Zootecnia e Ciências Biológicas da UFSM, Palmeira das Missões – RS | Brasil. E-mail: perottoni2001@gmail.com

Elisa Vanessa Heisler: Mestre em Enfermagem pela UFSM. Secretária Municipal de Saúde, Tiradentes do Sul – RS | Brasil. E-mail: elisaufsm@gmail.com

RESUMO

O O artigo consiste em uma reflexão sobre a relação público-privada na saúde brasileira, com o objetivo de verificar a organização e a prestação de serviços em saúde no contexto das políticas atuais do Sistema Único de Saúde (sus), identificando suas tendências e impasses. Para tanto, será feita uma pesquisa bibliográfica sobre estudos relacionados ao tema em âmbito nacional. Apesar das conquistas constitucionais, ainda existem alguns obstáculos à operacionalização da saúde como um direito. A partir deste contexto, é necessário pensar modos de qualificar as relações público-privadas, oferecendo a garantia de acesso à saúde com diminuição das desigualdades e beneficiando a população brasileira. Evidencia-se uma fragilidade institucional no monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e políticas de saúde, havendo a necessidade de participação do controle social junto ao Estado. Torna-se eminente o desenvolvimento de métodos e práticas de gestão, considerando que este processo depende de recursos humanos e financeiros e, primordialmente, de interesse político.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Parcerias Público-Privadas.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição de 1988 propõe como diretrizes a universalidade, a integralidade, a equidade e a garantia de acesso aos bens públicos de saúde. Entretanto, esta garantia, que deveria estabelecer igualdade de direitos aos cidadãos, implicou uma série de peculiaridades na relação entre sistema de saúde público e privado, dada a estrutura produtiva do setor de saúde montada no país, que aumentaria as desigualdades na distribuição dos bens públicos de saúde de alta complexidade (NISHIJIMA, 2010).

Apesar das conquistas constitucionais, ainda existem alguns obstáculos à operacionalização da saúde vista como um direito, entre eles, as políticas

internacionais de ajuste econômico. O Estado, segundo a lógica neoliberal, é constitucionalmente responsável pelos indivíduos e pela comunidade. Neste contexto, as políticas de bem-estar social seriam reduzidas a programas compensatórios e privatizantes, aumentando, assim, a massa de vulneráveis e excluídos da sociedade (AMADIGI, 2007).

De acordo com o Art. 199 da Constituição, as instituições privadas podem participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante contrato direto ou convênio, preferencialmente entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, respeitando-se as normas de direito público e o disposto na Portaria 3.277/2006/MS (SANTOS; AMARANTE, 2011). Esta contratação será realizada somente quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, mediante a indisponibilidade de ampliação da oferta e comprovada a necessidade de complementar sua rede (SANTOS, 2010).

A complementação de serviços deverá observar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso (BARATA, 2011).

O crescimento vigoroso da assistência suplementar ao longo das últimas duas décadas mantém uma relação direta com a expansão da clientela do sistema público a partir da garantia, a todo cidadão, do direito à saúde e do estrangulamento da oferta de serviços públicos. A incerteza quanto aos rumos da reforma do Estado, a crise econômica e a descontinuidade dos investimentos sociais - manutenção ou ampliação de serviços - evidenciam em grande parte esta expansão acelerada (SANTOS; AMARANTE, 2011).

Busca-se com este trabalho identificar as tendências e os impasses vividos pelo Sistema Único de Saúde a partir da reflexão sobre a relação público-privada na saúde brasileira. É sumamente importante entender o significado do seguro privado para o sistema de saúde brasileiro, contribuindo para realização de uma abordagem crítica da função do Estado brasileiro sobre a sua regulação.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre estudos relacionados ao tema em âmbito nacional. A busca das publicações científicas foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS (<http://www.enfermagem.bvs.br/>), incluindo as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), SCIELO, BDEF. Ainda, foram realizadas buscas em livros de referência sobre o tema.

Para localizar as publicações foram utilizados os seguintes critérios: período de publicação nos últimos 10 anos, envolvendo seres humanos, textos que abordavam os setores público e privado na assistência à saúde, nos idiomas inglês, espanhol e português. Os descritores utilizados foram: serviços de saúde, sistema público e privado, assistência à saúde.

As buscas foram realizadas durante os meses de agosto e setembro de 2015. Foram selecionados 33 artigos para leitura de títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos. Após, realizou-se a leitura dos artigos na íntegra, sendo selecionados 17 artigos, nos quais constavam dados para compreender o sistema público-privado na assistência à saúde (Quadro 1).

QUADRO 1: Artigos selecionados a partir da revisão bibliográfica.

Título	Autor	Nome do periódico	Objetivo	Resultados
O papel do administrador na gestão pública	Cristiane Botezini Albarello	Revista de Administração e Comex. v. 5, n. 8, p.1-109, 2006.	Avaliar o papel do gestor público, inserido em um cenário internacionalizado e em constante evolução e como deve conduzir o processo político / administrativo para inserir o setor público neste contexto.	O gestor público, em grande parte, não está conseguindo ser agente catalisador de inovações transformadoras. É necessário estabelecer, estimular a participação social, a fim de pensar estratégias de longo prazo.
A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS	Felipa Rafaela Amadigi, Gelson Luiz de Albuquerque, Evelise Ribeiro Gonçalves Alacoque, Lorenzini Erdmann	Revista Ciência Cuidado e Saúde, p. 508-513, out./dez. 2007.	Estudar, do ponto de vista ético, a influência neoliberal sobre o sistema de saúde brasileiro.	Neste momento pós-liberal, para efetivarmos o SUS, devemos reencontrar e redirecionar as propostas preconizadas constitucionalmente.
Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado	Lígia Bahia	Trabalho educacional em saúde, Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar. 2006	Abordar problemas decorrentes das assimetrias entre as concepções e as práticas das relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.	As hipóteses apresentadas sugerem que a preservação de arranjos político-institucionais e financeiros de suporte público aos serviços privados e empresas de planos de saúde compete com a perspectiva de implementação do direito universal à saúde.

Perfil sócio-demográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008	Zilda Pereira da Silva, Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro, Rita Barradas Barata, Marcia Furquim de Almeida	Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.9, set. 2011	Analisar a evolução do perfil de utilização de serviços de saúde, entre 2003 e 2008, no Brasil e nas suas macrorregiões.	A proporção de indivíduos que procuraram serviços de saúde não se alterou, assim como a parcela dos que conseguiram atendimento (96%), entre 2003 e 2008. Em 2008, manteve-se o gradiente de redução de utilização de serviços de saúde SUS conforme o aumento de renda e escolaridade.
Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro	Barbara Moreira Barbosa de Brito, Antonio Henrique Pinheiro Silveira	Revista do Serviço Público, Brasília, v. 1, n. 56, p. 7-21, jan./mar. 2005	Discutir os fundamentos que balizam a implantação de um programa de PPP e apresentadas algumas características gerais dos contratos.	A necessidade de viabilizar investimentos públicos em um contexto de restrição fiscal impulsionou governos de diversos países a buscar na parceria com o setor privado a alternativa para a realização de obras e serviços públicos.
Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde	Nelson Rodrigues dos Santos, Paulo Amarante	Cebes. Rio de Janeiro, 2010.	Debater as relações entre o SUS e a saúde suplementar, com destaque aos desafios e caminhos para o futuro do sistema universal.	As pressões do mercado e a crescente incorporação tecnológica no segmento da assistência suplementar influenciam os prestadores, os profissionais e os usuários num caminho oposto a uma atenção à saúde baseada no princípio da integralidade.
A política de saúde do Brasil: dilemas entre as relações público-privado.	Márcio Kobori	Monografia II - Universidade Estadual de Campinas (Instituto de Economia), Campinas, 2008.	Realizar uma reflexão sobre os caminhos da política de saúde no Brasil.	As mudanças ocorridas nas esferas pública e privada propiciam elementos para uma reflexão necessária para a compreensão do contorno dado a estas reformas no Brasil.

Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde			Interpretar a configuração institucional híbrida da assistência à saúde no Brasil, caracterizada pela coexistência de um segmento público e outro privado.	Embora o arranjo público-privado institucional seja resultado de escolhas realizadas em diferentes momentos de inflexão da política de saúde, essas foram constringidas pelos efeitos institucionais das escolhas anteriores.
História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual	Telma Maria Gonçalves Menicucci	Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014.	Identificar problemas que afetam a completa consolidação da reforma sanitária, ao mesmo tempo em que chama a atenção sobre o significado profundo da implantação de um sistema único e universal em um país das dimensões do Brasil.	A conferência apresenta uma retrospectiva histórica do Sistema Único de Saúde, seus antecedentes e seu legado na configuração atual e parte da explicação de alguns de seus problemas estruturais, particularmente a convivência de um sistema público e outro privado.
Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória	Telma Maria Gonçalves Menicucci	Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.	Explicar a constituição do formato institucional híbrido ou dual da assistência à saúde no Brasil baseando-se em um mix entre um sistema público e um sistema privado.	As regras e os procedimentos institucionalizados na configuração que assumiu a assistência à saúde, tiveram como um de seus efeitos a atribuição de significados à realidade e a conformação de determinadas concepções sobre o público e o privado.
Análise econômica da interação entre saúde pública e privada no Brasil: tratamentos de alta complexidade	Marislei Nishijima, Geraldo Biasotto Junior, Denise Cavallini Cyrillo	Economia e Sociedade, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611, dez. 2010.	Investigar quantitativamente de maneira indireta se os mais pobres têm menor acesso que os indivíduos de maior renda aos bens de assistência médica de alta complexidade ofertados	Os resultados obtidos sugerem que a renda do indivíduo afeta positivamente a sua probabilidade de possuir um seguro de saúde, o que mostra que os mais ricos são os possuidores de seguros de saúde.

<p>A política de saúde no Brasil nos anos 90</p>	<p>José Carvalho de Noronha, Laura Tavares Soares</p>	<p>Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.</p>	<p>Refletir sobre os rumos da reforma do setor saúde na década de 1990.</p>	<p>Os avanços formais conquistados na formação administrativa do SUS instituídos naquela década, correm seríssimo risco de serem tragados por fora pela contração de investimentos públicos e pela cisão irrecorrível do sistema de saúde.</p>
<p>Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde</p>	<p>Bruno Pereira Nunes, Elaine Thumé Elaine, Tomasi, Suele Manjourany Silva Duro, Luiz Augusto Facchini</p>	<p>Revista Saúde Pública, v. 6, n. 48, p. 968-976, 2014</p>	<p>Avaliar desigualdades no acesso, utilização e qualidade da atenção à saúde associadas a características socioeconômicas.</p>	<p>O uso de serviços de saúde foi semelhante entre os estratos dos indicadores socioeconômicos. A falta de acesso e o tempo na fila de espera foram maiores entre os indivíduos de piores posições socioeconômicas, mesmo após ajuste para necessidades em saúde.</p>
<p>A relação público-privada no Sistema Único de Saúde: assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde "Baixada Cuiabana" em Mato Grosso</p>	<p>Cátia Maria C. Romano, João Henrique G. Scatena</p>	<p>Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013</p>	<p>Discutir a relação público-privada no SUS, na região de saúde da Baixada Cuiabana no estado de Mato Grosso a partir da caracterização da estrutura da rede de assistência ambulatorial de média e alta complexidade.</p>	<p>As evidências apresentadas podem sinalizar a existência de uma política de fortalecimento do setor privado no âmbito do SUS, em Mato Grosso. Fato esse fortemente caracterizado pela trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil.</p>

O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada	Isabela Soares Santos	Dissertação (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Rio de Janeiro, julho de 2009	Analisar o arranjo público-privado do sistema de saúde brasileiro, o modelo regulação vigente no país das relações entre o público e o privado e os efeitos do mix público-privado do sistema de saúde brasileiro em relação à desigualdade de uso, financiamento e oferta de serviços de saúde.	A integralidade no sistema de saúde brasileiro tem que ser organizada e garantida pelos gestores do SUS, contemplando tanto a assistência dentro do SUS, como aquela que resulta de idas e vindas dos usuários entre o segmento complementar e o SUS.
O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde	Isabela Soares Santos, Maria Alicia Dominguez Uga, Marta Silva Porto	Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, set./out. 2008	Analisar o mix público - privado do sistema de saúde brasileiro a partir da oferta, utilização e financiamento dos serviços de saúde.	O predomínio dos prestadores de saúde privados, introduz, importantes fluxos financeiros da esfera pública para a privada. Ainda, nesse mix existem relações pouco claras entre o papel que um mesmo prestador privado exerce em segmentos diferentes (no SUS e no setor de saúde suplementar).
Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde	Claudia Travassos, Mônica Martins	Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004	Rever os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, analisar o que os distingue e, ao mesmo tempo, identificar os pontos de articulação existentes entre ambos.	A utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde.

FONTE: dos autores, adaptado por NTE, 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Constituição Brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, no âmbito da seguridade social, e assegurou em seu Artigo 199 (§1º) a participação da iniciativa privada na provisão de serviços de saúde, desde que de forma complementar, sob as diretrizes e regras (contrato) desse sistema. Tal fato possibilitou a manutenção de um espaço para o setor privado dentro do SUS gerando, muitas vezes, situações conflituosas na arena das

negociações e pactuações com vistas à oferta de serviços de saúde, envolvendo gestores estaduais e municipais e também provedores privados de serviços específicos (ROMANO; SCATENA, 2013).

O SUS assegurou a reprodução de grande parte do setor privado de prestação de serviços quando, em sua criação, optou por não tornar estatais serviços privados, filantrópicos ou não governamentais que prestavam assistência ao antigo sistema previdenciário ou público. No sentido de integrá-los em rede única, delegou-se aos municípios, ou eventualmente aos estados, a função de realizar contratos e convênios com esses prestadores autônomos, acompanhando o seu desempenho (BRASIL, 1990).

Assim, o Sistema Único de Saúde prevê uma estrutura híbrida de gestão da saúde, baseada no funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão e outra privada, que atua de maneira complementar. Com as restrições dos serviços e recursos investidos pelo Estado para atender as demandas de saúde da população brasileira, o setor privado vem atuando sob a forma de planos e seguros de saúde, com oferta de hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios particulares.

A relação entre o público e o privado na Saúde é geradora de intensas discussões que parecem estar muito longe do fim, especialmente ao considerarmos o histórico das políticas de saúde no Brasil.

Essa relação assume as mais distintas formas - política, econômica, administrativa, técnica, jurídica -, desempenhando papel central no processo de implantação e conformação do Sistema Único de Saúde. Esse binômio reflete impasses histórico-sociais, como a concentração de renda e o predomínio de interesses de grupos e setores econômicos (ALBARELLO, 2006).

A universalidade do SUS e a atuação da rede privada são pontos de partida para articulações e movimentos contra a tendência de privatização do setor da saúde. Além disso, as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, o difícil ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos de saúde privados e a precariedade que vem caracterizando o crescimento desordenado da oferta privada estão na agenda das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS (ROMANO; SCATENA, 2013).

A relação público e privado tem implicado num amplo leque de dificuldades para gestores do sistema, entre elas, o aumento nas mensalidades dos planos de saúde, a insatisfação com a rede prestadora, as limitações de cobertura dos planos de saúde na rede privada e a greve dos servidores de saúde no setor público (BAHIA, 2006).

O administrador privado concentra-se na visão do mercado, que abrange a necessidade dos clientes, a otimização dos recursos financeiros, humanos e materiais e visa os melhores resultados quanto à produtividade, eficiência e eficácia, qualidade total, responsabilidade social e competitividade, atento à maximização de lucros. Já o administrador público concentra-se na qualidade da prestação de serviços, sendo que os objetivos e respectivos resultados devem estar relacionados aos interesses sociais (ALBARELLO, 2006).

A cobertura duplicada de saúde contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços, pois incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público; não diminuindo a pressão da demanda e, tampouco, o financiamento desse sistema. Ainda, não contribui para a preservação dos objetivos gerais e sociais do sistema de saúde (MENICUCCI, 2014; MENICUCCI, 2009).

Para De Brito e Silveira (2005), a terceirização apresenta vantagens para os autores, como: maior eficiência quanto à inovação e gestão de recursos, otimização dos custos, melhor qualidade na prestação do serviço, possibilidade de antecipar um recurso que só estaria disponível a longo prazo. O setor público mantém suas prerrogativas de planejamento, monitoramento e regulamentação, sem prejuízo de sua dimensão estratégica. Porém, à gestão pública cabe verificar o custo-benefício, analisando a parceria sob o enfoque da eficiência e não apenas pelo financiamento, a fim de atingir os objetivos almejados sem o comprometimento de receitas futuras.

O momento atual do Sistema de Saúde no Brasil evidencia mudanças nas participações públicas e privadas com a diversificação da demanda em saúde e impacto do próprio processo de reforma do setor. Assim, estimula-se a reorganização institucional das relações entre essas instâncias, na área da saúde, em consonância com as transformações das funções e das responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários, desenvolvendo ações de regulação, controle e avaliação, com ampliação da participação de mercado e da família na produção, gasto e no financiamento do sistema de saúde. Essas mudanças compõem uma (re)institucionalização da relação público-privado (KOBORI, 2008).

Os Sistemas de Saúde são compostos por distintos modelos de gestão de riscos, distribuídos entre Estado, mercado e família. O antigo sistema de proteção social pode ser definido como uma imensa rede de socialização do risco, cuja política de solidariedade implica mecanismos de divisão dos riscos dos seguros entre grupos e classes sociais (SANTOS; AMARANTE, 2010).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, que deve ser revisado anualmente, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população. Esta ação implica no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Estudos mostram que o SUS é o principal financiador da atenção à saúde, especialmente nos níveis extremos de complexidade, como, por exemplo, vacinação na atenção básica e internações na alta complexidade, mesmo considerando áreas onde há insuficiência em atendimento (BARATA et al., 2011).

No momento em que o SUS alcança pouco mais de 25 anos de existência, torna-se maior a necessidade da geração de conhecimentos, métodos e tecnologias que deem suporte ao seu pleno desenvolvimento. A investigação sobre a utilização de serviços de saúde fornece subsídios que podem orientar o desenho das políticas de saúde e a melhoria do desempenho (BARATA et al., 2011).

Com relação à provisão de serviços e à oferta, apesar de o SUS ter implementado formas mais ágeis e mecanismos mais seguros de controle sobre os contratos de gestão com as instituições privadas, ainda podem ser observados entraves, como a garantia da oferta do número de exames contratualizados.

Vale lembrar que a Saúde Pública é reguladora em sua essência. Há vários mecanismos reguladores que foram incorporados pelo setor privado, tais como: avaliação de cobertura, de risco, de eficiência, de eficácia, de efetividade. No entanto, no setor privado, eles têm sido utilizados para garantir lucro e não saúde à população.

No momento de implementação de reformas políticas, as deficiências no âmbito da assistência à saúde se evidenciaram, como falta de atendimento universal e igualitário e a disponibilidade de uma rede diversificada de serviços de saúde (MENICUCCI, 2009).

A ineficaz expansão da rede pública, associada à opção pela compra de serviços privados, resulta em uma relação de dependência para garantia da assistência à saúde. Evidencia-se que a capacidade reguladora do governo não acompanhou eficientemente esta relação, submetendo-se a uma lógica econômica e ideológica diferente da estrutura organizacional do SUS (MENICUCCI, 2009).

O SUS é a principal porta de entrada para a assistência à saúde, sendo responsável pelo maior número de procedimentos realizados no país. Mais de 70% da população é usuária exclusiva do sistema público, fazendo com que a maioria dos prestadores não possa prescindir do sistema público (SANTOS, 2009).

A política de assistência à saúde atual revela duas formas distintas de acesso, financiamento e produção de serviços de saúde. O Estado atua sob a forma de intervenção direta, responsabilizando-se pelo financiamento total, por grande parte da execução dos serviços de saúde e pela regulação do mercado privado. No modelo público, a intervenção governamental visa garantir o direito constitucional à saúde, que se traduz principalmente no acesso aos serviços de saúde. Já o modelo privado busca garantir a concorrência e os direitos do consumidor que adquire planos privados de saúde (MENICUCCI, 2014).

A convivência com duas modalidades de assistência, associada às barreiras de acesso, produziu imagens negativas sobre a assistência pública, que se traduzem na falta de suporte político administrativo (SANTOS; AMARANTE, 2010).

CONCLUSÃO

Um dos requisitos para a viabilidade e o sucesso na assistência à saúde, diz respeito à construção de novas formas de relação público-privada e de mecanismos de regulação eficientes, como: equilíbrio dos contratos de serviços, fiscalização, controle e, sobretudo, o poder normativo sobre os serviços delegados a terceiros.

Constata-se a dificuldade de um modelo de gestão pública no SUS que execute serviços que atendam às necessidades da população de forma direta, sem a complementação do setor privado. No contexto atual do SUS, se a atividade privada deve conviver com a pública no mesmo espaço social de garantias de direitos, mediante ajuste de colaboração e contratos de prestação de serviços, é necessário encarar essa realidade e regulá-la em prol do interesse público. Eficiência e bom desempenho não são particularidades exclusivas do setor público e tampouco do setor privado, ambos são importantes para o SUS.

Aparentemente, o investimento público no campo da saúde afasta-se de um ideal universalista, aproximando-se de uma estratégia de intervenção focal, priorizando determinadas clientelas em função da situação de risco ou de vulnerabilidade em que vivem, com intuito de reduzir desigualdades.

A regulação da saúde deve ser aplicada aos serviços públicos e/ou estatais e aos serviços contratados e conveniados. Evidencia-se uma fragilidade institucional no monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e políticas de saúde, havendo a necessidade de participação do controle social junto ao Estado. Torna-se eminente o desenvolvimento de métodos e práticas de gestão considerando que este processo depende de recursos humanos e financeiros, mas primordialmente interesse político.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALNBARELLO, C. B. O papel do administrador na gestão pública. **Revista de Administração**, Frederico Westphalen, v. 5, n. 9, p. 49-71, dez. 2006. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeadm/article/view/878/1353>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

AMADIGI, F. R. et al. A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 508-513, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3896/2691>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

BAHIA, L. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 159-170, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v4n1/10.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

BARATA, R. B. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a16v16n9.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 3 out. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Pacto pela Saúde**. 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/>>. Acesso em: 25 out. 2015.

DE BRITO, B. M. B.; SILVEIRA, A. H. P. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 1, n. 56, p.7-21, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/214/219>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

KOBORI, M. **A política de saúde do Brasil: dilemas entre as relações público-privado**. 2008. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

MENICUCCI, T. M. G. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde. **Locus, Revista de História**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 47-69, 2009. Disponível em: <<https://locus.ufjf.emnuvens.com.br/locus/article/view/919/789>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>>. Acesso: 21 mar. 2017.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

NISHIJIMA, M.; BIASOTO, G. J.; CYRILLO, D. C. Análise econômica da interação entre saúde pública e privada no Brasil: tratamentos de alta complexidade. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ecos/v19n3/07.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7014.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

NUNES, B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 48, p. 968-976, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0968.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G. A relação público-privada no Sistema Único de Saúde: assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde “Baixada Cuiabana” em Mato Grosso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/006.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.

SANTOS, I. S. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. 2009. 186 f. Dissertação (Doutorado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelasantosantos_mh_d.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/09.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. Gestão pública e relação público-privado na Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2345-2350, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a35.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Rosmeri Franken: Especialista em Gestão da Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria, Panambi - RS - Brasil. E-mail: rosmerifranken@hotmail.com

Susane Flôres Cosentino: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNFESP/EEAN/UFSM. Professora Adjunta da Universidade de Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões - RS - Brasil. E-mail: profsusyead@gmail.com

Marina Zadra: Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Maria. Técnica administrativa em educação (Farmacêutica) na Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões - RS - Brasil. E-mail: marinazadread@gmail.com

Isabel Cristina dos Santos Colomé: Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões - RS - Brasil. E-mail: enfbel@yahoo.com.br

RESUMO

As plantas medicinais e os fitoterápicos consistem em práticas terapêuticas milenares que vêm se destacando nos serviços públicos de saúde, como é o caso do Sistema Único de Saúde, em virtude do seu potencial enquanto arsenal terapêutico. Este estudo objetivou identificar e analisar a produção científica brasileira relacionada ao emprego das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nos serviços de Atenção Básica à Saúde. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura desenvolvida na Biblioteca Virtual em Saúde, em periódicos nacionais, disponíveis nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem e Coleção Scientific Electronic Library Online. A delimitação temporal compreende os anos entre 2004 e 2014, totalizando sete artigos selecionados. Considerando a similaridade das informações, emergiram dois temas: Implantação de Políticas sobre o uso de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos nos serviços de Atenção Básica no Brasil e uso de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos na Atenção Básica à Saúde. As políticas nacionais relacionadas com a Fitoterapia no SUS são relevantes para o país, por contemplar os contextos econômico, social, cultural, científico e sanitário.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Medicamentos Fitoterápicos; Plantas Medicinais.

INTRODUÇÃO

O emprego de espécies vegetais como recurso terapêutico é relatado mundialmente há milhares de anos na medicina chinesa, tibetana e indiana-ayurvedica, e influencia tanto o conhecimento popular (etnobotânica) quanto a experiência científica (etnofarmacologia) (ALMEIDA et

al., 2011; BRASIL 2012). No Brasil, de acordo com Almeida et al. (2011), o uso de plantas medicinais está alicerçado na prática enriquecida pela diversificada herança etnocultural (indígenas latino-americanos, escravos africanos, portugueses, espanhóis, orientais e asiáticos), mantendo traços até a atualidade e despertando interesse entre usuários, pesquisadores e serviços de saúde.

As plantas medicinais são utilizadas ao longo da história na prevenção e no tratamento de diversas doenças, sendo úteis atualmente também como precursores na síntese de novos fármacos (MEGRAJ et al., 2011; BRASIL, 2012). Stasi (2007) recorda que a morfina, a digoxina e a atropina, empregadas na terapia alopática, são derivadas de compostos produzidos pela natureza. Além disso, é preciso mencionar que no mínimo 25% dos novos fármacos são derivados direta ou indiretamente de plantas medicinais, mediante a aplicação de modernas tecnologias ao conhecimento tradicional (BRASIL, 2012).

Segundo Lima et al. (2015), a inclusão das plantas medicinais e dos fitoterápicos nos serviços de Atenção Básica no Brasil resulta da atuação dos movimentos populares, das diretrizes de diversas conferências nacionais de saúde e das recomendações da Organização Mundial da Saúde. Pela Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Básica e a Atenção Primária à Saúde são termos equivalentes, que contemplam um conjunto de ações para a atenção integral em diferentes situações de saúde, de modo individual ou coletivo, visando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde de forma integral (BRASIL, 2012).

Grande parte da população confunde os fitoterápicos com as plantas medicinais. Na medicina popular, as plantas medicinais podem ser preparadas usualmente na forma de chás, infusão, decocção, maceração, xaropes, cataplasmas, unguentos, óleos, banho, compressa, inalação, tintura e gargarejo (CARVALHO; ALMANÇA, 2003). Já os fitoterápicos, de acordo com a legislação sanitária brasileira, são todos os medicamentos obtidos exclusivamente de matérias-primas vegetais, mediante o emprego de processos tecnológicos adequados, aliados ao conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso (BRASIL, 2000). Os fitoterápicos devem apresentar qualidade constante e reprodutível, podendo ser empregados com finalidade profilática, curativa, paliativa ou de diagnóstico.

Não é considerado medicamento fitoterápico ou produto tradicional fitoterápico o produto composto por substâncias ativas isoladas ou altamente purificadas (sintéticas, semissintéticas ou naturais), assim como a associação dessas substâncias com extratos de origem vegetal ou animal (BRASIL, 2004).

A partir de 1980, o Brasil começou a utilizar os fitoterápicos na Atenção Básica, a fim de melhorar os serviços ofertados, aumentar a resolutividade e ampliar as abordagens terapêuticas disponíveis para a melhoria da qualidade de vida da população (BATISTA; VALENÇA, 2012; BRASIL,

2012). O crescente interesse na atualidade pelo uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos nos serviços públicos de saúde, possivelmente, também é resultado do entendimento de que constituem alternativas terapêuticas que podem amenizar a falta de acesso aos medicamentos pela população na rede pública de saúde, bem como subsidiar e despertar o interesse em reproduzir as experiências exitosas no emprego dos mesmos no SUS. Considera-se, dentre outros aspectos positivos, a redução dos custos terapêuticos, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde pela proximidade dos mesmos com a comunidade na qual estão inseridos e a prevenção de agravos em saúde.

Em virtude desses aspectos, este estudo objetivou analisar a produção científica brasileira relacionada ao uso das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos nos serviços de Atenção Básica à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Bibliográfica Sistemática (RBS), pela qual o pesquisador realiza o mapeamento de trabalhos científicos publicados sobre um tema específico e, após, elabora a síntese acerca do conhecimento existente sobre o assunto (BIOLCHINI et al., 2007). A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em periódicos nacionais, disponíveis nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Coleção Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A delimitação temporal compreende os anos entre 2004 e 2014, perfazendo 11 anos. A busca ocorreu em outubro de 2015. Foram incluídos na pesquisa artigos, disponíveis em formato de texto completo em suporte eletrônico do foco de interesse publicado em periódicos nacionais. Foram excluídos da pesquisa anais de congressos ou conferências, teses e capítulos de teses, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais. Os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foram utilizados: plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos, atenção primária à saúde.

Com o emprego dos descritores: plantas medicinais OR medicamentos fitoterápicos OR fitoterápicos OR fitoterapia AND saúde pública OR SUS AND Atenção Primária à Saúde OR Atenção Básica à Saúde na BVS, foram obtidos 204 estudos publicados entre 2004 e 2014, sendo que resultaram 14 artigos após a exclusão das monografias e teses, bem como dos itens duplicados e daqueles não disponíveis em formato de texto completo online, com idioma diferente do português e cujo tipo de documento fosse congresso ou conferência. A pesquisa no SCIELO com os mesmos descritores e operadores booleanos (operadores lógicos de pesquisa) obteve quatro artigos publicados no Brasil, entre 2004 e 2014, em formato de texto completo no idioma português e a pesquisa na BVS identificou três artigos nestes mesmos critérios. Após leitura seletiva do material, foram selecionados sete artigos (quatro da SCIELO e três da BVS) disponíveis em meio eletrônico no idioma português e no formato de texto completo, contemplando o uso das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos no Brasil.

O mapeamento das produções científicas ocorreu pelo emprego de ficha com as variáveis: número de ordem; procedência; ano de publicação; periódico, região da produção e tipo de estudo.

A análise dos artigos na íntegra foi mediada pelo emprego da ficha de extração de dados composta pelas variáveis: número; objetivo; abordagem metodológica; método; cenário; sujeitos; resultados.

A análise temática do conteúdo para a construção do artigo ocorreu pela pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados (MINAYO, 2007). A pré-análise consistiu na leitura flutuante dos artigos e das fichas (de extração de dados e de mapeamento das produções científicas), a fim de elucidar a abrangência do conteúdo. A etapa da exploração do material consistiu na leitura integral de cada artigo acompanhada da transcrição de resultados e de trechos relevantes à pesquisa. A interpretação dos resultados foi viabilizada pela releitura constante e integral das publicações, observando as convergências, divergências e semelhanças existentes na abordagem dos diferentes autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os sete artigos analisados na íntegra, verificou-se que a região brasileira de procedência dessas produções com maior destaque foi a Nordeste (42,85%), seguida da Sudeste (28,57%) e da região Sul (14,28%) e Centro-Oeste (14,28%).

A distribuição da produção científica, segundo a variável “tipo de estudo”, demonstra que, a partir do segundo quinquênio, houve um investimento nos estudos com abordagem qualitativa (57,14%).

A partir da leitura dos artigos, considerando a similaridade das informações, emergiram dois temas. O primeiro versa acerca da implantação de Políticas sobre o uso de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos nos serviços de Atenção Básica no Brasil, e o segundo aborda o uso de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos na Atenção Básica à Saúde. O Quadro 1 abaixo mostra os artigos analisados.

QUADRO 1: Classificação dos artigos selecionados segundo autor, ano de publicação, título, tipo de estudo, local do estudo, objetivos - outubro 2015

Art.	Autor/ano	Título	Tipo de estudo	Local	Objetivos
A1	SANTOS, R. L. et al./2011	Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde	Revisão bibliográfica	Paraíba	Realizar levantamento bibliográfico em bases de dados relacionado ao tema “medicamentos fitoterápicos no Sistema Único de Saúde”
A2	FIGUEIREDO, C. A.; GURGEL, I. G. D.; GURGEL JUNIOR, G. D./2014	A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios	Estudo descritivo/qualitativo	João Pessoa/ Recife	Analisar a construção da política para a implantação/ implementação da Fitoterapia no SUS, das facilidades e dificuldades envolvidas no processo e dos desafios e perspectivas

A3	MARQUES, L. A. M. et al./2011	Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense	Transversal descritivo qualitativo e quantitativo	São João da Mata (MG)	Investigar o conhecimento e aceitação das terapias integrativas e complementares e atenção farmacêutica por usuários de unidades básicas de saúde do SUS
A4	MICHILES, E./2004	Diagnóstico situacional dos serviços de fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro	Exploratório descritivo	Municípios do Rio de Janeiro	Realizar diagnóstico situacional dos serviços de fitoterapia no Estado do RJ
A5	BATISTA, L. M.; VALENÇA, A. M. G./2012	A Fitoterapia no âmbito da Atenção Básica no SUS: realidades e perspectivas	Qualitativo	Paraíba	Não identificado
A6	NEVES, R. G. et al./2012	O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica	Qualitativo	Município da Região Sul do Brasil	Descrever o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica
A7	LOURES, M. C. et al./2010	Contribuições da Fitoterapia para a Qualidade de Vida: percepções de seus usuários	Qualitativo	Goiânia (GO)	Analisar as percepções de usuários de fitoterapia quanto às vantagens e desvantagens decorrentes da sua utilização e influência na qualidade de vida

FONTE: pesquisa do autor (2015), adaptado por NTE, 2017.

Implantação de Políticas sobre o uso de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos nos serviços de Atenção Básica no Brasil

No final da década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu o Programa de Medicina Tradicional, com a finalidade de impulsionar a criação de novas políticas públicas na área (A5). Com essa iniciativa, diversos países passaram a formular e implementar políticas próprias voltadas à racionalidade e à integração da Medicina Tradicional com a Complementar e Alternativa e a desenvolver estudos científicos quanto à segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2012).

A partir da década de 80, ocorre a elaboração de diversos documentos com ênfase no emprego da Fitoterapia na Atenção Básica à Saúde no Brasil, tendo em vistas promover a melhoria dos serviços ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS), aumentar a resolutividade e incrementar as diferentes abordagens terapêuticas disponíveis até o momento visando à melhoria da qualidade de vida (A1, A5). Percebe-se ainda a importância da elaboração de políticas públicas, uma vez que, com a criação do SUS nessa época, também ocorre a descentralização e a participação popular, que propiciam aos Estados e Municípios maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, viabilizando a implantação de novas experiências de acordo com as peculiaridades e necessidades de cada região.

As leituras no transcórrer do levantamento e da seleção de materiais bibliográficos para esta pesquisa permitiram ainda constatar que com

a criação e a introdução da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) pela Portaria n. 971/2006 e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) pelo Decreto Ministerial 5.813/2006, o segmento de plantas medicinais e de fitoterápicos começou a se destacar no âmbito nacional, pelas ações centradas no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, focos da Atenção Básica, podendo a prática se estender em diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2006, 2011; LEÃO, 2015). Os aspectos citados e referenciados por Brasil (2006, 2011) e Leão (2015) são reiterados em especial no estudo A5.

Três dos artigos estudados (A1, A2, A5) mencionam a PNPMF, que engloba diretrizes relacionadas à saúde e a toda a cadeia produtiva das plantas medicinais e dos fitoterápicos, sendo essa política mais abrangente que a PNPIC. Essa política governamental, em parceria com a sociedade, objetiva garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

Seis dos artigos que integram o presente estudo (A1, A2, A3, A5, A6, A7) remetem à PNPIC, que trata das diretrizes, ações e responsabilidades dos governos federal, estadual e municipal, para a viabilização da oferta de serviços e produtos relacionados às plantas medicinais e aos fitoterápicos no SUS, além da homeopatia, da medicina tradicional chinesa/acupuntura, do termalismo social/crenoterapia e da medicina antroposófica.

O estudo A5 concorda com o especificado em Brasil (2006) e Leão (2015), ao mencionar que ambas as políticas apontam para a ampliação do acesso aos recursos terapêuticos, pela oferta de produtos seguros, eficazes e de qualidade, de forma integrativa e complementar, sem substituir o modelo terapêutico convencional. De acordo com autores em A2, essas políticas também viabilizam a discussão acerca da importância da implementação da Fitoterapia no SUS e o modo como isso deve ocorrer, bem como as dificuldades, as facilidades e as vantagens resultantes.

Nota-se, em três artigos analisados (A1, A2 e A5), o interesse governamental no desenvolvimento de políticas e programas relacionados às plantas medicinais e aos fitoterápicos no SUS, bem como a necessidade de interligar o conhecimento popular ao científico. Machado, Czermainski e Lopes (2012) apontam que a necessidade da implantação da Fitoterapia no SUS resultou na elaboração de políticas públicas nacionais, estaduais e iniciativas municipais individualizadas. Brasil (2012) e Leão (2015) observam que alguns estados e municípios elaboraram políticas próprias e regulamentaram o serviço de fitoterapia na rede pública de saúde antes da iniciativa do governo federal.

Após análise de literatura, Antonio, Tesser e Moretti-Pires (2013) mencionam diferentes formas de trabalho com plantas medicinais nos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), que podem ser complementares entre si de diferentes maneiras, como a farmácia-viva, a farmácia de manipulação de fitoterápicos, a dispensação de planta seca (droga vegetal),

a dispensação de medicamentos fitoterápicos, os hortos didáticos, as hortas comunitárias e as oficinas de remédios caseiros.

Os medicamentos fitoterápicos podem ser disponibilizados aos usuários do SUS seguindo as especificações da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), que resulta da seleção e padronização de medicamentos destinados a solucionar as principais doenças e agravos em saúde, de modo eficaz, seguro e com baixo custo (BRASIL, 2015).

De acordo com os artigos A1 e A2, no Brasil há diversos programas de fitoterapia implantados ou em fase de implantação na Atenção Básica à Saúde, em especial na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Fontenele et al. (2013) observam que o Ceará foi um dos primeiros estados brasileiros a sistematizar o uso de plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e serviços de fitoterapia pelo projeto Farmácias Vivas e a regulamentar o uso no SUS, mediante a Lei n. 12.951/1999 e o Decreto n. 30.016/2009. O pioneirismo do Ceará está de acordo com as diretrizes da PNPIC e da PNPMF; entretanto, a Lei n. 12.951 é anterior à PNPMF e, como tal, o Estado regulamentou a Fitoterapia no SUS antes do governo federal, servindo de modelo para o país.

Em Maringá (PR), a primeira iniciativa vinculada à prática da fitoterapia na Atenção Básica à Saúde ocorreu em 1995, pelo emprego de géis de própolis e de calêndula nos procedimentos de curativos realizados nas unidades de saúde. Apenas em 2000 foi oficialmente implantado o programa de fitoterapia "Verde Vida" que contava com a padronização de oito fitoterápicos nas formas de infusão (espinheira-santa, guaco, cavalinha, hortelã e funcho), gel (própolis e calêndula) e em cápsulas gelatinosas duras (valeriana) (OGAVA et al., 2003). Ainda no Paraná, a Fitoterapia foi implantada como opção terapêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Curitiba, pelo Programa Verde Saúde, conferindo cobertura de 81,9% das unidades em 2001 (FONTENELE et al., 2013).

No Rio Grande do Sul, o processo de construção da Política de Plantas Medicinais, ocorreu no início de 1988, mediante a criação do Projeto Plantas Vivas. Em 23 de junho de 2006, foi aprovada a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos, da autoria da deputada Jussara Cony, resultado do seu trabalho como coordenadora do Fórum pela Vida/Projeto Plantas Vivas, origem da RedeFito-RS (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2002; BRASIL, 2012).

Os artigos A1 e A6 evidenciam que a implantação dos programas de fitoterapia em diferentes regiões do Brasil demonstra a preocupação em suprir as carências medicamentosas e facilitar o acesso da população às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos no que compreende ao uso correto, bem como minimizar os altos custos decorrentes do modelo terapêutico convencional. Leão (2015) observa que, mesmo com a aprovação da PNPMF em 2006, existem diversos programas no Brasil não regulamentados enquanto leis ou decretos estaduais ou portarias municipais, o que é imprescindível para assegurar a continuidade dos serviços.

Os artigos analisados demonstram avanços em termos de políticas de saúde no que se refere ao uso de plantas medicinais e de fitoterápicos no âmbito do SUS. No entanto, estas precisam ser incorporadas pelos profissionais de saúde no cotidiano de práticas, tendo em vista os benefícios que podem trazer para a qualidade de vida da população.

Uso de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos na Atenção Básica à Saúde

Um dos trabalhos avaliados (A2) ressalta que o desconhecimento dos gestores em saúde a respeito da Fitoterapia e das políticas relacionadas pode dificultar a implantação desse modelo terapêutico no SUS, aliado à desconfiança e ao descrédito dos profissionais da saúde na prática clínica na Atenção Básica à Saúde como resultado do despreparo para a prescrição/orientação dos usuários. O estudo proposto em Minas Gerais (A3) sugere a necessidade de divulgar as práticas integrativas tanto para os pacientes quanto para os prescritores.

Por meio da leitura dos artigos A4 e A6, objetos de estudo, foi possível identificar que a educação permanente e continuada em saúde consiste em uma das estratégias de qualificação dos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho na Atenção Básica e também na prescrição e orientação quanto ao uso das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos. Nesse sentido, A5 apresenta que há um aumento de profissionais da saúde interessados no estudo e na prática da Fitoterapia, tendo como finalidade suprir a demanda por novas terapêuticas no tratamento de doenças apresentadas por usuários tanto do sistema público quanto do privado. Diferentes autores no artigo A1 salientam que o Ministério da Saúde é o responsável pela Política de Educação na Saúde, oferecendo e financiando programas de qualificação profissional mediante o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); o Programa Nacional de Tele-saúde; o Programa de Educação Permanente pelo Trabalho para a Saúde; e os Cursos de Especialização e Mestrado Profissionalizante, além de incentivar a inclusão de disciplinas acerca da Fitoterapia e demais práticas integrativas relacionadas, em cursos de graduação e especialização.

A implantação da Fitoterapia no SUS traz benefícios a médio e longo prazos. No entanto, é necessário reorientar os serviços de saúde existentes, capacitar os profissionais, disponibilizar plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos aos usuários, bem como dispor de recursos financeiros e de tempo adequados para a viabilização desse modelo terapêutico (A2). Bruning, Mosegui e Vianna (2012) enfatizam que a fitoterapia é útil como coadjuvante nos tratamentos alopáticos, mas é preciso considerar que o emprego dessa modalidade terapêutica não isenta o usuário de complicações, o que reforça a necessidade de capacitação dos profissionais que incentivam a prática e a recomendam aos seus pacientes.

Quanto aos benefícios decorrentes dessa prática, o artigo A6 destaca, dentre outros aspectos: o princípio da integralidade em saúde fortalecido pela ampliação do olhar e das ofertas de cuidado e de recursos terapêuti-

cos à população; a validação do conhecimento popular e da experiência das comunidades no uso de plantas medicinais e seus derivados aliados à oferta nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); a redução do consumo excessivo de medicamentos alopáticos mediante ampliação das opções terapêuticas nas UBS, fortalecendo o uso racional; a troca de experiência entre profissionais da saúde e a comunidade acerca do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, resultando em maior envolvimento dos usuários no tratamento.

Diferentes autores (A6) ressaltam que os profissionais de saúde acreditam que terapias complementares (TC), como a Fitoterapia, contribuem na reabilitação e na prevenção de doenças, de modo a complementar a alopatia. Já os usuários dessa modalidade terapêutica, entrevistados em Goiânia, destacam a contribuição para a qualidade de vida por melhorar o cuidado integral ao ser humano, o que pode ser constatado em diferentes contextos (mudanças nos hábitos de vida, satisfação com a saúde, disposição para o trabalho e autoestima elevada) e não apenas em relação à cura das doenças (A7).

O acesso às plantas medicinais e aos produtos fitoterápicos no SUS é viabilizado pelo fornecimento de modo complementar de plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas Unidades de Saúde (Estratégia Saúde da Família, unidade com modelo tradicional, unidades de média e alta complexidade), podendo ser empregados um ou mais itens de planta seca (droga vegetal), planta medicinal “in natura”, intermediários (extratos, tinturas) e/ou produto fitoterápico (magistral ou industrializado) (BRASIL, 2011). De acordo com Almeida et al. (2011), o uso de fitoterápicos sempre deve ser acompanhado da orientação adequada de um profissional da área da saúde, como o médico ou o farmacêutico, sendo que os autores do material de estudo A3 ressaltam que a atuação do farmacêutico deve ser mais expressiva. Essa estratégia visa minimizar os riscos decorrentes do erro na utilização e das interações com outros fitoterápicos e/ou alopáticos (potencialização da ação do outro medicamento, perda de efeitos por ações opostas, ou alteração da absorção, da transformação no organismo ou da excreção de outro fármaco).

No estudo A5 consta que, até 2010, apenas os fitoterápicos formulados com guaco e espinheira santa eram disponibilizados na rede pública. Entretanto, Leão (2015) observa que, apesar da rica biodiversidade brasileira, prevalece a lentidão dos estudos relacionados às plantas medicinais e aos fitoterápicos, visto que são apenas doze as plantas padronizadas e descritas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2014 (Quadro 2), enquanto que países com menor biodiversidade, como a Bolívia e o Chile, apresentam uma lista com 32 e 103 espécies, respectivamente.

QUADRO 2: Fitoterápicos padronizados na RENAME 2014 .

Nome popular	Nome específico	Indicação/ação terapêutica	Apresentação
Alcachofra	<i>Cynara scolymus</i> L.	Tratamento dos sintomas de dispepsia funcional (síndrome do desconforto pós-prandial) e de hipercolesterolemia leve a moderada. Apresenta ação colagoga e colerética.	Cápsula, comprimido, drágea, solução oral e/ou tintura
Aroeira	<i>Schinus terebinthifolius</i> Raddi	Apresenta ação cicatrizante, anti-inflamatória e antisséptica tópica, para uso ginecológico.	Gel e/ou óvulo
Babosa	<i>Aloe vera</i> (L.) Burm. f.	Tratamento tópico de queimaduras de 1º e 2º grau e como coadjuvante nos casos de psoríase vulgaris.	Creme
Cáscara-sagrada	<i>Rhamnus purshiana</i> DC.	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal eventual.	Cápsula e/ou tintura
Espinheira-santa	<i>Maytenus officinalis</i> Mabb.	Coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera gastroduodenal e sintomas de dispepsia.	Cápsula, emulsão, solução oral e/ou tintura
Garra-do-diabo	<i>Harpagophytum procumbens</i>	Tratamento da dor lombar baixa aguda e como coadjuvante nos casos de osteoartrite. Apresenta ação anti-inflamatória.	Cápsula ou comprimido
Guaco	<i>Mikania glomerata</i> Spreng.	Apresenta ação expectorante e broncodilatadora.	Cápsula, solução oral, tintura e/ou xarope
Hortelã	<i>Mentha x piperita</i> L.	Tratamento da síndrome do cólon irritável. Apresenta ação antiflatulenta e antiespasmódica.	Cápsula
Isoflavona-de-soja	<i>Glycine max</i> (L.) Merr.	Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério.	Cápsula ou comprimido
Plantago	<i>Plantago ovata</i> Forssk.	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal habitual. Tratamento da síndrome do cólon irritável.	Pó para dispersão oral
Salgueiro	<i>Salix alba</i> L.	Tratamento de dor lombar baixa aguda. Apresenta ação anti-inflamatória	Comprimido
Unha-de-gato	<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Roem. & Schult) DC.	Coadjuvante nos casos de artrites e osteoartrite. Apresenta ação anti-inflamatória e imunomoduladora.	Cápsula, comprimido e/ou gel

FONTE: Adaptação de Brasil (2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As plantas medicinais foram empregadas mundialmente por um longo período de tempo para o restabelecimento da saúde sem embasamento científico, sendo considerado apenas o conhecimento empírico advindo da prática milenar dessa modalidade terapêutica. Na atualidade, o conhecimento popular vem sendo resgatado e agregado às inovações tecnológicas e científicas mediante estudos de comprovação da eficácia

e da segurança desses produtos e serviços. Nesse sentido, é evidente a importância das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos enquanto modalidade terapêutica, bem como a implantação e a implementação de diversos projetos e políticas governamentais que auxiliam na regulamentação da prática no âmbito dos serviços de saúde pública, em especial na Atenção Primária à Saúde.

Existe ampla aceitação da fitoterapia pela população e gradativa dos profissionais da saúde, o que torna viável associá-la à alopatia tendo como finalidade incrementar o cuidado e a manutenção da saúde, que repercutem na melhoria da qualidade de vida dos usuários na medicina atual. O emprego da fitoterapia nos serviços dos sistemas públicos de saúde incide ainda na redução dos gastos com medicamentos, em especial os alopáticos de uso prolongado. Além disso, auxilia na conservação dos ambientes naturais pela valorização da flora nativa brasileira.

É relevante salientar a importância dos profissionais da saúde, que devem atuar no sentido de incentivar e aproximar o conhecimento científico do saber popular no que remete ao emprego de plantas medicinais e dos fitoterápicos pela população. A existência de políticas no âmbito nacional voltadas para a Fitoterapia no SUS são importantes, pois contemplam o contexto cultural, científico, econômico, social e sanitário do país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. Z. et al. Fitoterapia no SUS no Estado da Bahia: contribuição para valorização do conhecimento e das práticas tradicionais na rede básica de saúde. **Revista Fitos**, Bahia, v. 6, n. 1, p. 29-34, dez. 2011. Disponível em: <<http://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/156/154>>. Acesso em: 2 out. 2015.

ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface-Comunicação Saúde Educação**, Botucatu-SP, v. 17, n. 46, p. 615-33, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n46/aop2113.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2015.

BATISTA, L. M.; VALENÇA, A. M. G. A Fitoterapia no Âmbito da Atenção Básica no SUS: Realidades e Perspectivas. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 293-296, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1604/848>>. Acesso em: 2 out. 2015.

BIOLCHINI, J. C. A. et al. Scientific research ontology to support systematic review in software engineering. **Advanced Engineering Informatics**, v. 21, n. 2, p. 133-151, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147403460600070X>>. Acesso em: 24 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 17, de 24 de fevereiro de 2000. Aprova regulamento técnico, normatizando o Registro de medicamentos fitoterápicos junto ao Sistema de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 fev. 2000. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/17.pdf>. Acesso em: 2 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 88 de 16 de março de 2004. Dispõe sobre a Lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de fitoterápicos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS PNPIC**, SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 14 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf>. Acesso em: 21 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf>. Acesso em: 2 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**. 9. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/oDAF/RENAME2014ed2015.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

BRUNING, M. C. R.; MOSEGUI, G. B. G.; VIANNA, C. M. M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu-Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2675-2685, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/17.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2015.

CARVALHO, J. C. T.; ALMANÇA, C. C. J. **Formulário de prescrição fitoterápica**. Atheneu: São Paulo. 2003.

FIGUEREDO, C. A.; GURGEL, I. G. D.; GURGEL JUNIOR, G. D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00381.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2015.

FONTELELE, R. P. et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2385-2394, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/23.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2015.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Panambi terá primeira fábrica pública de fitoterápicos do Brasil**. 2002. Disponível em: <<http://www.estado.rs.gov.br/conteudo/186457/panambi-tera-primeira-fabrica-publica-de-fitoterapicos-do-brasil>> Acesso em: 20 set. 2015.

LEÃO, M. **Avaliação dos Fitoterápicos Padronizados no Sistema Único de Saúde Brasileiro**. 2015, 76 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Mestrado Profissional em Farmácia, Universidade Anhanguera de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://s3.amazonaws.com/pgskroton-dissertacoes/6bde6584a3c16775195e739dcd06554c.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2015.

LIMA, F. A. et al. A fitoterapia e sua inserção no contexto da atenção básica. **Revista Saúde e Ciência Online**, Campina Grande, v. 4, n. 2, p. 120-128, mai./ago., 2015. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeciencia/index.php/RSC-UFCEG/article/view/259/172>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

LOURES, M. C. et al. Contribuições da fitoterapia para a qualidade de vida: percepções de seus usuários. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 278-283, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a19.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2015.

MACHADO, D. C.; CZERMAINSKI, S. B. C.; LOPES, E. C. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 615-623, out./dez., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a13v36n95.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

MARQUES, L. A. M. et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 663-674, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a17v21n2.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2015.

MEGRAJ, K. V. K. et al. Biological activities of some Indian medicinal plants. **Journal of Advanced Pharmacy Education & Research**, v. 1, p. 12-44, jan. 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/215568700_Biological_Activities_of_Some_Indian_medicinal_plants>. Acesso em: 24 nov. 2015.

MICHILES, E. Diagnóstico situacional dos serviços de fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, Maringá, v. 14, p. 16-19, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v14s0/a07v14s0.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NEVES, R. G. et al. O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2502-2509, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1767/pdf_584>Acesso em: 3 out. 2015.

OGAVA, S. E. N. et al. Implantação do programa de fitoterapia “Verde Vida” na Secretária de Saúde de Maringá (2000-2003). **Revista Brasileira de Farmacognosia**, Curitiba-PR, v. 13, supl. 1, p. 58-62, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v13s1/a22v13s1.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2015.

SANTOS, R. L. et al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Revista brasileira de plantas medicinais**, Botucatu, v. 13, n. 4, p. 486-491, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v13n4/a14v13n4.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2015.

STASI, L. C. **Plantas medicinais: verdades e mentiras, o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber**. São Paulo: UNESP, 2007.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM ILPIS: UM OLHAR A PARTIR DOS DIREITOS HUMANOS DA PESSOA IDOSA

Simone Gomes Costa: Mestre em Sociologia pela UFRGS, Porto Alegre (RS), Brasil. Contato: simonegomescosta@yahoo.com.br

Alice do Carmo Jahn: Doutora em Enfermagem pela UNIFESP, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS), Brasil. Contato: jahnalice@gmail.com

Maria da Graça Porciúncula Soler: Doutora em Ciências pela UNIFESP, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Palmeira das Missões (RS), Brasil. Contato: gracaser@hotmail.com

Susane Flores Cosentino: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – UNFESP, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões (RS), Brasil. Contato: susycosentino@hotmail.com

RESUMO

Este artigo tem por objetivo realizar um estudo sobre o papel desenvolvido pela vigilância sanitária no Brasil no que diz respeito à garantia de direitos humanos de idosos moradores de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS). Para tanto, foi realizada uma análise sócio-histórica do surgimento e desenvolvimento das ILPIS. Posteriormente, examinou-se a participação e atribuição dos principais agentes envolvidos na sua fiscalização, bem como a estrutura da vigilância sanitária em ILPIS, no Brasil, tendo como recorte o estado do Rio Grande do Sul. A metodologia desenvolveu-se por meio de consulta e análise da bibliografia sobre o tema e a legislação vigente. A partir dessa análise, constatou-se que a vigilância sanitária exerce papel importante na garantia de direitos humanos aos idosos residentes nessas instituições, uma vez que atua como órgão fiscalizador da estrutura física e organizacional, dos recursos humanos e das condições de saúde do local. Além disso, quando constata problemas relacionados à violação dos direitos humanos, a vigilância sanitária aciona os demais órgãos da rede de proteção ao idoso, permitindo o acesso a essas instâncias que servem de representantes legais na efetivação dos direitos.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Direitos Humanos; Idosos; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

INTRODUÇÃO

O Brasil passa por um rápido processo de envelhecimento, de modo que as reflexões em torno de temas, como a busca de alternativas para suprir as necessidades surgidas pelos indivíduos neste processo, tornam-se mais emergentes, a exemplo da institucionalização de pessoas idosas em estabelecimentos voltados para esse fim. Dentre os serviços oferta-

dos aos idosos, os mais encontrados são as Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas, ou seja, as ILPIs, que, por sua vez, requerem qualidade e fiscalização no funcionamento desses espaços. A legislação brasileira preconiza que é responsabilidade da família o cuidado da pessoa idosa; entretanto, essa realidade vem se modificando em função da nova configuração da estrutura social das famílias brasileiras, onde se verificam baixos índices na taxa de natalidade, o ingresso de praticamente todos os membros das famílias no mercado de trabalho e maior escassez de tempo compartilhado no ambiente familiar. Diante dessa realidade, cabe ao Estado e à esfera privada dividir junto com a família as responsabilidades no cuidado com a pessoa idosa.

Nesse sentido, o número de instituições destinadas ao acolhimento de pessoas idosas começou a crescer de forma significativa nas últimas décadas. Associado a isso, foi criado um arcabouço legal para regulamentar suas atividades. É a partir dessa perspectiva que pensar a situação dos idosos moradores de casas asilares está imbrincado também em atentar para a garantia dos direitos humanos desses indivíduos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, foi o primeiro grande documento que definiu claramente os princípios dos direitos humanos. O documento foi pautado na busca por um novo modelo ideológico de sociedade que se distanciasse das barbáries cometidas na Segunda Guerra Mundial. A preocupação naquele momento era estabelecer um acordo com o comprometimento dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) na garantia dos direitos sociais.

No caso das pessoas idosas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe, no seu artigo xxv, sobre o direito à segurança em caso de doença, invalidez, viuvez e velhice. A partir da década de 1980, a garantia de direitos na velhice passou a ganhar maior visibilidade, quando a ONU elaborou uma série de documentos relacionados com o envelhecimento e os direitos humanos, os quais serviram de norteadores para que os países integrantes adotassem políticas e legislações sobre o tema.

No ano de 1982, ocorreu a Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Viena, na qual foi tratado um *Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento*. Dentre as expectativas, esse documento propunha a criação de espaços e serviços na comunidade de acordo com as necessidades das pessoas idosas; a garantia de integração social e mobilidade das pessoas idosas na cidade. Em 1991, foi lançado o documento *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*, para que os governos viessem a adotar medidas e incorporar algumas das recomendações e princípios em seus programas nacionais, como: o acesso à alimentação, à água, alojamento, vestuário e cuidados de saúde através de rendimentos e apoio familiar e comunitário. Também é destacado no referido documento que os idosos devem ter a possibilidade de viver em ambientes que sejam seguros e adaptáveis às suas preferências pessoais e com capacidades em transformação.

Outro elemento presente no documento refere-se à permanência e inserção dos idosos em seus domicílios, residindo o maior tempo possível no seu meio, com segurança e com dignidade, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente. Devem ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, gênero, origem racial ou étnica, ou outra condição que venha a apresentar e, acima de tudo, deve ser valorizado independentemente da sua contribuição econômica. No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre Envelhecimento elaborou o Plano de Ação, aprovando a Proclamação sobre o Envelhecimento. No ano de 1999, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou o Ano Internacional das Pessoas Idosas. Em 2002, foi anunciada a Declaração Política e um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento.

Esses documentos visam resgatar a dignidade das pessoas idosas, a partir da elaboração de legislações e políticas que os integrem na sociedade. Isso se configura como uma forma de buscar a igualdade de condições, oportunidades e direitos nas relações sociais. Contudo, os idosos quando ingressam em uma instituição asilar, em geral em situação de fragilidade, ficam mais vulneráveis a terem seus direitos violados. Essas violações dos direitos humanos são entendidas como uma forma de violência. De acordo com Minayo, a violência institucional ocorre:

[...] na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação. [...] Nas instituições, as burocracias que se investem da cultura do poder sob a forma da impessoalidade, reproduzem e atualizam, nos atos e nas relações, as discriminações e os estereótipos que mantém a violência (MINAYO, 2005, p. 14).

Estas violações dos direitos humanos, expressadas por meio de uma violência institucional, têm por finalidade a dominação, sujeição e negação, de modo a minimizar a expressão da vontade do outro (GRAMSCI, 1980). De acordo com Paz, Melo e Soriano (2012), a violência institucional pode ocorrer em nível macrosocial quando o Estado anula, simula ou impede de alguma forma a participação dos idosos na sociedade. Ela se dá na esfera microsociedade quando ocorre da mesma forma no interior das instituições públicas e privadas. Com o intuito de minimizar os efeitos dessas violações e promover a garantia dos direitos humanos dos moradores de ILPIS, o Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003, propõe a participação de Autoridades Policiais, Conselho Nacional, Estadual e Municipal do Idoso, Vigilância Sanitária, Ministério Público, constituindo assim uma rede de proteção ao idoso.

Sendo assim, esse trabalho pretende estudar como a Vigilância Sanitária pode contribuir para a garantia dos direitos humanos dos idosos

moradores de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS). O estudo tem como objetivos: a) compreender a importância sócio-histórica dessas instituições no que se refere aos cuidados prestados a cidadãos na faixa etária considerada idosa; b) verificar o papel desenvolvido pelos órgãos que, junto à Vigilância Sanitária, compõem a rede de proteção ao idoso, no processo de fiscalização das ILPIS; c) mapear a estrutura e as atribuições da Vigilância Sanitária no que se refere à fiscalização das ILPIS; d) identificar os principais componentes utilizados pela vigilância sanitária para avaliar as condições de uma ILPI.

MÉTODO

Este trabalho pautou-se em uma investigação científica de cunho qualitativo, a partir da pesquisa documental de legislações relacionadas ao funcionamento das ILPIS em nível nacional e estadual, tendo como enfoque a vigilância sanitária nesses estabelecimentos. A escolha por essa metodologia justifica-se em função do caráter mais compreensivo e crítico que proporciona ao investigador no decorrer da análise. Como destaca Silva et al:

Essa característica toma corpo de acordo com o referencial teórico que nutre o pensamento do pesquisador, pois não só os documentos escolhidos, mas a análise deles deve responder às questões da pesquisa, exigindo do pesquisador uma capacidade reflexiva e criativa não só na forma como compreende o problema, mas nas relações que consegue estabelecer entre este e seu contexto, no modo como elabora suas conclusões e como as comunica. Todo este percurso está marcado pela concepção epistemológica a qual se filia o investigador (SILVA et al., 2009, p. 5).

Para fins de análise, buscaram-se fontes que versam sobre o assunto da pesquisa, durante o mês de agosto e setembro de 2015. Foram consultadas as legislações pertinentes federais e estaduais, do estado do Rio Grande do Sul, relacionadas ao tema da vigilância sanitária em ILPIS, presentes no Diário Oficial da União e disponíveis para consulta nos sites do Senado, do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul para consulta pública.

Como forma de compreender melhor a temática, adotou-se como recorte geográfico o estado do Rio Grande do Sul, em função de ser o estado da Região Sul do país com maior número de idosos, com 1.459.597 indivíduos, conforme se verifica no Censo do IBGE de 2010. A partir do Censo realizado pelo IPEA em ILPIS na Região do Sul do Brasil (2008), é possível verificar que o estado do Rio Grande do Sul apresentou o maior número de ILPIS dentre os demais estados da pesquisa, totalizando 346

estabelecimentos, em relação a 96 estabelecimentos no estado de Santa Catarina e 251 Instituições no estado do Paraná. Além disso, de acordo com a mesma pesquisa, constatou-se que o Rio Grande do Sul ainda detinha o maior número de idosos residentes em ILPIS, com 7.359.

RESULTADOS

O termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIS) foi cunhado, no ano de 2003, pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Definem-se como estabelecimentos voltados ao atendimento integral em instituições, cujo público alvo corresponde a todo indivíduo com 60 anos ou mais, dependente ou independente, que não disponha de condições de residir junto a sua família ou em sua própria casa (LIMA, 2005, p. 68). Essa nova expressão para designar esses estabelecimentos visou diminuir o preconceito sob o qual os termos asilos, lares de idosos, casas de repouso ou clínicas geriátricas trazem introjetados consigo. Na prática, muitos estabelecimentos ainda continuam adotando essas terminologias; entretanto, do ponto de vista legal, essa mudança representou uma nova forma de pensar esses ambientes, configurando-se como um grande avanço do ponto de vista da garantia de direitos.

Para melhor compreender esse aspecto, é importante destacar que essa modalidade de instituição surgiu na Idade Média, na Inglaterra, quando foram abertas casas junto a monastérios, as quais eram destinadas a abrigar os cidadãos de idade avançada que estavam desamparados pela sociedade (CANNON, 2004). A partir do desenvolvimento do capitalismo, foi se expandindo o número de estabelecimentos voltados para atender essa população à margem da sociedade, ou seja, mendigos, pessoas com transtorno mental, órfãos, desajustados sociais e idosos. Todos esses grupos residiam em um mesmo ambiente, não havendo nenhum tipo de separação e classificação, visto que não existiam categorias sociais que os definissem enquanto grupos sociais, pois eram considerados invisíveis perante a sociedade (BOIS, 1997). Tais espaços eram destinados à caridade e não havia nenhum tipo de influência do estado na organização, na estrutura e, sobretudo, no seu financiamento.

Somente no século XVI, com a promulgação da Poor Laws, o Estado passou a se responsabilizar pelo cuidado com os pobres e os mendigos, incluindo também os idosos. Naquele momento, foram então construídas residências para abrigar todos os excluídos da sociedade. Sendo assim, o termo asilo era utilizado para definir os locais destinados para a moradia de moribundos, indigentes, pobres, inválidos, abandonados, solitários, doentes, desvalidos e idosos (GROISMAN, 1999, p 46-53). Isso explica porque ainda hoje persiste uma série de estereótipos negativos associados a esse tipo instituição (BORN, 2001). Apesar de tudo, esses estabelecimentos representaram o primeiro modelo de atendimento ao idoso fora do convívio familiar. No decorrer do século XVIII, com o advento do Iluminismo, os moradores desses locais foram separados em

grupos específicos, de modo que as crianças foram levadas para orfanatos, os loucos para hospícios e os idosos para asilos.

No Brasil, os asilos surgiram no século XIX e configuravam-se como instituições isoladas, não havendo nenhuma política pública por parte do Estado para sua manutenção e regramento (CRISTOPHE, 2009). Além disso, Born e Boechat (2006) atentam ao fato de suas existências serem pautadas pelo viés da filantropia e do assistencialismo. Eram instituições mantidas por associações religiosas, imigrantes e em alguns casos o pagamento das mensalidades eram realizados com a própria renda dos moradores.

Atualmente, o aumento da expectativa de vida e as mudanças nas dinâmicas sociais e familiares fizeram com que o número de ILPIS aumentasse de forma considerável no Brasil. Conforme as pessoas vão vivendo mais, elas ficam mais suscetíveis a doenças crônicas, a incapacidades físicas e psicológicas, tornando-se indivíduos mais vulneráveis. A nova estrutura familiar da sociedade atual fez com que os vínculos familiares se tornassem mais complexos. O aumento dos níveis de escolaridade das mulheres, associado ao seu ingresso maciço no mundo do trabalho, a diminuição do número de membros integrantes de uma família e o pouco tempo destinado ao convívio familiar fizeram com que as famílias sem condições de manter seus idosos em casa, buscassem a alternativa da institucionalização como forma de cuidado (POLLO; ASSIS, 2008). Há também casos em que o idoso não dispõe de nenhum vínculo familiar e em situação de fragilidade é encaminhado para essas instituições. Como as ILPIS representam uma possibilidade de cuidado qualificado para suprir às necessidades dos idosos quanto ao convívio social, à integração, ao desenvolvimento de novas habilidades, à prática de atividades físicas, dentre outros benefícios, é preciso que haja uma legislação fortemente alicerçada que vise à preservação dos seus direitos sociais.

A promulgação da Constituição de 1988 representou um marco na garantia de direitos sociais da pessoa idosa, uma vez que universalizou a proteção social, através da seguridade social, formada pelos seguintes direitos: a saúde, a previdência social e a assistência social. Esses direitos são assegurados a todos os cidadãos de forma contributiva ou não contributiva de acordo com a área de atuação. O idoso teve um tratamento especial no documento, principalmente através do Artigo 230, que assegura o cuidado do cidadão idoso como sendo de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar sua participação na sociedade, defender sua dignidade, bem-estar e garantia de seu direito à vida. Em 1994, foi promulgada a Lei 8.842/94 que trata da Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada posteriormente pelo Decreto 1.948/96. Essa Lei é resultado de discussões e debates com a participação dos idosos e o seu texto atribui um papel mais participativo e ativo na sociedade. No ano de 1999, foi criada, através da Portaria n. 1.395, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), visando promover um envelhecimento com saúde, prevenção de doenças, recuperação de agravos

à saúde, preservação da capacidade funcional, e assegurando condições para permanência desses indivíduos no meio e sociedade em que vivem. No que diz respeito às Instituições de Longa Permanência, a Lei Federal de n. 10.741, que institui o Estatuto do Idoso de 2003, possui uma parte específica destinada a esse aspecto. No capítulo IX, o art. 37 estabelece que: “O idoso tem direito à moradia digna no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda em instituição pública ou privada” (BRASIL, 2003). Ainda no mesmo artigo 37, no parágrafo 3º são definidos os critérios para o funcionamento dessas instituições: “As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei” (BRASIL, 2003).

O documento também trata das entidades de atendimento ao idoso, no Título IV – Da Política de Atendimento ao Idoso, Cap. II, art. 48, em seu parágrafo único:

As entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos:

- I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;
 - II – apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei;
 - III – estar regularmente constituída
 - IV – demonstrar a idoneidade de seus dirigentes
- (BRASIL, 2003, p.10).

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) tipificou os serviços socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) através da Resolução de n. 109, organizando-os em níveis de complexidade: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade. Os serviços de Proteção Social Básica têm a finalidade de prevenir situações de risco através do desenvolvimento de potencialidades, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. No caso dos serviços destinados à pessoa idosa, pode-se mencionar os Centros ou Grupos de Convivência, que são espaços destinados a práticas integrativas e socialização, com atividades promocionais, incentivo a um envelhecimento ativo e saudável. Já os serviços prestados em nível de Proteção Social Especial são destinados a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, em virtude de situações de abandono,

maus tratos físicos e/ou psíquicos, abusos sexuais, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua e de violação dos direitos sociais. No caso dos serviços de média complexidade, os idosos estão inseridos no Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Os serviços de Alta Complexidade envolvem aqueles espaços que garantem a proteção integral através de moradia, alimentação, higienização entre outros aspectos inerentes à qualidade de vida.

Assim, as Casas Lares e as ILPIS/abrigos institucionais passaram a integrar os serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade como serviços de acolhimento (BRASIL, 2004). De acordo com o documento mencionado anteriormente, esses estabelecimentos devem funcionar 24 horas por dia, tendo uma abrangência municipal ou regional, isto é, um grupo de municípios de pequeno porte com proximidade geográfica pode se reunir para abrir um estabelecimento. A situação acontece quando o porte do município não justifica a disponibilidade deste tipo de instituição. Quando o acolhimento do idoso ocorre em um município fora da sua região de domicílio de origem, a lei prevê a locomoção dos familiares até a instituição, bem como do público atendido ao ambiente familiar, para que os vínculos familiares sejam mantidos, como prevê o Estatuto do Idoso. De acordo com esse marco regulatório, deve haver uma comunicação com a rede socioassistencial, de modo a garantir a redução das violações dos direitos da pessoa idosa, como se verifica em situações de rua e de abandono, manter e procurar preservar sua autonomia, e romper o ciclo da violência doméstica e familiar.

Conforme aponta a Legislação acima, as instituições destinadas a acolher pessoas, no caso as idosas, abrangem aquelas que: “[...] não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos” (CNAS, 2009, p. 33). Todavia, é importante salientar que as ILPIS não se destinam somente a pessoas idosas com baixos recursos financeiros, ou sem um suporte familiar adequado, mas configuram-se também como um local voltado a atender a toda e qualquer demanda das pessoas, promovendo melhores condições de vida.

No Brasil, as ILPIS podem ser filantrópicas, governamentais e não governamentais, ficando todas elas sob as condicionalidades da legislação vigente. São destinadas ao domicílio de pessoas a partir dos 60 anos de idade, com ou sem vínculos familiares, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. De acordo com pesquisas realizadas sobre o tema, aponta-se como as principais razões para a institucionalização de idosos: o caráter socioeconômico, as condições de saúde e a opção pessoal (PAVARIN, 1996; CHAIMOWICZ; GRECO, 1999; CALDAS, 2003; CORTELLETTI, 2004). O modelo de ILPI, no Brasil, ainda está muito próximo as instituições totais definidas por Goffman como:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho, onde uns grandes números de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 2001, p. 11).

No ano de 2008, o IPEA (Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada) realizou um estudo sobre as ILPIs em todo o país. Na ocasião, verificou que existiam cerca de 79.459 brasileiros com mais de 60 anos institucionalizados em aproximadamente 4.000 instituições com licenciamento para o funcionamento. Esses números tendem a crescer, visto que a expectativa de vida da população está aumentando, sendo, portanto, necessária a formação de uma rede de proteção ao idoso que busque garantir os direitos humanos dos cidadãos a partir do resgate da dignidade humana.

DISCUSSÃO

Como forma de garantir os direitos humanos da pessoa idosa residente em ILPIs, o Brasil possui um conjunto de leis que buscam viabilizar a proteção e a prevenção para situações de violação de direitos humanos, oriundas de violência institucional. Desse modo, o Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, estabelece nos seus artigos 3 e 33 que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público garantir aos idosos a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

A assistência social prestada à pessoa idosa deve ser articulada conforme os princípios da Lei Orgânica da Assistência Social, da Política Nacional do Idoso e do Sistema Único de saúde. Tendo por base essas prerrogativas, o referido documento também especifica que todas as instituições que prestem assistência a pessoas idosas de cunho governamental ou não governamental serão fiscalizadas pela Vigilância Sanitária e pelo Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e na falta desse pelo Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa. As instituições serão fiscalizadas no que diz respeito, preferencialmente, ao oferecimento de instalações físicas em condições adequadas de habilidade, higiene, salubridade e segurança. Além disso, o Estatuto do Idoso determina, no artigo 52, que essas entidades sejam fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em Lei (BRASIL, 2003).

Na esfera da saúde, a Vigilância Sanitária é o órgão responsável pela fiscalização das ILPIs, visto que esses espaços são considerados como instituições de interesse em saúde, ou seja, para funcionar necessitam de uma licença sanitária. Com isso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão ligado ao Sistema Único de Saúde, fica responsável pela emissão do documento do alvará sanitário e pelas constantes inspeções dessa ordem.

A Vigilância Sanitária, no Brasil, é definida pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/1990, como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL, 1990). Com isso, verifica-se que a Vigilância Sanitária está ligada à área da saúde e desenvolve um conjunto de ações específicas de proteção, atuando em caráter educativo (preventivo), normativo (regulamentador), fiscalizador e, em última instância, punitivo.

Em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), a Portaria Ministerial 1565/1994 – GM/MS, que institui o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; a Lei Federal 9.782/1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), foi estabelecido que as ações em vigilância em saúde devem ser desenvolvidas nas esferas federal, estadual e municipal e devem ocorrer de forma hierarquizada. Dentre as principais atribuições da Vigilância Sanitária, encontra-se a busca por garantia de condições de segurança sanitária para o controle de riscos e danos à saúde, tanto em estabelecimentos públicos, quanto privados, que apresentem algum tipo de riscos à saúde individual e/ou coletiva decorrentes de procedimentos, instalações e equipamentos. A partir dessa perspectiva, percebe-se a importância desse órgão no combate à propagação das violações de direitos humanos dentro das instituições, visto que os abusos cometidos contra idosos não se restringem somente à violência de ordem física, mas, sobretudo, perpassam situações de descaso, abandono, negligência e violência psicológica, as quais podem ficar evidentes durante as inspeções e visitas institucionais.

A Vigilância Sanitária da União tem a responsabilidade de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios. No âmbito estadual, a Vigilância Sanitária coordena, executa ações, implementa serviços de Vigilância Sanitária em caráter complementar às atividades municipais e presta apoio técnico e financeiro aos Municípios, contando com sua cooperação quando necessário. Na esfera municipal, cabe à Vigilância Sanitária atuar como executora das ações e implementadora dos serviços, juntamente com a cooperação técnica e financeira da União e Estado (CONASS, 2011).

No que tange à Vigilância Sanitária em ILPIS, a esfera Federal é representada pela ANVISA, órgão ligado ao Ministério da Saúde que tem como competências estabelecer normas, propor e acompanhar políticas, diretrizes e ações em Vigilância Sanitária. Em consonância com a Política Nacional do Idoso e com o Estatuto do Idoso, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 283/2005, que define o Regulamento Técnico e as normas de funcionamento para todas as ILPIS. O documento tem como objetivo assegurar a integralidade no cuidado, os critérios de acesso e condições adequadas na estrutura física, com vistas a proporção-

nar a acessibilidade e a humanização da pessoa idosa. Esse marco regulatório esclarece que é dever das ILPIS propiciar um espaço que assegure os direitos humanos dos moradores e, nesse sentido, cabe à Vigilância Sanitária averiguar e avaliar a estrutura física, os recursos humanos de higiene, cozinha, a existência de plano de atenção à saúde.

A RDC classifica as ILPIS de acordo com a complexidade de cuidados, define as características físicas desse equipamento e estabelece os recursos humanos necessários para o funcionamento. Toda ILPI deve elaborar um plano de trabalho, que contemple as atividades previstas e um plano de atenção integral à saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde a cada dois anos. O Plano de Atenção à Saúde deve ser compatível com os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, visando à promoção, proteção e prevenção no cuidado. Devem ser considerados os critérios de acesso, resolubilidade e humanização da atenção dispensada.

A Vigilância Sanitária, enquanto órgão fiscalizador do ambiente físico das casas asilares, tem o dever de averiguar a qualidade de um ambiente de respeito e dignidade. A instituição tem que oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitação; manter um quadro de profissionais com formação específica, conforme estipulado por Lei; oferecer refeições em quantidade e qualidade adequadas às condições de saúde do idoso; proporcionar cuidados à saúde, seja pelo SUS, seja por serviços próprios ou por meio de convênios, respeitando o que foi contratado; promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer; permitir e incentivar visitas, dentre outros.

É ainda de competência da ANVISA monitorar e auditar os órgãos e entidades estaduais, distritais e municipais que integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para que a legislação seja cumprida. A ANVISA participa do Pacto pela Saúde¹, através de uma das suas dimensões, ou seja, o Pacto pela Gestão. A Portaria n. 2.669/2009 estabeleceu metas para o cumprimento desse Pacto através de prioridades, objetivos e indicadores de monitoramento e avaliação. Na ocasião, a Agência definiu como sua principal prioridade a atenção ao idoso através de inspeções e cadastramento de ILPIS.

Já no âmbito estadual, cabe ao Centro de Estudos em Vigilância em Saúde (CEVS), órgão ligado à Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, a responsabilidade de coordenar e supervisionar as ações do Programa de Vigilância Sanitária em Estabelecimentos Prestadores de Serviços de Saúde no Estado; elaborar normas técnicas; estabelecer e acompanhar indicadores sanitários e de qualidade do funcionamento dos estabelecimentos voltados ao público idoso; assessorar e prestar consultoria às equipes de Vigilância Sanitária das Regionais e Municipais de saúde sobre assuntos técnicos e sanitários, legislações e normas técnicas sanitárias; realizar inspeções sanitárias complementares e/ou suplementares junto às Regionais de saúde e/ou municípios; e realizar palestras, elaborar materiais de orientação e esclarecimento a respeito de assuntos

¹ O Pacto pela Saúde foi instituído por meio da Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006, visando a consolidação do SUS por meio de três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

relacionados ao funcionamento adequado das ILPIS. Dentro do CEVS, a Divisão de Vigilância Sanitária atualiza periodicamente a sua base de dados, com o intuito de verificar as vistorias realizadas nas ILPIS.

De acordo com dados elaborados pelo CEVS, de julho de 2015, o Estado do Rio Grande do Sul possui 757 ILPIS, com alvará expedido pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais, distribuídas nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. Dentre estas, 195 Instituições estão com as vistorias em atraso, referente a 25,75% do total. A área de maior concentração, desses estabelecimentos encontra-se na 1ª CRS, com 109 instituições e na 2ª CRS, com 314 instituições. Entretanto, é preciso lembrar que há muitas instituições que não são cadastradas por não terem alvará sanitário, atuando assim de forma ilegal em diversas regiões do Estado.

Há uma dificuldade na identificação dos estabelecimentos clandestinos por não possuírem um efetivo de profissionais adequados, não há um programa que realize uma busca ativa nesse sentido. Dentre as dificuldades, pode-se verificar que muitas dessas casas de repouso se constituem em residências comuns que abrigam poucos idosos e, por isso, são de difícil identificação para o poder público. Outro fator importante é a existência de muitos estabelecimentos localizados fora do perímetro urbano, dificultando a localização e o acesso aos profissionais. Ainda no âmbito estadual, no Estado do Rio Grande do Sul, a Coordenação Estadual da Política de Saúde do Idoso, tem conferido por meio de Portaria² a atribuição de realizar vistorias e inspeções nas ILPIS. Isso se justifica em função do Estado ter condições legais de atribuir a qualquer profissional de nível superior a condição de fiscal sanitário.

No âmbito municipal, pode-se destacar como principal atividade da Vigilância Sanitária dos Municípios as vistorias. Elas podem ocorrer através de inspeção de alvará, inspeção de rotina e inspeção de denúncia. As inspeções levam em conta as características específicas de cada tipo de estabelecimento e a legislação que o compreende. Nas inspeções de alvará, os agentes sanitários no exercício de função vão até o estabelecimento de interesse em saúde, que solicitou o pedido para assegurar que o local cumpra as disposições da Legislação Sanitária em vigor. No caso das ILPIS, na cidade de Porto Alegre, por exemplo, é levada em consideração a Lei n. 6.437/1977, que dispõe sobre a legislação sanitária federal e estabelecem as respectivas sanções; a Lei n. 6.839/1980, que dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões; a Lei n. 8.842/1994, que institui a Política Nacional do Idoso; Portaria MS 106/00, que cria os residenciais terapêuticos no âmbito do SUS; Lei n. 6503/72, que trata a respeito do Código de Saúde Pública no Rio Grande do Sul; RDC 50/02 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde; a Lei Estadual 11.791/02, que institui as normas para funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental; a RDC 283/2005, que regulamenta o funcionamento das ILPIS, dentre outras.

²O número e a data de promulgação do referido documento não foram citados, pois o mesmo não foi encontrado na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Todavia, ele ainda está em vigor e representa um importante instrumento de trabalho para a atuação da equipe técnica da Coordenação Estadual de Saúde do Idoso, sendo considerado a base legal pela qual se justificam as visitas em ILPIS com possíveis situações de irregularidade.

Durante esse processo, os profissionais fazem uso de instrumentos específicos de avaliação, objetivando a prevenção de agravos à saúde, tendo como parâmetro a legislação e as normas técnicas em vigor. O local só estará apto a exercer suas funções depois que tiver o alvará liberado, aprovado pela equipe de serviço e emitido pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, devendo ficar sempre fixado dentro do estabelecimento e em local visível.

As inspeções de rotina são fiscalizações regulares e sistemáticas, estabelecidas de acordo com a frequência definida pelo risco epidemiológico. Esse tipo de inspeção também visa garantir a renovação do alvará a um estabelecimento. Caso haja alguma irregularidade, constatada a partir das normas previstas na RDC 283/05, o proprietário do estabelecimento responderá por infração de natureza sanitária e estará sujeito a processos e penalidades previstas na legislação. Todas as ILPIS são avaliadas e inspecionadas anualmente. A autoridade sanitária deve ter livre acesso a todas as dependências do estabelecimento e às documentações pertinentes, respeitando sempre o sigilo e a ética, necessária às avaliações e inspeções.

No caso de inspeção por denúncia, a fiscalização ocorre em atendimento às reclamações, verificações de cumprimento de exigências ou investigação de surtos. Em geral, as denúncias são realizadas por meio do “Disque Direitos Humanos - Disque 100”, por ex-funcionários ou funcionários que não estejam em acordo com irregularidades praticadas nos abrigos institucionais, por outras entidades concorrentes, por familiares dos moradores, por vizinhos do estabelecimento, dentre outros. Quando partem do “Disque Direitos Humanos - Disque 100”, todas as denúncias que contenham informações suficientes para que seja possível encontrar as vítimas da violação são encaminhadas para os órgãos de proteção, defesa e responsabilização em direitos humanos.

Nos casos de ILPIS, a Vigilância Sanitária sempre trabalha em conjunto com a rede de proteção à pessoa idosa, que tem como uma das suas funções a de fiscalizar esses estabelecimentos, conforme previsto no Estatuto do Idoso. Atuando em rede, a Vigilância Sanitária participa de forma efetiva da garantia dos direitos humanos, pois não só realiza as atribuições que lhe competem, mas também busca auxílio de outros órgãos para a efetivação dos direitos humanos. O Conselho Municipal do Idoso e, na sua falta, o Conselho Estadual ou Nacional do Idoso têm como competência realizar visitas periódicas de acompanhamento em ILPIS e encaminhar os casos irregulares para a Delegacia da Pessoa Idosa ou ao Ministério Público. Esse último também tem como atribuição realizar visitas periódicas a ILPIS, contudo, em função do número elevado de outras demandas, ele atua mais como um reagente diante das denúncias recebidas.

A atuação desses dois órgãos, no que se refere à periodicidade nas visitas, varia muito de acordo com a região, com a estrutura física e com os recursos humanos que dispõem para exercer suas atividades. Quando constatadas violações de direitos humanos, o Ministério Público abre um processo penal contra os responsáveis do estabelecimento e interdita o

local. Como esse órgão é o responsável direto pela garantia da manutenção dos direitos humanos dos cidadãos, ele tem como atribuição alocar esses idosos para outros locais. Dessa forma, primeiramente aciona-se a família do idoso. Caso não tenham condições de recebê-lo em suas residências, ou na falta de laços familiares, realiza-se seu encaminhamento para outras ILPIS. Esse movimento é realizado em interface com a assistência social do município de origem do morador da ILPI.

A Vigilância Sanitária é acionada quando se percebem irregularidades nas condições de higiene, estrutura física e segurança alimentar. Nesse caso, ao verificar as infrações, a Vigilância Sanitária emite um auto de infração sanitária, que é o documento que dá origem a um processo administrativo sanitário. Ele é lavrado pela autoridade sanitária, fundamentado nas normas sanitárias, onde serão descritas as infrações de acordo com o que está previsto na Lei Federal n. 6.437/77. O auto de infração sanitária é lavrado no estabelecimento onde for verificada a infração ou na sede do órgão competente. Assim, é possível que sejam dispensadas multas de acordo com o agravo do problema, interdição cautelar ou interdição total.

É importante mencionar que a Vigilância Sanitária não tem, sob qualquer uma de suas instâncias, responsabilidade com o cuidado e com a assistência à saúde do morador. Com o processo de envelhecimento, há uma redução da capacidade física, cognitiva e mental, de modo que as ILPIS necessitam participar da rede de assistência à saúde. O Programa Estratégia de Saúde da Família tem como base o princípio de territorialização; portanto, a estratégia tem como dever ser responsável por todos os idosos que estão na sua área de abrangência - inclusive aqueles que se encontram em instituições públicas ou privadas. A ILPI é parte integrante da comunidade e o idoso morador nesses espaços é um membro da comunidade e, portanto, usufrui dos mesmos direitos dos idosos membros da comunidade, cabendo, assim, à Estratégia de Saúde da Família a tarefa de realizar assistência em saúde a esses cidadãos. Dessa forma, para a RDC 283/2005, cada ILPI deve explicitar, no seu Plano de Atenção Integral à Saúde, uma articulação com o gestor local de saúde.

CONCLUSÃO

As ILPIS representam um papel importante na sociedade, visto que são espaços destinados a ofertar não só abrigo aos idosos, mas, sobretudo, um ambiente de construção de novas relações e de cuidado em saúde. Através desse estudo, foi possível verificar que, no Brasil, a partir da década de 1980, foram elaboradas diversas leis, que têm como pressuposto a garantia da cidadania e da proteção dos direitos humanos da pessoa idosa. No caso da regulamentação e fiscalização das ILPIS, formou-se uma rede de proteção constituída pelas autoridades policiais, Ministério Público, Conselho Nacional, Estadual, Municipal do Idoso e Vigilância Sanitária, com o intuito de promover de forma articulada a garantia de direitos dos idosos, minimizando assim os riscos à saúde aos quais eles

estão expostos. As ILPIS são serviços da assistência social de natureza socio sanitária e os seus cuidados devem abranger a vida social, as necessidades diárias e a assistência à saúde.

A Vigilância Sanitária atua como o órgão fiscalizador da estrutura física e organizacional, dos recursos humanos e das condições de saúde do local. A garantia dos direitos humanos perpassa oferecimento de condições de vida digna à população durante a velhice, na medida em que as ILPIS são locais destinados a atender idosos, principalmente em situação de vulnerabilidade. Elas devem oferecer um espaço adequado de assistência e cuidados qualificados às pessoas, preservando a integridade à saúde e à vida das pessoas idosas no país. Cabe à Vigilância Sanitária fiscalizar esses espaços e, nesse sentido, exercendo um papel importante na garantia de direitos humanos. Outro ponto a destacar nesse aspecto é que, quando ela aciona os demais órgãos da rede de proteção ao idoso ao constatar problemas relacionados à violação dos direitos, ela garante o acesso as essas instâncias, que servem de representantes legais na efetivação dos mesmos.

Propor ações e programas voltados para a saúde do idoso por meio de políticas públicas é garantir condições dignas para nossos idosos e para as gerações futuras. Não basta simplesmente envelhecer, é necessário ter uma estrutura socio sanitária que permita o adequado cuidado dos idosos autônomos e, principalmente, daqueles que se encontram em processo de fragilização. É preciso, acima de tudo, capacitar a rede de serviços e aumentar o contingente de recursos humanos para dar conta das demandas oriundas do processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOIS, J-P. De la Vieillesse em Communauté à la vieillesse em colectivité. **Revue Génération**, Louvain, Bélgica, n. 10-11-12, p. 6-12, nov. 1997. Disponível em: <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/aisbl-generations/documents/RevueGenerations10_11_12p06.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Considerações sobre a família, asilo, (im)previdência social e outras coisas mais. **Revista Kairós – Gerontologia**, v.4, n. 2, p. 135-148, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, set. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Lei n. 6503, de 22 de dezembro de 1972. Dispõe sobre a promoção, proteção e recu-

peração da Saúde Pública. **Assembleia Legislativa**, Porto Alegre, 22 dez. 1972. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/Mo10/Mo100099.ASP?Hid_TodasNormas=35819&hTexto=&Hid_IDNorma=35819>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 ago. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6437.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Lei n. 6.839, de 30 de outubro de 1980. Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 nov. 1980. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6839.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 jul. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial 1.565, de 26 de agosto de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, ago. 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1994/prt1565_26_08_1994.html>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Lei n. 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**,

Brasília, DF, jan. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASI. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, dez. 1999. Disponível em: <<http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201573034.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Portaria 106/00, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, fev. 2000. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=320>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

BRASIL. RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Lei n. 10741. Estatuto do Idoso, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004. Disponível em: <<http://www.sesc.com.br/mesabrazil/doc/Pol%C3%ADtica-Nacional.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação nacional de serviços socio-assistenciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 2009. Disponível em: <http://antigo.fecam.org.br/arquivosbd/basico/0.681344001273163950_paefi__conceito.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.669, de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>>. Acesso em: 20 out. 2015.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, mai./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>>. Acesso em: 25 out. 2015.

CANNON, J. Dictionary of British History. 2004. In: **Encyclopedia.com**. Disponível em: <<http://www.encyclopedia.com>>. Acesso em: 5 out. 2015.

CHAIMOWICZ, F. GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0630.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, nov. 2009. Disponível em: <http://www.fecam.org.br/arquivosbd/basico/0.681344001273163950_paefi__conceito.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CONASS. **Vigilância em Saúde: parte 1**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011). Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/v3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CORTELLETTI, I. A. et al. **Idoso asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: EDUSC/EDIPURS, 2004.

CRISTOPHE, M. **Instituições de Longa Permanência para Idoso no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração**. 2009. 180 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.faceconsultoria.com.br/uploads/pdf/20531fe06e6e0e9a65351c240c8aa428.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, o Estado e a política moderna**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

GROISMAN, D. **Velhice e história:** perspectivas teóricas. Cadernos do IPUB, v. 1, n. 10, p. 43-56, 1999.

LIMA, M. A. X. C. **O fazer institucionalizado:** o cotidiano do asilamento. 2005. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/12403>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

MINAYO, M. C. **Violência contra idoso:** o avesso do respeito à experiência e à soberania. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

PAVARINI, S. C. I. **Dependência comportamental na velhice:** uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. 1996. 250 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000115455>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

PAZ, S. F.; MELO, C., SORIANO, F. M. A violência e a violação de direitos da pessoa idosa em diferentes níveis: individual, institucional e estatal. **Revista O Social em Questão** – Rio de Janeiro, v. 15, n. 28, p. 54-84, 2012. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/4artigo.pdf>>. Acesso: 28 out. 2015.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 1, p. 29-43, jan./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838777004.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual n. 11.791, de 22 de maio de 2002. Institui normas para funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 23 mai. 2002. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/11.791.pdf>>. Acesso em 11 abr. 2017.

SILVA, L. et al. Pesquisa Documental: alternativa investigativa na formação docente. In: IX CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO E III ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, IX, 2009, Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUCPR, 2009. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124_1712.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG) – Seção São Paulo. **Manual de funcionamento para instituição de longa permanência para idosos.** São Paulo: Imprensa Oficial, 2003.

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ENTRE AS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

Rosiméri de Melo Radin Schraiber: Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde - UFSM. Hospital de Santo Augusto (RS), Brasil. E-mail: rm.radin@yahoo.com.br.

Cintia Cristina Sulzbach: Mestranda em Gerontologia - UFSM. UFSM, Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: cintia.sulz@gmail.com.

Tamiris Nunes Markoski: Mestranda em Gerontologia - UFSM. Clínica da Saúde, Frederico Westphalen (RS), Brasil. E-mail: tamirismarkoski@gmail.com.

Bárbara De Carli Silveira: Mestranda em Gerontologia - UFSM. Prefeitura Municipal de Novo Tiradentes, Novo Tiradentes (RS), Brasil. E-mail: barbaradecarlinutricionista@outlook.com.

Eveline Dischkaln Stolz: Doutora em Ciências Farmacêuticas - UFRGS. Professora do Departamento de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: evestolz@yahoo.com.br.

Loiva Beatriz Dallepiane: Doutora em Ciências da Saúde: Geriatria - PUCRS. Professora do Departamento de Alimentos e Nutrição e do Mestrado em Gerontologia - Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: loiva.dallepiane@hotmail.com.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo comparar o Índice de Envelhecimento (IE) da população entre as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do estado do Rio Grande do Sul (RS). Quanto ao método, trata-se de um estudo do tipo descritivo, quantitativo, com dados secundários acerca do IE. A principal fonte de informações foi o Censo Demográfico de 2000 e 2010. Constatou-se que o RS é o estado brasileiro que mais envelhece e, inclusive, em ritmo mais acelerado que os demais. Além disso, é o estado que tem o menor aumento populacional entre o período considerado. Dentro do RS, identifica-se a 16ª CRS como a que tem o maior IE. Em contrapartida, a CRS com o menor IE é a 7ª. As duas tem sistemas econômicos diferenciados e estruturas sociais também diferentes, o que pode ser um dos motivos da disparidade do IE. Conclui-se que, dentre as Coordenadorias de Saúde do RS, a 16ª CRS com sede em Lajeado teve o maior IE, enquanto que a 7ª CRS com sede em Bagé teve o menor IE. A 13ª CRS, com sede no município de Santa Cruz do Sul, apresentou o maior aumento percentual em 2010 na comparação com o ano 2000.

Palavras-chave: Sistema de saúde; Gestão em saúde; Envelhecimento; Demografia.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma abrupta e muito acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto

país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2009). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, idosos de 60 anos ou mais representavam 13% do total da população brasileira e na Região Sul 14,5 % (IBGE, 2014).

Existem vários fatores que estão aliados ao crescimento e envelhecimento populacional. Porém, ainda há certa confusão por parte da comunidade científica quando se fala em expectativa de vida e índice de envelhecimento (IE). Muitos entendem como sendo a mesma coisa; porém, os dois indicadores são completamente diferentes e, embora façam parte de um mesmo assunto, remetem a situações e realidades distintas. A expectativa de vida é a possibilidade de tempo de vida de um indivíduo - em média, o tempo de vida de cada pessoa do país é de 76,9 anos, utilizando os dados do Brasil mencionados anteriormente. Já o IE tem por objetivo medir os níveis de envelhecimento de uma população em relação aos seus jovens. Este é definido pelo número de pessoas com 60 ou mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, em uma população de um delimitado espaço geográfico, em um ano considerado (OPAS, 2008).

A variação do IE brasileiro é um dado preocupante. Em 40 anos, de 1970 até 2010, ele teve um aumento de 268% (CLOSS; SCHWANKE, 2012). Isso está diretamente relacionado com o aumento da expectativa de vida, mas principalmente com a queda de natalidade ocorrida nas últimas décadas. Estes dois fatores são causados por fortes mudanças nos padrões de comportamento social e estilo de vida dos brasileiros. Os principais motivos que alavancaram o aumento da expectativa de vida foram os cuidados com hábitos alimentares, aumento da prática de exercícios físicos, mudança da visão social em relação ao idoso, melhoria de acesso a atendimento médico e a medicamentos, além da melhoria de qualidade de vida de forma geral. Quanto à taxa de natalidade, o Censo de 2010, divulgado pelo IBGE, apontou queda de 21,9% na taxa de fecundidade das brasileiras: em 2000, a média nacional de filhos por mulher era de 2,38, enquanto que em 2010 esse número caiu para 1,86. Além disso, a idade média com que as brasileiras têm o primeiro filho aumentou: em 2010, o grupo de mulheres que engravidaram depois dos 30 anos subiu para 31,3 anos, enquanto que os grupos com idades inferiores tiveram declínio (IBGE, 2010).

No âmbito da saúde, esse aumento da taxa de envelhecimento do país causa maior preocupação, pois a população idosa necessita de alguns cuidados especiais. Os idosos têm maior reincidência de atendimentos, precisam de medicações regulares na maioria dos casos – inclusive porque vem ocorrendo um aumento gradual no quadro de doenças crônicas não transmissíveis –, precisam de atendimento especializado e maior proximidade das unidades de saúde. Esse aumento de atendimentos e cuidados gera custos aos governos, que precisam dispensar mais medicamentos, ampliar as estruturas físicas e administrativas e contratar mais

profissionais. Há, além disso, a tendência de que a mão-de-obra qualificada fique cada vez mais cara, uma vez que a população jovem diminuirá gradualmente. É necessário, portanto, um processo de adaptação para acompanhar o desenvolvimento desse quadro (CAMARANO, 2002).

Dessa forma, é facilmente perceptível que o atual sistema de saúde não suportará a futura realidade, tendendo a entrar em colapso, tanto no que se refere à estrutura física para atender a demanda, quanto em relação à disponibilidade de profissionais em quantidades suficientes. Portanto, é urgente a necessidade de que o poder público comece a pensar e agir imediatamente, redefinindo e adaptando as políticas públicas de saúde. É preciso que seja criado um bom planejamento, com planos de ação eficazes no atendimento da população, visto que negligenciar o futuro significa comprometer-lo e condenar o país a sofrer as consequências de um sistema de saúde superlotado, pobre e ineficiente (VERAS, 2009)

Embora o Brasil apresente a preocupante tendência de se tornar um país de pessoas idosas, há grande disparidade entre os IE das cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), e mesmo dentro de uma mesma região ocorrem consideráveis diferenças entre os estados. Conhecer o IE de um estado e das suas cidades pode auxiliar a gestão dos serviços de saúde, subsidiando informações para a proposição, planejamento e acompanhamento de políticas públicas voltadas à população idosa e, de uma forma geral, a todo o sistema de saúde. Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo comparar o IE da população entre as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul (RS) nos anos 2000 e 2010.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, quantitativo, com dados secundários acerca do IE nos anos 2000 e 2010. Primeiramente, foi comparado os IEs entre as cinco regiões do Brasil, seguindo para a análise dos estados da região Sul. Na sequência, os dados foram direcionados até o estado do RS - que possui 19 CRS, com um total de 497 municípios. A fim de conhecer como se dá o envelhecimento populacional entre as CRS/RS, foi calculado o IE dos municípios de cada CRS e, finalmente, a média por CRS/RS.

A principal fonte de informações foi o Censo Demográfico de 2000 e 2010, realizado pelo IBGE e disponibilizado no SISAP-Idoso (Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso) (BRASIL, 2011). Este sistema foi desenvolvido como uma iniciativa conjunta da Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde e do Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O IE de uma população é definido pela razão entre os componentes etários extremos da população, representados pelo número de indivíduos com 60 anos ou mais de idade para cada 100 indivíduos menores de 15 anos de idade. Valores elevados desse índice indicam que a transição

demográfica se encontra em estágio avançado. O método para calcular o IE considera: (População de idosos de 60 anos ou mais / População com menos de 15 anos) x 100 (BRASIL, 2011).

Para o gerenciamento e análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e o *software* Microsoft Office Excel 2010, versão 12.0. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos. As tabelas demonstram as CRS e respectivas áreas de abrangência, além de servir como fonte para evidenciar dados comparativos entre elas. Os mapas apresentam as divisões das coordenadorias dentro do território do RS, as quais estão dispostas entre sete macrorregiões. Já os gráficos emitem uma ideia comparativa do IE entre as coordenadorias e este mesmo índice entre os anos 2000 e 2010.

Por estar baseado em dados secundários, este estudo não teve a necessidade da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, em um período de 10 anos, a população brasileira aumentou aproximadamente 12,32%, enquanto que o IE nacional registrou no ano de 2010 um valor de 44,8, correspondendo a um aumento de 55% em relação ao resultado do ano 2000. O maior aumento populacional ocorreu na região Norte (22,98%); no entanto, esta região apresenta os menores IE. Por outro lado, a região Sul apresentou o menor crescimento populacional entre as regiões do Brasil (9,07%); no entanto, teve o maior IE do Censo de 2010. Isso significa que, de todas as regiões do país, a que mais envelhece é a Sul.

TABELA 1: Índice de Envelhecimento e população das regiões brasileiras nos anos 2000 e 2010.

Região do Brasil	Ano 2000		Ano 2010	
	IE	População	IE	População
Norte	14,7	12.900.704	21,8	15.865.678
Nordeste	25,5	47.741.711	38,7	53.078.137
Sudeste	34,8	72.412.411	54,6	80.353.724
Sul	33,4	25.107.616	54,9	27.384.815
Centro-Oeste	22,1	11.636.728	36,0	14.050.340
Brasil	28,9	169.799.170	44,8	190.732.694

FONTES: elaborado pelas autoras, sendo que o IE foi obtido com base em cálculos disponibilizados nos Censos Demográficos de 2000 e 2010 e disponibilizados pelo Sisap-Idoso (BRASIL, 2011).

Considerando apenas as Unidades Federativas da região Sul, observa-se, na Tabela 2, que o RS é o estado que apresentou o maior IE no último censo. Esse número é bastante alarmante, pois é 46,2% mais alto que a média nacional do último censo considerado, embora tenha registrado o menor aumento populacional (4,98%).

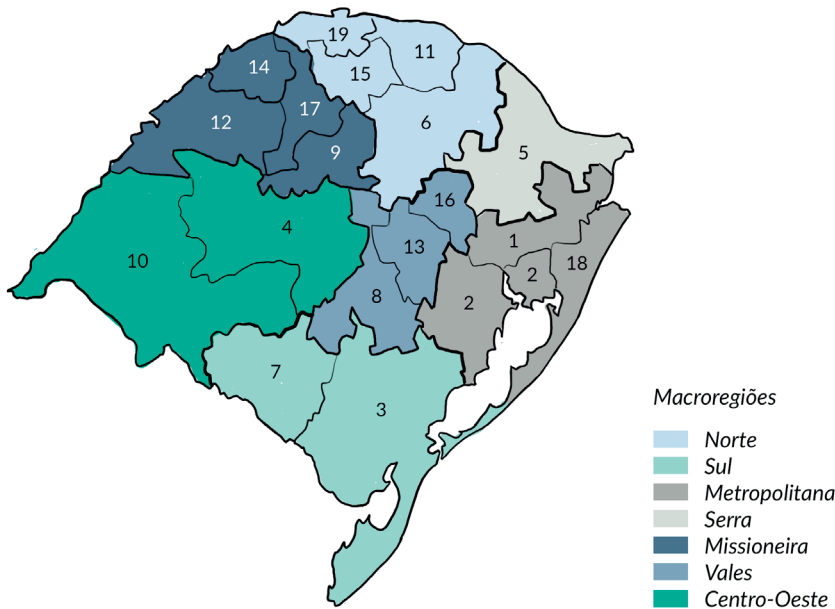
TABELA 2: Índice de Envelhecimento entre as unidades federativas da região Sul e suas respectivas populações nos anos 2000 e 2010.

Unidades Federativas da Região Sul	Ano 2000		Ano 2010	
	IE	População	IE	População
Paraná	29,5	9.563.458	49,0	10.439.601
Santa Catarina	28,5	5.356.360	48,0	6.249.682
Rio Grande do Sul	40,1	10.187.798	65,5	10.695.532
Regional	33,4	25.107.616	54,9	27.384.815

FORNTE: elaborado pelas autoras, sendo que o IE foi obtido com base em cálculos disponibilizados nos Censos Demográficos de 2000 e 2010 e disponibilizados pelo Sisap-Idoso (BRASIL, 2011).

O estado gaúcho divide-se em 19 CRS – dentro delas, são agrupados os municípios mais próximos e com características semelhantes. O mapa abaixo representa graficamente a localização de cada uma dessas CRS, configuradas dentro de macrorregiões do RS (Figura 1).

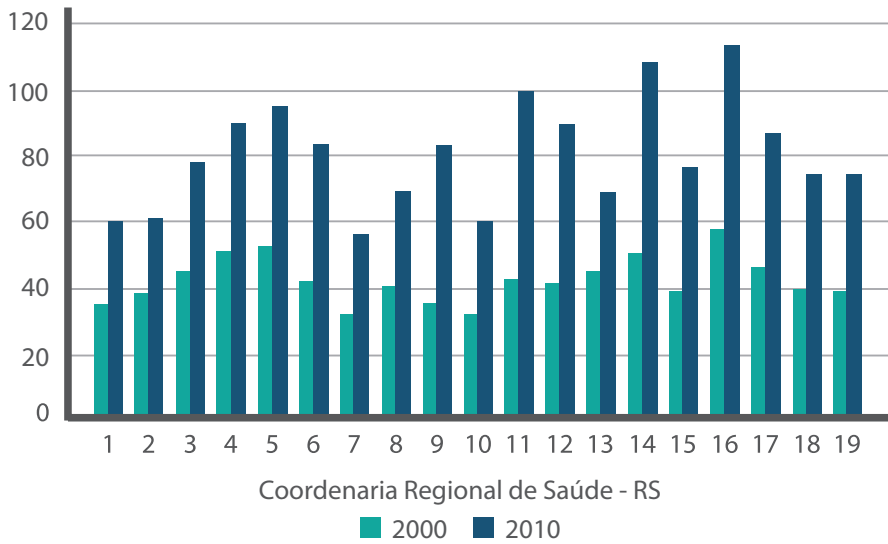
FIGURA 1: Representação das CRS do RS em macrorregiões.



FORNTE: Secretaria de Saúde do estado do RS, adaptado por NTE, 2017.

A média do IE em cada CRS no ano de 2000 e 2010 está representada graficamente na Figura 2. Nessa imagem, é possível observar que a maior média do IE no ano 2000 e 2010 foi encontrado na 16ª CRS, com sede em Lajeado. O município de Lajeado – RS está localizado na região dos vales e a economia é basicamente industrial, destacando indústrias de alimentos, plásticos e calçados. Por outro lado, a menor média do IE nos anos de 2000 e 2010 foi apresentada pela 7ª CRS, com sede em Bagé, localizada na macrorregião sul do estado e com economia baseada na pecuária.

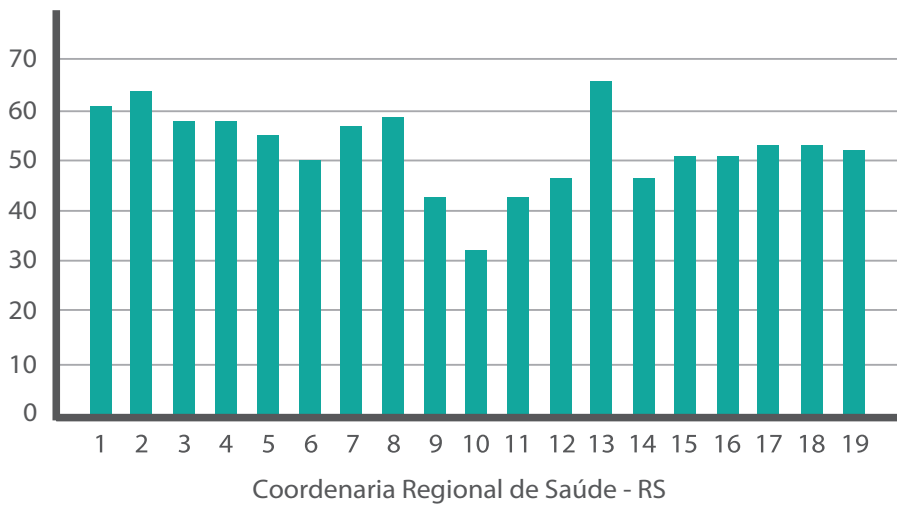
FIGURA 2: Médias do IE das coordenadorias no ano 2000 e 2010.



FONTE: elaborado pelas autoras, com base nos dados coletados, adaptado por NTE, 2017.

Na Figura 3, observa-se que o maior aumento percentual do IE das CRS entre os anos de 2000 e 2010 foi apresentado pela 13ª CRS, que tem sede no município de Santa Cruz do Sul, tendo a economia baseada na produção e beneficiamento de fumo.

FIGURA 3: Aumento percentual do IE das CRS entre os anos de 2000 e 2010.



FONTE: elaborado pelas autoras, com base nos dados coletados.

DISCUSSÃO

No Brasil, a região Sul apresenta o maior envelhecimento de todas as regiões no ano de 2010 e, dentre estas, o RS é o estado que mais envelhece. A região Sul tem a terceira maior população do Brasil, e dentro dela o RS é o mais populoso (IBGE, 2000; 2010). O RS é um estado bastante importante economicamente para o país, não apenas pela produção agrícola, mas também por ter uma economia bastante heterogênea. A população

gaúcha também é multicultural – embora o RS tenha sido colonizado por espanhóis e portugueses, as culturas que permaneceram e acabaram miscigenando o estado foram os italianos, alemães e açorianos basicamente (GOTTLIEB et al., 2011).

Para que se possa entender um pouco acerca dos motivos que estão causando a elevação no IE, tanto do RS quanto do país, é preciso resgatar o processo de transição demográfica. Este teve início por volta de 1940, quando o Brasil começou a se desenvolver com maior velocidade, promovendo melhoria de acesso ao sistema de saúde – não apenas pela ampliação feita pelo governo, mas também porque, a partir desse período, o acesso a veículos automotores aumentou bastante, acelerando processos de socorro e salvando muitas vidas. O país também passou por uma grande reforma sanitária, que erradicou algumas doenças e conscientizou a população em relação a cuidados básicos de higiene e saúde. Posteriormente, entidades governamentais e não governamentais focaram na conscientização em relação à prática de exercícios físicos e à alimentação, visto que a combinação adequada entre práticas de atividades físicas e hábitos alimentares mais saudáveis melhora enormemente a qualidade de vida, o tempo de vida e a saúde das pessoas. Ainda, as políticas familiares também mudaram bastante. As mulheres, que há 60 anos ficavam basicamente em casa cuidando das atividades do lar, dos filhos e do marido, passaram a trabalhar fora de casa, acumulando funções e atualmente, cada vez mais, sendo as principais responsáveis pelo orçamento familiar, visto o aumento do custo de vida e o pagamento por confortos que não existiam há cinco ou seis décadas (CARVALHO; BRITO, 2005).

Para Moraes (2012), os principais determinantes dessa transição demográfica acelerada no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total.

Desse modo, o Brasil desenha rapidamente um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, com destaque para as doenças crônico-degenerativas. O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011).

É imprescindível que os gestores de saúde considerem esta tendência na reformulação das políticas públicas. Tal estratégia permitirá que o sistema de saúde tenha condições de absorver as mudanças sociais e populacionais que já estão ocorrendo e tendem a se agravar nos próximos anos. É notória a necessidade de ampliação de verbas para o setor e de novas estruturas para atender as demandas, mas a adequação dos serviços já existentes e o investimento em qualificação dos profissionais

são essenciais para oferecer um serviço efetivo e mais resolutivo (MARIN et al., 2003). A atuação de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional é primordial para desenvolver estes serviços na atenção básica com qualidade e fortalecer o sistema. As ações permitem evitar internações, minimizar os custos do sistema público e promover acompanhamento mais próximo e cuidadoso, visando à prevenção, visto que o tratamento é mais dispendioso e de maior risco (MARIN et al., 2003).

Ao mesmo tempo, a sociedade também passará por um processo de transformação associado ao mercado de trabalho e a novos estilos de vida. Dentro das famílias, também deverá ocorrer mudanças e, cada vez mais, os idosos assumirão papel de provedores do lar, já que estão cada vez mais ativos e inseridos socialmente. Por outro lado, muitos idosos precisam de cuidados especiais e de pessoas que os ajudem nas atividades do dia-a-dia. Um papel ocupado em tempos passados pelas mulheres que trabalhavam exclusivamente no lar vem despontando nesse novo contexto. Trata-se de uma demanda crescente de um novo profissional da área da saúde, o cuidador de idosos – especializado em atender as peculiaridades da vida dessa faixa etária, constituindo-se em uma necessidade que as famílias precisam perceber, assim como o poder público, que pode inserir esse profissional nas equipes de atendimento básico (MORAES, 2012).

Não são apenas os modelos de atendimento de saúde e o próprio sistema de saúde que precisam melhorar para atender os idosos. A própria sociedade por um determinado tempo perdeu valores como respeito e consideração em relação a eles, sendo que muitas das doenças, conforme explicado anteriormente, são agravadas ou mesmo causadas por negligência. Portanto, além de todas as atitudes, que já foram mencionadas acima, que podem melhorar o atendimento de saúde do futuro, é necessário criar novamente a conscientização e a humanização das pessoas em relação aos idosos. Maltratar um idoso, ignorá-lo ou tratá-lo como uma pessoa sem valor social é desperdiçar experiência de vida e conhecimento, além de ser um crime, não apenas do ponto de vista da justiça, mas também moral, humano e social.

O uso de bancos de dados em avaliações de saúde das pessoas ou de serviços possibilita estudos em diversas perspectivas, pela facilidade de acesso. No entanto, algumas limitações no estudo devem ser consideradas: eventuais falhas de cobertura na coleta direta de dados demográficos e imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas a falhas na declaração da idade nos levantamentos estatísticos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.

CONCLUSÃO

O maior IE na região Sul foi observado no estado do RS, tanto em 2000 como em 2010. Dentre as CRS do RS, a 16ª CRS, com sede em Lajeado, teve o maior IE, enquanto que a 7ª CRS, com sede em Bagé, teve o menor IE. A

13ª CRS, que tem sede no município de Santa Cruz do Sul, apresentou o maior aumento percentual em 2010 na comparação com o ano 2000.

Como consideração final destaca-se que o envelhecimento populacional é inevitável. O Brasil, em 2025, atingirá a 6ª posição em população acima de 60 anos, avançando 10 posições em relação à sua situação atual (16ª posição), e o estado do RS se destaca em ritmo acelerado de envelhecimento. Embora o envelhecimento populacional seja uma conquista da sociedade, há consequências decorrentes deste processo que implicam na gestão e organização dos serviços de saúde. Em relação ao poder público, não basta somente dispensar mais recursos financeiros – é importante garantir que este recurso seja efetivado em melhores condições de saúde aos idosos, necessitando, para tanto, planejamento adequado e um sistema público de saúde eficiente. Neste sentido, a aposta deve ser principalmente em capital humano: desenvolver equipes que possam atender e desenvolver maiores e melhores índices de resolubilidade com isso, diminuindo a reincidência dos atendimentos e internações decorrentes de erros ou negligência. Assim, os cofres públicos poderão economizar e maximizar os investimentos em saúde e outras áreas de forma mais efetiva, apresentando retornos mais satisfatórios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde; Laboratório de Informação em Saúde (Lis) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). SISAP Idoso. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**. 2011. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

CAMARANO, A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_o858.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v22n2/v22n2a10.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CLOSS, V. E. SCHWANKE, C. H. A. A evolução no índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbegg/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

GOTTLIEB, M. G. V.; SCHWANKE, C. H. A.; GOMES, I.; CRUZ, I. B. M. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a16.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. **Síntese de Indicadores Sociais Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População - Taxas de Fecundidade Total**. 2010. Disponível em <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-por-sexo-e-grupo-de-idade> 2010.html>. Acesso em: 2 nov. 2015.

MARIN, N. et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MENDES, E. M. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Rede Interagencial de Informação Para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Coordenadorias Regionais**. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais>. Acesso em: 12 out. 2015.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

ABORTO INSEGURO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Etianne Martini Sasso: Mestre em Medicina: Ciências Médicas, Residente em Saúde Coletiva, EducaSaúde/UFRGS, Porto Alegre (RS) Brasil. E-mail: etisasso@yahoo.com.br

Monique Prestes: Mestre em Ciências, Professor substituto na Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: moniprestes@hotmail.com

Eveline Dischkaln Stolz: Doutora em Ciências Farmacêuticas, Professor substituto na Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS), Brasil, E-mail: evestolz@yahoo.com.br

RESUMO

O trabalho objetiva revisar criticamente produções científicas com o intuito de averiguar possíveis impactos causados pela falta de acesso ao aborto seguro no Brasil. O método utilizado foi buscas nas bases de dados Scielo, Pubmed, Portal Capes e Biblioteca Virtual em Saúde, bem como em documentos de organizações nacionais e internacionais que tematizam questões de aborto. Foram selecionados artigos relacionados aos termos aborto induzido e saúde pública. Apontamos como resultados, a partir das buscas realizadas, selecionou-se trinta e três artigos científicos para análise integral, além de sete documentos obtidos de organizações em saúde e em direitos humanos e cinco artigos científicos advindos das referências bibliográficas dos materiais avaliados. Os estudos utilizados caracterizam o abortamento inseguro como grave problema de saúde pública, sendo o responsável por significativa parcela de morbimortalidade materna. No Brasil, apesar do tabu, o aborto está presente no cotidiano, principalmente no de mulheres de baixa renda, com filhos e que tentaram evitar gestações indesejadas. Esses dados não podem ser ignorados de modo a negligenciar a situação de vulnerabilidade social a que está associado. Assim, concluímos que a redução dos impactos do abortamento inseguro, pode advir da desmistificação e da descriminalização do aborto, assim como do fornecimento de atendimento seguro, rápido e humanizado para as mulheres que desejarem fazê-lo. No entanto, para que isso aconteça, a discussão, em sociedade, sobre aborto no âmbito da saúde pública e da igualdade social é eminente.

Palavras-chave: Aborto Induzido; Saúde Pública; Mortalidade Materna; Gastos em Saúde; Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O abortamento inseguro¹, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), é caracterizado como um procedimento para finalizar uma gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem habilidades médicas necessárias para tal ou realizado em ambientes fora de padrões médicos mínimos. Encontra-se essa mesma descrição em autores

¹ O termo abortamento inseguro não se restringe a situações de ilegalidade, ou clandestinidade, pois apesar de legalizado pode não ser realizado por profissionais e em ambientes adequados (FAÚNDES, 2009). O termo aborto significa uma interrupção prematura do desenvolvimento e refere-se ao nascimento de um embrião, ou feto antes de se tornarem suficientemente amadurecidos para sobreviverem fora do útero. Todos os términos de gravidez que ocorrem naturalmente, ou que são induzidos antes da vigésima semana de gestação, são considerados abortos.

como (SINGH, 2006), (INSTITUTE, 2008), (FAÚNDES; RAO; BRIOZZO, 2009), (AHMAN; SHAH, 2011) e (VAN DIJK ET AL., 2012). O aborto inseguro é uma das principais causas de morbimortalidade materna, mas essas ocorrências tendem a ser menores em países onde o aborto é legalizado, como afirmam (GRIMES, 2003), (JOHNSTON; GALLO; BENSON, 2007), (SEDGH ET AL., 2007) E (BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009).

A mortalidade materna² constitui uma grave violação dos direitos das mulheres, e em 92% dos casos, suas mortes poderiam ser evitadas. Em 2008, estimou-se 358 mil casos de mortalidade materna (47 mil atribuídas ao aborto inseguro), além de cerca de 5 milhões de mulheres terem sido afetadas por disfunções de caráter temporário, ou de caráter permanente em termos físicos e psicológicos, segundo (SHAH; AHMAN, 2010), (UNITED NATIONS, 2011), (DINIZ; MENEZES, 2012), (LEAL, 2012) e (CULWELL; HURWITZ, 2013). Já no Brasil, a mortalidade materna atingiu 69 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2013 (UNITED NATIONS, 2014).

Conforme o UNITED NATIONS (2011; 2013), os países podem legalizar o aborto de acordo com sete diferentes critérios: (I) para salvar a vida da mulher; (II) para preservar a saúde física da mulher; (III) para preservar a saúde mental da mulher; (IV) em caso de estupro, ou de incesto; (V) devido à malformação fetal; (VI) por razões econômicas e/ou sociais; e (VII) por solicitação da mulher. A Organização das Nações Unidas (ONU) classifica os países em duas categorias como base em suas constituições políticas: 1) os liberais; aqueles que aceitam a prática de abortamento por razões sociais e econômicas, ou por solicitação e 2) os restritivos, aqueles que não aceitam os critérios arrolados acima para a questão do abortamento (OMS, 2013; UNITED NATIONS, 2014). A maioria dos países em desenvolvimento permite o abortamento apenas quando esse oferece risco a gestante, sendo que 40% das mulheres vivem em países com políticas restritivas (BERNABÉ-ORTIZ ET AL., 2009).

É perceptível uma forte distribuição do aborto legalizado em países do hemisfério norte, por outro lado as graves consequências do aborto inseguro estão presentes, em sua maioria na porção sul, onde há maior concentração de países em desenvolvimento e restrições à prática segura do aborto em conformidade com os autores, (BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009), (OMS, 2011), (UNITED NATIONS, 2011; 2014), (LEAL, 2012) e (UNITED NATIONS, 2014). Conforme dados de 2013 (SHAH; AHMAN, 2010), (UNITED NATIONS, 2011), (OMS, 2013) e (UNITED NATIONS, 2014), 98% dos abortos inseguros foram realizados nos países classificados como em desenvolvimento, fator atrelado ao fato de somente 20% desses países permitirem a realização do aborto por razões sociais, ou econômicas e 16% a pedido da mulher, enquanto que em países desenvolvidos essas taxas correspondem, respectivamente, a 82% e 71%.

As políticas restritivas não reduzem a ocorrência de aborto, ao contrário, países que as aplicam apresentam índices elevados de abortamento inseguro. A limitação existente para interromper uma gravidez indesejada de maneira segura e legalizada, obviamente, incentiva certas

² Considera-se como mortalidade materna, os casos de óbitos femininos ocorridos durante a gestação, ou dentro do período de 42 dias após o término dela e, também, pode independer da duração, ou da localização da gravidez, bem como de causas acidentais, ou incidentais. A taxa de mortalidade materna é representada pelo número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (UNITED NATIONS, 2011, 2013).

gestantes a procurar meios clandestinos, inseguros e desumanizados como atestam (VAN DIJK ET AL., 2012), (CULWELL; HURWITZ, 2013) e (MARTINS-MELO ET AL., 2014). Esse aspecto e/ou fator é comprovado através da taxa de mortalidade materna, a qual, em 2013, foi em média três vezes maior em países que adotam políticas restritivas, sendo 223 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, enquanto que em países liberais, no mesmo ano, esse índice atingiu 77 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (DUARTE ET AL., 2010, UNITED NATIONS, 2014). A redução de 75% da mortalidade materna, entre 1990 e 2015, é um dos objetivos deste milênio, entretanto para alcançá-lo é fundamental tratar de questões como planejamento familiar, educação sexual, métodos contraceptivos e acesso ao abortamento seguro consonante com as prescrições de (SINGH, 2006), (JOHNSTON; GALLO; BENSON, 2007), (BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009), (VAN DIJK ET AL., 2012), (OMS, 2013), (FAÚNDES, 2014), (UNITED NATIONS, 2014) e (KOCH ET AL., 2015).

A OMS entende e defende a importância do abortamento seguro para salvar milhões de vidas, e por isso trabalha na elaboração de materiais de apoio, de maneira a oferecer subsídio, técnico no sentido de orientar a sociedade como um todo e as mulheres gestantes, mais especificamente, sobre formas adequadas e/ou apropriadas de realizar procedimentos de aborto. Esse trabalho não tem o intuito de discutir posições a favor, ou contra procedimentos de interrupção de gestação, conquanto ele parte do seguinte fato: o Brasil não possui legislação específica sobre o aborto, mas apresenta elevado percentual de mulheres que o induzem o abortamento de forma insegura. Dentro desse contexto, o abortamento inseguro no Brasil por conta da inexistência de uma legislação específica sobre essa questão, leva-se em conta a sua contribuição para complicações físico-psicológicas que podem levar, inclusive, ao óbito das gestantes que escolhem pelo aborto. Portanto, considera-se o aborto como uma questão de saúde pública e, com isso, o objetivo central desse estudo foi averiguar as dificuldades de acesso ao abortamento seguro no Brasil.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura (SAMPALIO; MANCINI, 2007) que utilizou a pergunta “Qual é o impacto das dificuldades de acesso ao aborto seguro na saúde das brasileiras?” como questão de pesquisa. Os estudos foram selecionados por meio de buscas nas bases eletrônicas do Scielo, Pubmed, Portal Capes e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os termos de busca aplicados pelas combinações dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “aborto inseguro e saúde pública”, “aborto induzido, saúde pública e mortalidade materna” “gastos em saúde e aborto” e suas respectivas traduções para a Língua Inglesa. Os resultados dessas pesquisas dos descritores supracitados são apresentados na Tabela 1:

TABELA 1 - Resultado das pesquisas nas bases eletrônicas

	Aborto Inseguro e Saúde Pública			Aborto Induzido, Saúde Pública e Mortalidade Materna			Gastos em Saúde e Aborto		
	Port	Ing	Total	Port	Ing	Total	Port	Ing	Total
Scielo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PubMed	0	668	668	0	1240	1240	0	81	81
Portal Capes	38	645	683	9	149	158	34	80	114
BVS	13	185	198	62	111	173	163	63	226
Total	51	1498	1549	71	1500	1571	197	224	421

FONTE: Construído pelos autores, com base na pesquisa realizada nas bases de dados.

No conjunto de estratégias de buscas foram encontrados 3.541 estudos, dos quais incluiu-se aqueles que apresentavam como foco o aborto induzido relacionado às questões de saúde pública. Tal procedimento metodológico deu-se através da leitura dos títulos e posteriormente dos resumos dos textos selecionados (artigos científicos), publicados no período de 1959 a 2015 e escritos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Foram excluídos os artigos científicos sobre aborto espontâneo e os que enfatizavam questões específicas de um determinado território, de uma dada cultura, ou de certas técnicas de aborto. Cabe destacar que entre os 3.541 artigos científicos investigados houve repetições do mesmo artigo dentro da mesma busca. Também, desses artigos, vários foram encontrados em mais de uma busca, portanto o número real de trabalhos foi inferior. Inicialmente, foram pré-selecionados 66 estudos como demonstra a Tabela 2.

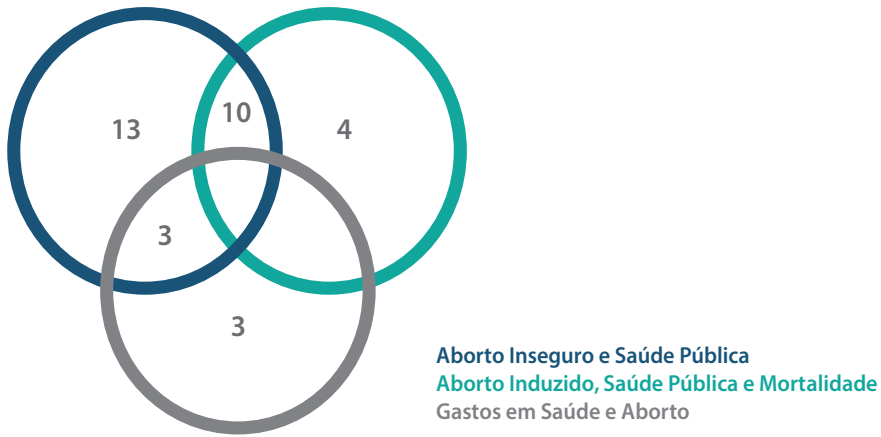
TABELA 2 - Artigos pré-selecionados

	Aborto Inseguro e Saúde Pública			Aborto Induzido, Saúde Pública e Mortalidade Materna			Gastos em Saúde e Aborto		
	Port	Ing	Total	Port	Ing	Total	Port	Ing	Total
PubMed	0	21	21	0	9	9	0	3	3
Portal Capes	2	7	9	2	3	5	0	1	1
BVS	1	10	11	0	2	2	4	1	5
Total	3	38	41	2	14	16	4	5	9

FONTE: Construído pelos autores, com base na pesquisa realizada nas bases de dados.

Após a exclusão dos artigos repetidos (selecionados em mais de uma busca), restaram 33 estudos para análise na íntegra. Esses (os 33 estudos) estão estratificados na Figura 1.

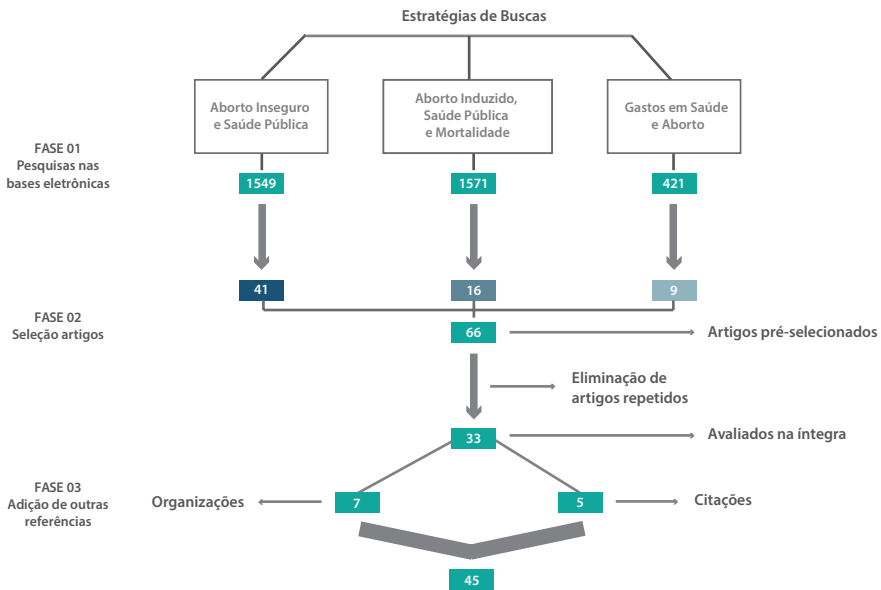
FIGURA 1 - ESTRATIFICAÇÃO DOS ARTIGOS CONFORME ESTRATÉGIAS DE BUSCAS



FONTE: Construído pelos autores, com base na pesquisa realizada nas bases de dados.

De forma complementar, foram acrescentadas 07 bibliografias de organizações relacionadas à Saúde e aos Direitos humanos (OMS, ONU, Ministério da Saúde e Instituto Guttmacher) e outros 05 estudos citados nos materiais selecionados. Na Figura 2, expõe-se a representação do método utilizado para a seleção de referências bibliográficas constituintes da pesquisa explicitada nesse trabalho.

FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO DO MÉTODO UTILIZADO.



FONTE: Construído pelos autores, com base na pesquisa realizada nas bases de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aborto induzido: uma visão global

O abortamento inseguro deve ser considerado um grave problema de saúde pública, que afeta milhões de mulheres a cada ano. Está fortemente vinculado à classe social e ao poder econômico da população, visto em maior escala nos países em desenvolvimento, onde a desigualdade social coloca a parcela mais pobre em situação de exclusão e marginalização, inclusive por outros determinantes sociais, como restrições de acesso a informação, educação e saúde (BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009, MS, 2011).

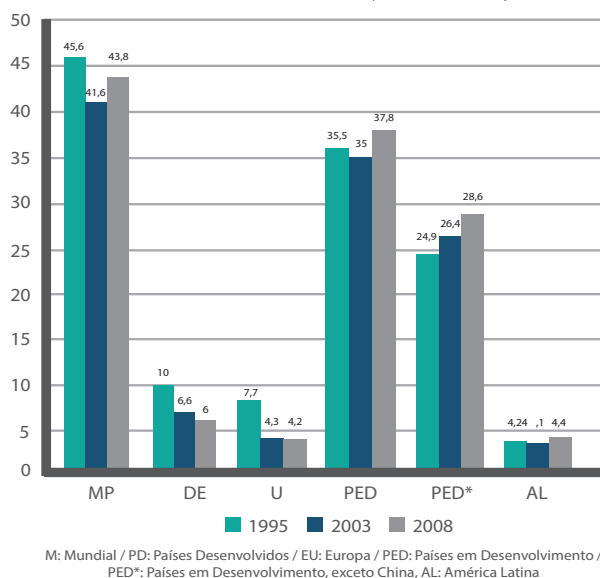
Existem recomendações e diretrizes de diversas organizações ligadas a direitos humanos e à saúde pública, como a ONU e a OMS, indicando medidas governamentais para reduzir o abortamento inseguro por meio da sua legalização e das ofertas de serviços. Tais medidas visam evitar danos físicos e psíquicos a mulheres e às suas famílias, bem como tentam prevenir a mortalidade materna associada ao aborto (LIMA, 2000, BENSON ET AL., 2012, VASQUEZ ET AL., 2012, OMS, 2013). As políticas públicas e as leis atinentes à questão do aborto devem, sob a ótica de HENDERSON et al. (2013), objetivar a proteção da saúde das mulheres e, para tanto, precisam eliminar barreiras regulatórias e governamentais que dificultam o acesso ao abortamento seguro.

A tendência de mortalidade materna relacionada ao abortamento inseguro sofreu leve queda nas últimas décadas. Em 1990, eram 69 mil mortes por ano; em 1997 e em 2000, foram 58 mil mortes, enquanto foram 56 mil em 2003 e 47 mil em 2008. Essa redução é atribuída à introdução de novos contraceptivos, os quais diminuíram os casos de gravidez indesejada, e também, é remetida ao aborto seguro (AHMAN; SHAH, 2011). Há evidências (FAÚNDES; RAO; BRIOZZO, 2009, SHAH; AHMAN, 2010, SANTANA ET AL., 2012, CULWELL; HURWITZ, 2013, HENDERSON ET AL., 2013) de que a introdução do fármaco misoprostol no mercado reduziu o risco do aborto induzido por substituir métodos perfurantes ou cáusticos, reduzindo a ocorrência de complicações e, consequentemente, da mortalidade materna. No entanto, a utilização do misoprostol sem qualquer orientação de um profissional médico, portanto continua sendo caracterizado como um método inseguro (LIMA, 2000), (OMS, 2009) (GROSSMAN ET AL., 2010).

O número absoluto de óbitos maternos sofreu retração, mas o percentual atribuído ao aborto inseguro mantém-se mundialmente em 13% e na América Latina atinge os 17% (GRIMES ET AL., 2006, FAWCUS, 2008, AHMAN; SHAH, 2011, MARTINS-MELO ET AL., 2014). A quantidade de abortamentos inseguros, em termos mundiais, cresceu de 19,7 milhões em 2003 para cerca de 21,6 milhões em 2008. Desses percentuais, 18,5 milhões (85,6%) são em países em desenvolvimento e esse aumento deve-se, principalmente, pela elevação do número de mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 44 anos), visto que a taxa global manteve-se a mesma (SHAH; AHMAN, 2010, UNITED NATIONS, 2011, SHRIVASTAVA; SHRIVASTAVA; RAMASAMY, 2014).

Dados do Instituto Guttmacher, organização sediada em Washington (EUA), apontam com veemência que a legalização do aborto não é um incentivo a sua realização, pelo contrário, contribui para a sua queda. O número de abortos induzidos em 1995 era de 45,6 milhões e passou a 43,8 milhões em 2008, o que corrobora com a questão da legalização do aborto. Os dados detalhados dessa distribuição percentual de abortos podem ser visualizados na Figura 3 (SEDGH ET AL., 2007, INSTITUTE, 2008, BERNABÉ-ORTIZ ET AL., 2009, OMS, 2011).

FIGURA 3 - NÚMERO DE ABORTOS INDUZIDOS EM 1995, 2003 E 2008 (EM MILHÕES)



FONTE: CONSTRUÍDA PELOS AUTORES, COM BASE EM SEDGH ET AL. (2007), INSTITUTE (2008), BERNABÉ-ORTIZ ET AL. (2009) E MS (2011).

A maior queda de abortos induzidos nesse período (de 1995 a 2008) ocorreu nos países desenvolvidos (40%), em especial no continente Europeu, que chegou aos 45,4%, comprovando que a legalização do abortamento não contribuiu para o aumento do aborto. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento com predomínio de legislações restritivas houve aumento de 6,48% de abortos induzidos. Desse grupo, verifica-se uma expressiva contribuição da China, uma vez que é um país com rigoroso controle de natalidade e com legislação liberal. Ao eliminá-la (China) do grupo PED, a elevação do número de induções abortivas é de 14,86%. Na América Latina, o aumento de abortos ficou em 4,76%. Baseando-se nesses dados estatísticos, pode-se concluir que o contexto de legislação restritiva não tem contribuído para reduzir os casos de aborto, indo ao encontro dos dados apresentados por: (INSTITUTE, 2008), (BERNABÉ-ORTIZ ET AL., 2009), (OMS, 2011) e (LEAL, 2012).

Na América Latina, existem algumas exceções quanto à questão do abortamento, como em países como Uruguai, Cuba, Guiana e Porto Rico, onde o aborto é permitido por solicitação (DUARTE ET AL., 2010, UNITED NATIONS, 2014). Antes da legalização do aborto, o Uruguai enfrentava

uma situação preocupante, visto que, no período entre 1991 e 2001, as mortes maternas atribuídas ao abortamento atingiram um percentual de 28,7%. Apesar das restrições legais do e no Uruguai, em 2004, foi implantada uma estratégia (em forma de projeto de saúde pública) para a redução de riscos associados ao abortamento no principal hospital público uruguaio: consultas médicas para informar as mulheres gestantes sobre a realização do aborto. Em casos de interrupção da gestação, as mulheres poderiam retornar à consulta pós-aborto para efetuar um exame clínico de modo a verificar possíveis ocorrências de complicações decorrentes do abortamento e de maneira a obter métodos de contracepção (como medida preventiva contra uma próxima gravidez indesejada).

No período de execução do projeto mencionado acima, nenhuma morte materna foi relacionada ao aborto induzido, enquanto que, em anos anteriores, a média desse tipo de falecimento era de 4 mortes ao ano (havendo um caso por infecção). Entre 2001 e 2003 foram registrados 10 casos/ano de morte materna por infecção segundo (BRIOZZO ET AL., 2006) e (FIOL ET AL., 2012).

Naquele momento, a estratégia foi eficiente na minimização de danos resultantes do aborto inseguro, transpondo a barreira de legislações restritivas quanto ao abortamento. O modelo adotado preconiza que os profissionais de saúde têm o dever de fornecer aconselhamento e cuidados apropriados às mulheres, mesmo que essas tenham intuito de realizar, ou tenham realizado um aborto. A repercussão e a importância desse trabalho foram grandes o suficiente para que, em 2009, a OMS financiasse a ampliação dessa estratégia, com enfoque na cidade de Rivera. A experiência uruguaia demonstra que o fato de tornar o abortamento seguro e acessível reduz o risco de comprometimento à saúde e à vida das mulheres que abortam por opção. Além disso, esse programa é de baixo custo aos governos e pode ser implementado independentemente da existência de legislações coibitivas quanto ao aborto (FAÚNDES; RAO; BRIOZZO, 2009).

Alguns países com legislações liberais apresentam barreiras legais, reguladoras e logísticas que deveriam ser eliminadas, pois apesar do aborto ser legalizado, existe a falta de acesso ao aborto seguro, o que aumenta a frequência de abortos realizados de modo inseguro. Exemplos dessas situações, de acordo com (GRIMES, 2003), (UNITED NATIONS, 2011), (CULWELL E HURWITZ, 2013) e (OMS, 2013), são as exigências para liberação do abortamento (limites de idade gestacional, período obrigatório de espera, consentimento de pais, ou de cônjuge, autorização de terceiros), a falta de profissionais treinados e dispostos a realizar abortos, os altos custos, as instalações médicas específicas e aconselhamento, entre outros.

Os Estados Unidos é um exemplo de país com legislação liberal, mas com restrição de acesso ao aborto, pois a maioria dos planos de saúde dessa união federativa não custeia o abortamento e o Medicaid³ não disponibiliza esse serviço. Apenas em dezessete estados dos EUA, o aborto é fornecido pelo governo para pessoas de baixa renda, sendo pago por fundos de origem estadual. Dessa forma, as mulheres norte-

³ Medicaid é um programa de saúde social dos Estados Unidos e é direcionado

-americanas enfrentam medo do estigma e encaram as dificuldades financeiras para abortar de forma segura, o que gera autoindução abortiva. Em 2009, um aborto, no primeiro trimestre de gestação, chegava a custar US\$ 470 nos Estados Unidos (GROSSMAN ET AL., 2010, JONES; UPADHYAY; WEITZ, 2013).

para famílias e para indivíduos de baixa renda e com recursos financeiros limitados.

Situação do/no Brasil

No Brasil, assim como em outras partes do mundo, o aborto não é legalizado, porém ele ocorre intensamente de maneira insegura, caracterizando-se como um importante problema de saúde pública. A prática do aborto possui ampla distribuição geográfica no país, com ocorrências em, quase todos os seus municípios, sendo as maiores concentrações no Norte, no Nordeste e no Sudeste como releva (AQUINO ET AL., 2012), (BENSON ET AL., 2012), (DINIZ, 2012), (SANTANA ET AL., 2012) e (MARTINS-MELO ET AL., 2014).

Entre 1996 e 2012, foram registradas, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)⁴, 4.007.327 internações em decorrência de abortos no Brasil (média anual de 235.725 casos) de acordo com (DINIZ; MEDEIROS, 2010) e (MARTINS-MELO ET AL., 2014). No entanto, esses dados são referentes ao período no qual o misoprostol estava disponível no país, e, acredita-se que, devido a esse fato, houve redução das complicações pós-abortivas e, conseqüentemente, da necessidade de internações, de forma que esses valores estatísticos podem ser subestimados (MARTINS-MELO ET AL., 2014).

⁴ SIH/SUS é uma plataforma on-line descentralizada de captação e registro dos atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS.

O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940; DUARTE ET AL., 2010) permite o aborto para salvar a vida da mulher gestante, ou quando a gestação resultar de estupro. Além dessas duas situações previstas pelo CPB, o Poder Judiciário brasileiro assente o aborto em casos de anencefalia (MARTINS-MELO ET AL., 2014). Entretanto, existem outros casos não compatíveis com a vida extrauterina, em que há necessidade de ação judicial, a qual demanda tempo (o que leva a mulher a recorrer a aborto clandestino) e pode ser negada, inclusive tendo por base a opinião dos magistrados que analisam as ajuízações (COSTA ET AL., 2006, MS, 2011, UNITED NATIONS, 2013).

Em levantamento publicado, em 2009, pelo Ministério da Saúde, os pesquisadores compilaram os principais resultados de 20 anos de pesquisas sobre a temática do aborto no Brasil. O reflexo da desigualdade é perceptível ao avaliar que o predomínio do aborto está para as mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com filhos, usuárias de contraceptivos e que fazem uso de misoprostol para abortar, ou seja, em brasileiras jovens que têm família, trabalhadoras com pouco estudo, religiosas que tentaram evitar a gravidez indesejada e que precisaram recorrer ao abortamento inseguro por falta de opção (MS, 2009). A decisão de realizar o aborto é uma opção responsável (FAWCUS, 2008) para essas mulheres que não possuem condições de lidar financeiramente com a situação de ter outro filho. A

ilegalidade do aborto é vista como um dos fatores que desencadeia consequências negativas à saúde das brasileiras, que pouco coíbe a prática do abortamento e que contribui para a desigualdade social.

No Brasil, mulheres pertencentes a faixas opostas da pirâmide social passam por trajetórias distintas diante de uma gravidez indesejada, apesar de estarem sob as mesmas questões éticas, morais e legais. A minoria delas, mulheres com condições socioeconômicas melhores, arcam com os custos de um abortamento rápido e seguro, enquanto as demais expõem-se aos riscos do aborto inseguro e por isso são as grandes vítimas de mortalidade materna (MS, 2009, 2011, CULWELL; HURWITZ, 2013).

Diante de inúmeras dificuldades na aplicação de estudos nessa área, o Brasil executou a Pesquisa Nacional de Aborto, em 2010, quando pesquisadores estimaram que, ao completar 40 anos de idade, mais de uma em cada cinco mulheres já havia abortado, principalmente por meio de método farmacológico (DINIZ; MEDEIROS, 2010). Corroborando com esses dados, no inquérito nacional de áreas urbanas, realizado no mesmo ano, averiguou-se que 22% das mulheres com idades entre 35 e 39 anos declaravam já ter provocado aborto (GRIMES ET AL., 2006, SINGH, 2006, AQUINO ET AL., 2012).

Um ponto bastante interessante do ponto de vista das inter-relações entre aborto legal e aborto ilegal no Brasil, levantado por (LIMA, 2000), (DINIZ E MEDEIROS, 2010), (LEAL, 2012) e (MARTINS-MELO ET AL., 2014), é a alta frequência de abortamento em uma sociedade predominantemente contrária à prática. O nível de aceitação do aborto, geralmente, é maior entre profissionais da saúde do que na população em geral, provavelmente pelo primeiro grupo conhecer os reais impactos que o aborto oferece à saúde e à vida das mulheres (VASQUEZ ET AL., 2012). Porém o julgamento moral dos profissionais constitui uma das sérias barreiras de acesso ao aborto no país, assim como o são as dificuldades estabelecidas pelos serviços escassos no sistema público de saúde (LEAL, 2012).

Complicações/consequências do aborto

O abortamento inseguro expõe mulheres a riscos que podem originar sequelas físicas e mentais, ou até o óbito. As principais complicações físicas que podem ocorrer de imediato são hemorragias, infecções, traumatismos e/ou perfurações de órgãos, ulcerações do colo, ou da vagina, salpingite, algias pélvicas, transtornos menstruais, complicações obstétricas e infertilidade (GRIMES, 2003, FAWCUS, 2008, LEVIN ET AL., 2009, AHMAN; SHAH, 2011, MS, 2011, SANTANA ET AL., 2012, OMS, 2013). O agravamento de tais complicações está relacionado ao quadro clínico decorrente do aborto e às dificuldades de acesso a cuidados médicos, como, por exemplo, em casos em que há demora de atendimento adequado por conta do receio da própria paciente em procurar ajuda, ou, ainda, por conta de limitações de acesso aos serviços de saúde (SANTANA ET AL., 2012). Aproximadamente, um quarto das mulheres que realizaram procedimentos abortivos de forma insegura desenvolve algum tipo de dano temporário e/ou permanente (MS, 2011, OMS, 2013).

Quanto ao aspecto mental, essas mulheres ficam em condição de vulnerabilidade em razão de um contexto de culpa e de penalização do aborto. Devido a criminalização que o Estado e que a sociedade civil colocam sobre o fato de abortar, as mulheres ficam expostas ao julgamento próprio, ao de familiares e ao de pessoas próximas. Mesmo com complicações físicas, muitas não procuram serviços de saúde por falta de condições financeiras e, principalmente, por temerem as represálias (de familiares e de profissionais de saúde, sobretudo), e inclusive por terem medo de serem denunciadas à polícia (MS, 2009, SHAH; AHMAN, 2010, MS, 2011). Os profissionais da saúde têm direito a sua liberdade de pensamento, de consciência e de valores desde que esses não ofereçam riscos e prejuízos aos direitos humanos de qualquer paciente, inclusive os de mulheres que realizaram abortamento ilegal e inseguro.

Apesar de não serem aceitos, continuam frequentes os relatos de comportamentos punitivos, preconceituosos, ou tendenciosos por parte de profissionais da saúde (FAÚNDES; RAO; BRIOZZO, 2009, MS, 2011, DINIZ; MEDEIROS, 2012, OMS, 2013). O Ministério da Saúde (MS, 2011) declara que a atenção humanizada às mulheres em abortamento é um direito das mesmas e atesta que tal cuidado é um dever de todos os profissionais da saúde, destacando os seguintes elementos essenciais do modelo de atendimento: acolhimento, orientação, atenção clínica ao abortamento e o planejamento reprodutivo pós-abortamento. Mas, de fato, isso não é efetivamente praticado, como comprovado por Aquino et al. (2012), ao avaliarem os atendimentos às mulheres após abortamento em hospitais públicos de três capitais nordestinas, nos quais diversos aspectos apresentam falhas. Dentre os casos de falhas graves, os autores supracitados descrevem casos de analgesia insatisfatória (causando sofrimento desnecessário), impessoalidade da atenção e até falta de informação dos procedimentos que seriam realizados.

Acesso ao abortamento seguro no Brasil

Os avanços tecnológicos permitem tratar o aborto como um procedimento simples e seguro, desde que seja realizado em condições adequadas, por profissionais preparados, seguindo critérios técnicos, reconhecidos cientificamente, e a partir da decisão informada da mulher (BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009, OMS, 2013). No entanto, existem muitos obstáculos para tornar o aborto um procedimento seguro no Brasil. O primeiro deles é a ilegalidade, que apenas contribui para direcionar as mulheres aos serviços clandestinos de abortamento. O segundo é cultural/religiosa, pois mesmo se fosse legalizado, por receio de serem julgadas, criticadas e rejeitadas, muitas mulheres continuariam abortando em ambientes ilegais. Acredita-se que esse segundo seja o maior entrave, o qual diz respeito a desmistificar o tabu do aborto, para que a sociedade aceite a prática e reduza os preconceitos com quem decide interromper a gestação (CULWELL E HURWITZ, 2013). E o terceiro é o acesso a serviços de saúde, porque grande parcela da população não tem como arcar

financeiramente com os procedimentos para um aborto e acaba ficando sujeita a demora no atendimento médico, ou às atitudes hostis dos profissionais da saúde (OMS, 2013), o que acarreta a necessidade de apoio socioeconômico (políticas públicas).

Apoiando-se nas constatações de (MS, 2011), (DINIZ; MENEZES, 2012) e (OMS, 2013), sustenta-se que a legalização do aborto não produz efeitos sobre a necessidade de realizá-lo, e além disso contribui para que seja feito de forma segura. As dificuldades de legalizar e de oferecer o abortamento seguro às mulheres consiste, eminentemente, em crenças sociais, culturais e religiosas que causam rejeição de parcela da população. Por envolver grandes massas populares, o assunto não é discutido como um problema de saúde pública, mas é visto como um instrumento ideológico em prol do forte interesse político, deixando de lado o interesse público. Fontes (2012) realizou levantamento e análise de notícias a respeito do aborto divulgadas na mídia durante o período eleitoral de 2010, no Brasil, sendo enfático ao destacar que a esfera da saúde pública foi excluída do debate. A perspectiva moral vinculada a princípios religiosos foi utilizada por candidatos para angariar votos, havendo preocupação dos políticos em não ter a imagem associada à postura favorável à ampliação da legislação sobre o aborto. O principal interesse era manter o eleitorado, ignorando a situação social que a ilegalidade do aborto causa à parcela mais vulnerável da população brasileira (DINIZ; MEDEIROS, 2012, FONTES, 2012).

Apesar de o Brasil ser um estado laico⁵, a pressão religiosa imposta pelas igrejas é forte o suficiente para a discussão sobre o aborto ser evitada. Os argumentos religiosos são apontados como principal empecilho para o avanço sobre a legislação brasileira concernente ao aborto, enquanto que a questão sociocultural (ao acesso à informação e a compreensão sobre o assunto) é fator decisivo para o sucesso na aplicação de qualquer política nessa área (a legislação sobre o aborto). Não basta legalizar e fornecer atendimento acessível e de qualidade às mulheres que decidem pelo aborto e que o fazem, pois acredita-se que, antes, precisa-se ainda conseguir “quebrar” o ciclo de não aceitação da população em relação a essa demanda. Eliminar esse impedimento sociocultural e religioso é importantíssimo para que futuras políticas públicas possam se tornar efetivas (BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009, DUARTE ET AL., 2010, MS, 2011, DINIZ; MEDEIROS, 2012, FONTES, 2012).

Ao transpor a barreira da ilegalidade do aborto, o Brasil poderá oferecer serviços seguros e públicos de saúde através do SUS e trabalhar a questão da confiança das pacientes na realização não culpabilizável do abortamento. Essa inserção do abortamento seguro na legislação brasileira e, por conseguinte no SUS, seria uma forma de garantir a equidade nesse aspecto, uma vez que proporcionaria a garantia de mesmos direitos a todas as mulheres que decidam pelo aborto, independente de suas classes sociais e de suas classes econômicas, além de reduzir os atendimentos (procedimentos abortivos) em condições inseguras (BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009).

⁵ A Constituição

Federal Brasileira de 1988 determina o seguinte sobre a laicidade do estado: “Art. 19. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles, ou seus representantes, relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público” (BRASIL, 1988).

Impacto econômico

A magnitude e o impacto global do aborto são alarmantes, estimativas (GRIMES ET AL., 2006), (JOHNSTON; GALLO; BENSON, 2007), (BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009), (LEVIN ET AL., 2009), (VLASSOFF ET AL., 2009) apontam que 20% a 50% das mulheres que se submetem ao abortamento inseguro precisam ser hospitalizadas por conta das complicações sofridas com esse tipo de procedimentos ilegais e inseguros. Consequentemente, esse fato reflete nos investimentos no campo da saúde, tendo em vista que essas complicações pós-aborto compõem metade dos gastos com internações obstétricas. Os gastos diretos do tratamento de complicações do abortamento inseguro são reduzidos na prática do abortamento seguro de acordo com (BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009) e (LEVIN ET AL., 2009).

A prática insegura do aborto, também, é onerosa de forma indireta, mundialmente atinge cerca de US\$ 930 milhões ao ano. A morbimortalidade da mulher contribui para a perda de produtividade, de infertilidade, de consequências sociopsicológicas, de disfunções crônicas e de desagregação familiar com significativas consequências negativas para os filhos, principalmente em um contexto como o brasileiro, no qual grande parte das mulheres que realizam abortos já são mães (GRIMES ET AL., 2006, BURSZTYN; TURA; CORREA, 2009, VLASSOFF ET AL., 2009).

É preciso considerar os efeitos que a falta de acesso ao aborto seguro ocasiona à prole já existente e a outros membros da família de mulheres que realizam o abortamento. Sendo o abortamento inseguro uma das principais causas de mortalidade materna, há enorme repercussão sobre essas crianças (a prole), que ao terem suas mães enfrentando o risco de um procedimento inadequado e perigoso, podem ser vítimas, mais uma vez, da desigualdade social (VLASSOFF ET AL., 2009). As taxas globais (GRIMES ET AL., 2006) estimam que, anualmente, 220 mil crianças perdem suas mães por mortes relacionadas ao aborto.

No Brasil, estimam-se cerca de 240 mil internações ocasionadas por complicações do abortamento inseguro, o que corresponde, no mínimo, a R\$ 45 milhões ao ano em gastos de saúde. No entanto, isso refere-se apenas aos custos de internações hospitalares decorrentes do aborto inseguro, sem considerar os gastos indiretos e as subnotificações.

A legalização do aborto e o acesso a métodos seguros de realizá-lo não geram aumento da demanda, ou não geram sobrecarga ao sistema de saúde, no sentido de que seu efeito é sobre a redução de casos clandestinos realizados de maneira insegura. Após a implantação de serviços de abortamento na rede pública, pode haver uma troca gradativa, aumento da demanda de aborto seguro concomitante à redução de gastos com complicações de aborto inseguro. Países que liberaram o aborto, como, por exemplo, Barbados, Canadá, África do Sul, Tunísia e Turquia, observaram redução de gastos públicos em saúde devido a menor utilização de recursos para tratar as complicações decorrentes do abortamento inseguro (GRIMES ET AL., 2006, OMS, 2013). Com a legalização do aborto, os

sistemas públicos de saúde podem definir formas estratégicas de investir financeiramente nessa questão, entre elas o planejamento familiar, a educação sexual e a fiscalização dos procedimentos abortivos (JOHNSTON; GALLO; BENSON, 2007, LEVIN ET AL., 2009, VLASSOFF ET AL., 2009).

Johnston et al. (2007) desenvolveram algumas ferramentas para considerar os custos empregados no tratamento das complicações pós-aborto a partir do seu status legal e do tipo de serviço oferecido, configurando os seguintes cenários: (I) Legislação Restritiva e Serviços Convencionais; (II) Legislação Restritiva e Serviços Recomendados; (III) Legislação Liberal e Serviços Convencionais e (IV) Legislação Liberal e Serviços Recomendados. As legislações restritivas, com alteração da configuração de serviços convencionais para serviços recomendados, diminuíram o custo médio por caso em 44,4% (US\$ 45 para US\$ 25). Na mesma linha, nos cenários liberais, a redução foi de 82,4% quando se alterou o tipo de serviço ofertado de convencional para recomendado (US\$ 34 para US\$ 6). Portanto, verificaram-se menores custos nos serviços recomendados, todavia a redução foi ainda mais significativa quando o serviço recomendado estava sendo realizado em associação à legislação liberal.

No estudo realizado por Johnston et al. (2007), o Brasil pertenceria ao cenário de Legislação Restritiva e Serviços Convencionais, ou seja, o de maior custo. A simulação divulgada pelo estudo em tópico demonstra que a ampliação da legislação abortiva já poderia reduzir, aproximadamente, 24,4% dos investimentos (US\$ 45 para US\$ 34) em saúde pós-aborto, e se fosse associada à prestação de serviços conforme o tipo recomendado, poderia repercutir em cerca de 86,7% de economia (US\$ 45 para US\$ 6) de acordo com Johnston; Gallo e Benson (2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do objetivo principal desse trabalho ser abordar os impactos que as restrições de acesso ao aborto seguro causam às mulheres brasileiras, constatou-se a insuficiência de estudos nacionais reunidos sobre o assunto. Isso revela a necessidade de mais pesquisas sobre aborto no Brasil e, por si só, já evidencia mais umas das restrições impostas pelo tabu do tema. Tendo em vista essa dificuldade (poucas pesquisas nacionais sobre o aborto), utilizou-se, nesse trabalho, produção científica internacional de diversos contextos para demonstrar as variações e as diferenças de cenários relacionados ao aborto. Uma das vantagens que essa abordagem trouxe foi tornar perceptível o quanto a legislação brasileira precisa obter caráter liberal no tocante ao aborto, seguindo exemplos bem-sucedidos de outros países, os quais conseguiram reduzir os impactos do abortamento inseguro através da sua descriminalização e da sua ampliação de acesso.

Em países que estabelecem medidas restritivas quanto ao aborto, como é o caso do Brasil, os dados oficiais são imprecisos e divergentes, pois existem subnotificações de abortamentos induzidos que são declarados como espontâneos, ou que não são declarados (domésticos e

clandestinos). Em vista disso, os resultados do aborto inseguro, no Brasil, são superiores aos expostos pelas estatísticas em saúde e, desse modo, quaisquer estimativas a respeito dos impactos das restrições de acesso ao aborto seguro estarão “mascaradas” de alguma forma.

Outra limitação encontrada na elaboração desse trabalho foi quanto ao fato da utilização de diferentes procedimentos metodológicos utilizados pelas pesquisas consultadas, o que dificulta a comparação dos estudos e o que prejudica o estabelecimento de uma análise associada.

Não obstante, mesmo com algumas limitações, na revisão da literatura sobre o tema do aborto, fica notória que a ilegalidade desse não restringe a sua realização, pelo contrário, é justamente o que incentiva sua execução de forma insegura. Porém, considera-se que não é suficiente descriminalizá-lo, pois, anteriormente, é fundamental desmistificá-lo socioculturalmente e regularizá-lo legalmente, trazendo garantias e fiscalização do processo abortivo. Os profissionais e os gestores de saúde precisam refletir sobre o que é benéfico ao interesse público no que se refere ao aborto. Não cabe responder, ou idealizar se individualmente somos (nós, profissionais da saúde e nós, sujeitos socioculturais) a favor, ou contra a prática abortiva; ao invés disso, nossa postura deve considerar o aborto como uma questão de saúde pública, haja vista que o abortamento é responsável por altas taxas de morbimortalidade materna. Concomitantemente, a sociedade como um todo precisa entender que a legalização do aborto contribuirá para a saúde coletiva, sendo uma alternativa para evitar complicações e mortes associadas a essa prática.

Enquanto a situação legal mantém-se restritiva no Brasil e em outros países, requer-se encontrar alternativas para reduzir os danos causados pelo abortamento inseguro. A educação sexual, o planejamento familiar e, principalmente, a contracepção orientada das mulheres são estratégias para minimizar a ocorrência de gestações indesejadas e, consequentemente as complicações relacionados ao aborto.

REFERÊNCIAS

AHMAN, E.; SHAH, I. H. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 115, n. 2, p. 121-126, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21885049>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

AQUINO, E. M. et al. Quality of abortion care in the Unified Health System of Northeastern Brazil: what do women say?. **Cien Saude Colet**, [S. l], v. 17, n. 7, p. 1765-1776, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22872338>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BENSON, J. ET AL. Public hospital costs of treatment of abortion complications in Nigeria. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 118, n. 2, p. 134-140, set. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22920617>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BERNABÉ-ORTIZ, A. et al. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. **CMAJ**, [S. l], v. 180, n. 3, p. 298-304, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188628>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R.; CORREA, J. D. S. Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, [S. l], v. 19, n. 2, p. 475-487, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a13.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 21 jul. 2016.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: DF, 2009.

_____. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: DF, 2011.

BRIOZZO, L. ET AL. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 95, n. 2, p. 221-226, vol. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17010348>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

COSTA, L. ET AL. Interrupção da gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida: a vivência de mulheres brasileiras. **Questões de Saúde de Reprodutiva**, [S. l], v. 1, n. 1, p. 92-100, 2006. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/t4s9t>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CULWELL, K. R.; HURWITZ, M. Addressing barriers to safe abortion. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 121, n. 1, p. 16-19, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23477700>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Abortion in Brazil: a household survey using the ballot box technique. **Cien Saude Colet**, [S. l], v. 15, n.1, p. 959-966, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20640252>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

DINIZ, D.; MENEZES, G. Itineraries and methods of illegal abortion in five Brazilian state capitals. **Cien Saude Colet**, [S. l], v. 17, n. 7, p. 1671-1681, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22872325>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. ---. Abortion: women's health. **Cien Saude Colet**, [S. l], v. 17, n. 7, p. 1668-1669, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23035332>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

DINIZ, S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reprod Health Matters**, [S. l], v. 20, n. 39, p. 125-132, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789090>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

DUARTE, G. A. et al. Brazilian abortion law: the opinion of judges and prosecutors. **Rev Saude Publica**, [S. l], v. 44, n. 3, p. 406-420, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20464265>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

FAÚNDES, A. A professional duty to contribute toward preventing unsafe abortion and its consequences. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 126, n. 1, p. 1-2, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24929441>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

FAÚNDES, A.; RAO, K.; BRIOZZO, L. Right to protection from unsafe abortion and postabortion care. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 106, n. 2, p. 164-167, ago.2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19539932>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

FAWCUS, S. R. Maternal mortality and unsafe abortion. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, [S. l], v. 22, n. 3, p. 533-548, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18249585>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

FIOL, V. ET AL. Improving care of women at risk of unsafe abortion: implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 118, n.1, p. 21-27, set. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22840266>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

FONTES, M. L. The stance of abortion in the Brazilian printed media ahead of the 2010 presidential elections: the exclusion of public health from the debate. **Cien Saude Colet**, [S. l], v. 17, n. 7, p. 1805-1812, jul. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22872342>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

GRIMES, D. A. Unsafe abortion: the silent scourge. **Br Med Bull**, [S. l], v. 67, p. 99-113, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14711757>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

GRIMES, D. A. ET AL. Unsafe abortion: the preventable pandemic. **Lancet**, [S. l], v. 368, n. 9550, p. 1908-1919, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17126724>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

GROSSMAN, D. ET AL. Self-induction of abortion among women in the United States. **Reprod Health Matters**, [S. l], v. 18, n. 36, p. 136-146, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21111358>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

HENDERSON, J. T. ET AL. Effects of abortion legalization in Nepal, 2001-2010. **PLoS One**, [S. l], v. 8, n. 5, p. 64775, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23741391>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

INSTITUTE GUTTMACHER, T. A. G. **Facts on Induced Abortion Worldwide**. New York, 2008.

JOHNSTON, H. B.; GALLO, M. F.; BENSON, J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. **J Fam Plann Reprod Health Care**, [S. l], v. 33, n. 4, p. 250-257, out. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17925105>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

JONES, R. K.; UPADHYAY, U. D.; WEITZ, T. A. At What Cost? Payment for Abortion Care by **U.S. Women**. **Women's Health Issues**, [S. l], v. 13, n. 3, p. 173-178, mar. 2013. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/j.whi.2013.03.001.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

KOCH, E. ET AL. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. **BMJ Open**, [S. l], v. 5, n. 2, p. 6013, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25712817>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

LEAL, O. F. Those of you who have never had an abortion, raise your hand! Rethinking ethnographic data on the dissemination of abortion practices among low-income populations in Brazil. **Cien Saude Colet**, [S. l], v. 17, n. 7, p. 1689-1697, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22872330>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

LEVIN, C. ET AL. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. **Reprod Health Matters**, [S. l], v. 17, n. 33, p. 120-132, mai. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19523589>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

LIMA, B. G. Abortion-related mortality in Brazil: decrease in spatial inequality. **Rev Panam Salud Publica**, [S. l], v. 7, n. 3, p. 168-172, mar. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10808750>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

MARTINS-MELO, F. R. ET AL. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Revista Saúde Pública**. v. 48, n. 3, p. 508-520, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000300508&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. Genebra, Suíça: WHO, 2013.

SAMPAIO, R.; MANCINI, M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista brasileira Fisioter**. v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SANTANA, D. S. ET AL. Severe maternal morbidity due to abortion prospectively identified in a surveillance network in Brazil. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 119, n. 1, p. 44-48, out. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22819315>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SEDGH, G. ET AL. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. **Lancet**, [S. l], v. 370, n. 9595, p. 1338-1345, out. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17933648>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SHAH, I.; AHMAN, E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. **Reprod Health Matters**, [S. l], v. 18, n. 36, p. 90-101, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21111353>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SHRIVASTAVA, S. R.; SHRIVASTAVA, P. S.; RAMASAMY, J. Unsafe abortion: a cruel way of birth control. **Afr Health Sci**, [S. l], v. 14, n. 2, p. 487-488, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25320603>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SINGH, S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. **Lancet**, [S. l], v. 368, n. 9550, p. 1887-1892, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17126721>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

UNITED NATIONS. **World Abortion Policies 2011**. New York, USA: United Nations, 2011.

_____. **World Abortion Policies 2013**. New York, USA: United Nations, 2013.

_____. **Abortion Policies and Reproductive Health around the World**. New York, USA: United Nations, 2014.

VAN DIJK, M. G. et al. Stories behind the statistics: a review of abortion-related deaths from 2005 to 2007 in Mexico City. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 118, n. 2, p. 87-91, set. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22920627>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

VASQUEZ, D. N. ET AL. Critical care providers opinion on unsafe abortion in Argentina. **Int J Gynaecol Obstet**, [S. l], v. 116, n. 3, p. 249-252, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22261131>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

VLASSOFF, M. ET AL. Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America. **Int Perspect Sex Reprod Health**, [S. l], v. 35, n. 3, p. 114-121, set. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19805016>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ATENÇÃO FARMACÊUTICA: CONTRIBUIÇÕES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS

Mariana Frosi: Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: marinafrosi@hotmail.com

Isabel Cristina Pacheco van der Sand: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Docente adjunta do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, adscrita ao Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: isabelvan@gmail.com

Marinês Tambara Leite: Doutora em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Docente adjunta do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, adscrita ao Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

Leila Mariza Hildebrandt: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Docente adjunta do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, adscrita ao Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: leilahildebrandt@yahoo.com.br

Fernanda Beheregaray Cabral: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Docente adjunta do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, adscrita ao Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: cabralfernandab@gmail.com

Adriana Dorneles Carpes: Doutora em Química pela Universidade Federal de Santa Maria. Farmacêutica no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil. E-mail: carpes.ad@gmail.com

RESUMO

O trabalho tem como objetivo delinear perspectivas de ações e/ou intervenções relativas à atenção farmacêutica para pessoas idosas a partir da análise da produção científica brasileira sobre essa temática, publicada entre 1998 e 2014. O método utilizado foi a revisão integrativa, cuja busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, mediante as palavras, ou os termos “idosos, tratamento, adesão”. A amostra obtida é composta por vinte e cinco publicações. Entre os resultados a abordagem quantitativa predominou nas obras analisadas. A adesão, ou não ao tratamento constituiu-se no foco dos objetivos propostos em dezenove artigos e seis investigações relacionaram-se ao conhecimento de idosos acerca da terapêutica. A despeito do foco na adesão, ou não de idosos à terapia medicamentosa, percebeu-se que as estratégias pró-adesão utilizadas nos serviços de saúde ainda são ineficientes. Assim, concluímos que embora a Política Nacional de Medicamentos garanta o acesso ao medicamento e à atenção farmacêutica ao idoso, notou-se que, em muitos municípios

brasileiros, essa garantia pública ainda não passa de retórica (está no plano do discurso e não da ação).

Palavras-chave: Idoso; Medicamento; Assistência Farmacêutica.

INTRODUÇÃO

Dentre os 190.755.199 brasileiros contabilizados pelo último censo demográfico (IBGE, 2013), 20.590.599 são idosos, ou seja, são pessoas que têm 60 anos, ou mais de idade, o que corresponde a, aproximadamente, 10,8 % da população total. O crescente envelhecimento da população brasileira concorre para o incremento de problemas sociais, os quais estão associados aos impactos provocados pelo aumento da expectativa de vida, o que impõe a necessidade de planejamento em diferentes campos, dentre os quais, no da saúde. Isso porque os idosos necessitam de mais atenção dos serviços assistenciais, tanto sociais como de saúde, para que possam envelhecer com mais disposição física e mental e que desfrutem de condições dignas de vida (GOUVEIA, 2012).

As alterações na dinâmica populacional são claras, inequívocas e irreversíveis, pois desde os anos de 1940, tem-se observado taxas mais altas de crescimento no segmento da população constituída por idosos. Entre 1980 e 2005, o aumento desse estrato populacional foi de 126,3%, ao passo que o da população total foi de 55,3%. Nesse mesmo intervalo de tempo, o grupo de indivíduos com 80 anos, ou mais de idade cresceu a um ritmo relativamente maior do que a população idosa total, apresentando um desenvolvimento de 246,0%, o que representa uma transição demográfica acelerada. Essa parcela, nos primeiros dez anos do século XXI, constituía-se de 2.935.585 pessoas, representando 14% da população idosa brasileira segundo Küchemann (2012) e IBGE (2013).

A população idosa é o contingente populacional que mais necessita e que mais consome medicamentos, os quais, em razão de alterações fisiológicas associadas à idade, devem ser usados com maior cuidado. Considera-se, por isso, ser imprescindível a adoção de medidas estratégicas para garantir o acesso e o uso racional desse importante recurso terapêutico (BALDONI; PEREIRA, 2011). Desde essa perspectiva, o aconselhamento, acerca do uso racional de medicamentos, apresenta-se como prática relevante para a população em geral e, pelo que foi já exposto, em especial para o idoso. Isso porque a resposta à intervenção farmacoterapêutica modifica-se com a idade, determinando características farmacocinéticas e farmacodinâmicas próprias do envelhecimento, as quais aumentam o risco de reações adversas e de complicações devido ao uso de medicamentos.

Somado a isso, cabe lembrar que, frequentemente, a pessoa idosa pode requerer múltiplas terapias que, muitas vezes, incluem o uso concomitante de vários medicamentos. Ela pode, também, apresentar um nível de dependência que gera impacto na dinâmica familiar. Além disso, a literatura salienta que, com o aumento da idade, há tendência a não adesão aos tratamentos (VIEIRA; CASSIANI, 2014).

Afora os impactos em âmbito individual e privado, o envelhecimento populacional tem consequências para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, apresentam também um caráter coletivo. Em razão do já mencionado envelhecimento da população brasileira, há um aumento dos atendimentos a portadores de agravos crônicos degenerativos, sendo aqueles complexos e onerosos, pois perduram por anos e porque exigem exames médicos periódicos e cuidados constantes de acordo com Veras (2007). A título de exemplo, menciona-se um estudo sobre a questão delineada acima - relação entre envelhecimento e atendimento - (BALDONI; PEREIRA, 2010), no qual foi verificada uma média de 3,4 morbidades (autodeclaradas), variando de um a onze problemas de saúde por participante, sendo que as mais prevalentes foram doenças crônicas, em especial a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, que demandam monitoramento e tratamento contínuo.

Nesse contexto, destaca-se o direito constitucional de todos os cidadãos brasileiros à saúde e o dever do Estado na sua garantia, mediante a implementação de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988). Nessa lógica, resalta-se, também, a Lei n.º 8.080/90, que, ao regulamentar o SUS, estabelece, por meio do artigo 6º, como campo de atuação desse sistema, a formulação da política de medicamentos de interesse para a saúde (BRASIL, 1990).

A partir dessas diretrizes (as duas leis supracitadas), como resposta aos direitos de cidadania e, em certa medida, às demandas do envelhecimento populacional brasileiro, em 1998 foi criada a Portaria n.º 3.916 (BRASIL, 1998), que aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) como parte essencial da Política Nacional de Saúde. Essa política constituiu-se como um dos elementos fundamentais para a implementação de ações promotoras da melhoria das condições da assistência à saúde da população brasileira, incluindo-se os idosos.

A PNM tem como objetivos garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, bem como promover seu uso racional e possibilitar o acesso da população àqueles considerados essenciais. Para o alcance desses objetivos, a PNM apresenta algumas normativas (BRASIL, 2007), das quais são prioritárias a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos.

Nesse sentido, cabe mencionar que a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) refere-se a um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e o seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e de matérias-primas, assim como a sua seleção, a sua programação, a sua aquisição, a sua distribuição, a sua dispensação, a garantia da qualidade dos produtos e dos serviços, o acompanhamento e a avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A Atenção Farmacêutica (BRASIL, 2004), por sua vez, diz respeito a um modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Constitui-se de atitudes, de valores éticos, de comportamentos, de habilidades, de compromissos e corresponsabilidades voltados à prevenção de agravos, de promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário dos medicamentos, visando uma farmacoterapia racional e tencionando a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida da população. Essa interação, também, deve envolver as concepções dos sujeitos relativas à farmacoterapia, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

A integralidade, como um princípio fundamental do SUS, visa a garantia ao cidadão do direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, em todos os níveis de complexidade, o que inclui ações relativas à prevenção de agravos e à promoção da saúde. Compreende uma abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e de intervenções sobre os sujeitos, os quais, devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. Ela supõe, portanto, um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas (BRASIL, 2008).

Dessa forma, em uma Atenção Farmacêutica que se ancora nessa concepção de integralidade do sujeito, o foco da interação do profissional farmacêutico não é o medicamento, mas sim a pessoa e seus conjuntos sociais, considerando-se a multidimensionalidade de sua vida – aspectos sociais, psíquicos, culturais e biológicos.

Percebe-se que esse arcabouço jurídico e os paradigmas que o fundamentam vão ao encontro, pelo menos em tese, dos propósitos básicos das Portarias nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, e nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que respectivamente, definem a Política de Saúde do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006). Essa percepção justifica-se pelo fato de que ambas objetivam: a) a promoção do envelhecimento saudável; b) a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; c) a prevenção de agravos de saúde decorrentes da idade; d) a recuperação da saúde dos que adoecem e e) a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo, de forma independente, suas funções na sociedade. Os avanços representados pela descentralização da gestão das ações da assistência farmacêutica, a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais e a estruturação dessa assistência nos municípios são inegáveis, contudo, as dificuldades do contexto brasileiro relacionadas à assistência farmacêutica persistem. Tais dificuldades referem-se, sobretudo, segundo Oliveira; Assis; Bardoni (2010), ao predomínio de baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais, à dispensação de

medicamentos por trabalhadores sem qualificação, ao armazenamento dos medicamentos em condições inadequadas, o que compromete sua qualidade, à prescrição de medicamentos que não pertencem à RENAME e a problemas relacionados ao acesso dos usuários de medicamentos à farmacoterapia.

Diante dessa realidade, especificamente no que se refere ao uso das terapias medicamentosas e ao impacto do envelhecimento populacional sobre a dinâmica das famílias, percebe-se que são necessárias estratégias que possibilitem apoio às famílias de idosos e que diminuam os riscos de efeitos colaterais, ou adversos dessas terapias. Esse agrupamento de impasses que atinge a população idosa associado às questões relacionadas à Atenção Farmacêutica representa desafios para os profissionais do campo da saúde, em especial para aqueles que se dedicam à gestão de organizações públicas em saúde.

Por conseguinte, o presente estudo buscou dar resposta à seguinte pergunta de pesquisa: como a Política Nacional de Medicamentos e como a Atenção Farmacêutica podem contribuir na promoção da saúde da população idosa no Brasil? Para dar resposta a esse objeto, o objetivo geral delineado para esse estudo foi: delinear perspectivas de ações e/ou intervenções relativas à Atenção Farmacêutica para pessoas idosas a partir da análise de um recorte da produção científica brasileira sobre essa temática, publicada entre 1998 e 2014.

Os objetivos específicos foram: conhecer a produção científica brasileira publicada no período de 1998 a 2014, sobre o uso de terapias medicamentosas, ou não por parte de pessoas idosas; conhecer os fatores que interferem na adesão, ou não de pessoas idosas a terapias medicamentosas, ou não; explorar as contribuições da Política Nacional de Medicamentos e da Atenção Farmacêutica na promoção à saúde de pessoas idosas, apontando estratégias/ações para o enfrentamento dos desafios prevalentes apontados pela literatura científica estudada.

METODOLOGIA

Esse é um estudo exploratório-descritivo desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa. Para explorar as possíveis contribuições da PNM e da Atenção Farmacêutica na promoção da saúde da população idosa no Brasil, entendeu-se que seria necessário conhecer o que a literatura científica da área em questão traz sobre o uso de terapias medicamentosas, ou não, bem como compreendeu-se que seria fulcral investigar os fatores que interferem na adesão de pessoas idosas a essas terapias. Assim, à luz da literatura científica sobre características do uso de terapias medicamentosas, ou não em pessoas idosas, notadamente acerca da adesão a essas terapias, buscou-se articular, na discussão dos resultados desse estudo, as possíveis contribuições da PNM e da Atenção Farmacêutica. Entendeu-se, também, que a subutilização é uma das formas de não adesão e, então investigações sob esse escopo foram incluídas nesse estudo.

Para isso foi desenvolvida uma revisão bibliográfica, caracterizada como a fase exploratória do presente estudo. Frente aos resultados dessa fase, as autoras debruçaram-se mais uma vez sobre os documentos oficiais para dar conta do objetivo geral desse estudo, ou seja, para articular os principais resultados dos artigos científicos analisados na fase de revisão bibliográfica com possíveis contribuições da PNM e da Atenção Farmacêutica na promoção à saúde da população idosa brasileira.

Dentre os diversos tipos de revisão bibliográfica, há a integrativa, cujas etapas e formas de desenvolvimento variam segundo distintos autores. Entretanto, de acordo com a literatura especializada, “o processo segue basicamente cinco etapas: 1) formulação do problema, 2) coleta de dados ou definições sobre a busca da literatura, 3) avaliação dos dados, 4) análise dos dados e 5) apresentação e interpretação dos resultados” (CROSSETI, 2012, P. 8-9).

O relatório de uma revisão integrativa tem como foco os resultados e as conseqüentes conclusões, ambos oriundos da análise e da discussão das informações extraídas das publicações analisadas, tendo os objetivos e a questão norteadora do estudo como itinerários orientacionais (CROSSETI, 2012).

A amostra do presente estudo, que compõe seu corpus analítico, foi obtida a partir da busca realizada em 02 de outubro de 2015 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), apoiada nas seguintes palavras, ou termos “idoso, tratamento, adesão”, as quais foram articuladas pelo operador Booleano “AND”.

Na primeira etapa da busca, levantaram-se 10.530 publicações, sendo que desse total, apenas 5.794 estavam disponíveis na íntegra na BVS. Assim, considerando o tema e o objeto do estudo, foram utilizados os filtros que constam no Quadro 1, com a respectiva quantidade de publicações obtidas a partir do uso de cada um deles. Resultaram, dessa filtragem, 90 publicações.

Quadro 1 - Filtros utilizados a partir da primeira busca, com os respectivos resultados

Filtros utilizados na seleção das publicações	Número de publicações
Assuntos principais da publicação: adesão à medicação, cooperação do paciente, hipertensão, diabetes mellitus, AVC, infarto do miocárdio, farmacêutico, paciente desistente do tratamento, medicamento sob prescrição, prescrição de medicamentos, assistência farmacêutica, recusa do paciente ao tratamento	3.035
Formato de artigo	144
País de afiliação do artigo – Brasil	99
Limite – idoso	90

Idioma – Português	90
Recorte temporal – de 1998 a 2014	90
TOTAL DE PUBLICAÇÕES RESULTANTES	90

Fonte: Autores deste manuscrito

Em um segundo momento, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão para selecionar, dentre as 90 publicações resultantes da filtragem, os artigos científicos que comporiam o corpus analítico do estudo: 1) constar no portal da BVS o título do artigo em Português, contendo, pelo menos, uma das seguintes expressões “adesão ao tratamento, não adesão ao tratamento, barreiras, ou obstáculos ao tratamento, subutilização de medicamentos, farmacoterapia, idoso; 2) conter, em seu resumo, ideias sugestivas de que, entre a população estudada, existiam pessoas idosas e existia a presença da temática em estudo e 3) ser artigo original, ou seja, tratar-se de pesquisa. Como critério de exclusão definiu-se: tratar-se de pesquisa do tipo bibliográfica (revisão de literatura).

O recorte temporal da pesquisa foi delimitado, a começar, pela criação da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, a qual aprova a Política Nacional de Medicamentos, até o ano de 2014. Considerando-se esses critérios, por meio da análise dos títulos e dos resumos das 90 publicações já mencionadas, verificou-se a existência de 28 artigos. Desses, três estavam repetidos na listagem da BVS. Por isso, 25 publicações passaram a compor o corpus amostral dessa revisão bibliográfica. A listagem dessas publicações encontra-se no Quadro 2 desse capítulo. Cada uma delas corresponde a um código alfanumérico (A1, A2... A25). Na seção de apresentação e de discussão dos resultados de pesquisa, na menção às publicações analisadas, é utilizado esse mesmo código. Quando houver menção a dois, ou a mais artigos sequenciais, a simbologia será A1-2, ou A3-5, por exemplo, representando os artigos 1 e 2 e os artigos 3 a 5, respectivamente.

Quadro 2 - Lista das publicações que compõem o corpus amostral da revisão bibliográfica

A1	Ferreira RA; Barreto SM; Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(4): 815-826.
A2	Raymundo AC; Pierin AM. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2014; 48(5): 811-9.
A3	Tavares NUL; Bertoldi AD; Thume E; Facchini LA; Franca GVA, Mengue SS. Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. Rev. Saúde Pública. 2013; 47(6): 1092-1101.
A4	Schmitt Júnior, Antônio A; Lindner S; Helena ETS. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. Rev. Assoc. Med. Bras. 2013; 59(6): 614-621.

A5	Giroto E; Andrade SM; Cabrera MAS; Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> . 2013;18(6): 1763-1772.
A6	Marchi KC; Chagas MHN; Tumas V; Miasso AI; Crippa JAS; Tirapelli CR. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> . 2013; 18(3): 855-862.
A7	Ben AJ; Neumann CR; Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. <i>Rev. Saúde Pública</i> . 2012; 46(2): 279-289.
A8	Bastos-Barbosa RG; Ferriolli E; Moriguti JC; Nogueira CB; Nobre F; Ueta J; Lima NKC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. <i>Arq. Bras. Cardiol</i> . 2012; 99(1): 636-641.
A9	Guedes MVC; Araujo TL; Lopes MVO; Silva LF; Freitas MC; Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. <i>Rev. Bras. Enferm</i> . 2011; 64(6): 1038-1042.
A10	Pontieri FM; Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> . 2010; 15(1): 151-160.
A11	Luz TCB; Loyola Filho AI; Lima-Costa MF. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte; Minas Gerais; Brasil. <i>Cad. Saúde Pública</i> . 2009; 25(7): 1578-1586.
A12	Dosse C; Cesarino C; Martin JFV; Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. <i>Rev. Lat. Am. Enfermagem</i> . 2009; 17(2): 201-206.
A13	Marin MJ; Cecílio LC; Perez AE; Santella F; Silva CB; Gonçalves Filho JR; Roceti LC. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. <i>Cad. Saúde Pública</i> . 2008; 24(7): 1545-55
A14	Bloch KV; Melo AN; Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. <i>Cad. Saúde Pública</i> . 2008; 24(12): 2979-2984.
A15	Seidl EM; Melchiades A; Farias V; Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. <i>Cad. Saúde Pública</i> . 2007; 23(10): 2305-16.
A16	Dourado CS; Macêdo-Costa, KNF; Oliveira JS; Leadebal ODCP; Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, estado da Paraíba. <i>Acta sci., Health sci</i> . 2011; 33(1): 9-17.
A17	Camargo LA; Capitão CG; Filipe EMV. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/AIDS. <i>Psico USF</i> . 2014; 19(2): 221-232.
A18	Saraiva KRO; Santos ZMSA; Landim FLP; Lima HP; Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. <i>Texto & Contexto Enferm</i> . 2007; 16(1): 63-70.
A19	Nerbass FB; Morais JG; Santos RG; Krüger TS; Koene TT; Luz Filho HA. J Bras Nefrol. Adesão e conhecimento sobre o tratamento da hiperfosfatemia de pacientes hiperfosfatêmicos em hemodiálise. 2010; 32(2): 149-155.

A20	Vieira LB; Cassiani HB. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. Rev. Bras. Cardiol. (Impr.). 2014; 27(3): 195-202.
A21	Oliveira, DC; Santos MVR; Gomes VR; Sarinho FW; Novaes M. Prevalência de adesão a fármacos anti-hipertensivos: registro de mundo real. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd. 2013; 11(3).
A22	Santos, MCB; Gandolfi L. Aderência de pacientes ambulatoriais ao tratamento com estatinas. Rev. Bras. Cardiol. (Impr.). 2013; 26(5): 347-355.
A23	Pena BC; Xavier TVH; Pimentel MGG; Campos MC; Câmara AMCS; Diniz LM. Perfil dos pacientes diabéticos do tipo 2, insulino-necessitantes, receptores de kits para monitoração glicêmica e tratamento, vinculados a um Centro de Saúde de Belo Horizonte. Rev. Méd. Minas Gerais. 2012; 22(4).
A24	Cavalari E; Nogueira MS; Fava SMCL; Cesarino CB; Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. Rev. Enferm. UERJ. 2012; 20(1): 67-72.
A25	Pucci N; Pereira MR; Vinholes DB; Pucci P; Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. Rev. Bras. Cardiol. (Impr.). 2012; 25(4): 322-329.

Fonte: Autores deste manuscrito

Para a coleta das informações nos artigos científicos selecionados, utilizou-se um instrumento, criado pelas autoras dessa pesquisa, com as variáveis: título da obra, autor e titulação acadêmica, nome da revista, local de publicação, volume, número, mês, ano, página inicial e final, objetivos, tipo de pesquisa, população, abordagem metodológica, principais resultados, conclusões. Para essa coleta, foi realizada leitura na íntegra dos 25 artigos que compuseram a amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo em relevo estão sistematizados de forma a ressaltar as seguintes dimensões: a) conteúdo dos artigos quanto a seus objetivos, metodologia empregada e principais resultados alcançados; b) relação dos resultados e das contribuições desse conjunto de estudos com os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e com os/as da Atenção Farmacêutica, visando delinear perspectivas de intervenção, bem como pesquisas futuras, com vistas à promoção da saúde de pessoas idosas.

Assim, na análise do conjunto de publicações que compõe a amostra desse estudo, constata-se que a adesão, ou não ao tratamento, seja ele medicamentoso, ou não, constituiu-se no foco dos objetivos propostos nos artigos do corpora, em um total de 19 (A1-6, 8-10, 12-17, 20-22, 24).

O interesse por essa temática pode estar associado às noções filosóficas que sustentam as propostas da Atenção Farmacêutica, as quais almejam, entre as suas finalidades elementares, a promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2002). Fundando-se nessa interpretação, acredita-se que, em uma perspectiva dialógica

e integral das ações de saúde, os profissionais necessitam compreender as concepções de saúde/não saúde/cuidados dos usuários idosos. Por esse ângulo, suas ações e interações (dos profissionais de saúde com os usuários de medicamentos) devem ser orientadas pelo reconhecimento de que a pluralidade de contextos de vida, a diversidade, a transitoriedade e a multidimensionalidade de significados e subjetivações dos “modos de andar a vida” incidem nos processos de saúde/não saúde/cuidado como fenômenos sociais que transcendem o “sentir-se com saúde ou sem doenças” no sentido mais tradicional desses termos (CABRAL; VAN DER SAND, 2015).

“Modos de andar a vida”, segundo Cabral; Van der Sand (2015), refere-se a uma expressão formulada originalmente por Canguilhem¹, a qual alude à reconstrução dos sentidos da vida após o processo de adoecimento e à possibilidade dos sujeitos de empreender escolhas acerca de sua vida (tomadas de decisões). Assim, esses dois conceitos “saúde-não saúde-cuidado” e “modos de andar a vida” parecem ir ao encontro do ideário da Atenção Farmacêutica, permitindo a compreensão de que nem todos os idosos experienciam vivências, demandas, necessidades e problemas de saúde de modo similar. Isto justifica, pelo menos em parte, a produção de pesquisas cujos objetivos se voltem à adesão e a não adesão aos tratamentos terapêuticos, medicamentosos ou não.

Destaca-se que o artigo A1 trata, especificamente, da não utilização de medicamentos de uso contínuo por parte de idosos. A publicação A11 aborda a prevalência da baixa adesão de idosos ao tratamento, associando-a a determinantes financeiros, e a A12 refere-se à frequência em consultas médicas, o que, na concepção dos autores dessa publicação, influencia de algum modo na adesão ao tratamento desse contingente populacional.

Seis investigações têm seus objetivos voltados, de alguma forma, ao conhecimento dos idosos acerca da terapêutica porque são submetidos (A6, A10 A18, A19, A20 EA25), sendo que dois deles (A18 E A25) referem-se, também, ao conhecimento relativo às doenças que acometem os idosos e que um deles (A10) diz respeito às crenças sobre a terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. As demais publicações têm seus objetivos voltados a outros aspectos igualmente importantes para a Atenção Farmacêutica dirigida ao segmento populacional idoso, a exemplo de estudos que buscam traçar perfil sociodemográfico (A13, A22 E A24).

Conhecer o perfil dos usuários de um serviço de saúde caracteriza-se em pesquisa que pode servir como orientação para o domínio e/ou capacitação teórico-prática sobre as realidades locais (do serviço e dos usuários), contribuindo na redefinição de estratégias relativas à Atenção Farmacêutica, inclusive na busca de superação das fragilidades relativas à adesão, ou não aos tratamentos. A literatura indica que a caracterização de perfil epidemiológico se constitui em instrumento potente para a redefinição de políticas e de programas de saúde, de ma-

¹ CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

neira a buscar o aprimoramento de técnicas e a elaboração de medidas de promoção à saúde. Ela, destaca também que as diferentes áreas que se dedicam à saúde podem usufruir dos resultados desses estudos para a reorientação de seus processos de trabalho, bem como na otimização dos recursos financeiros e na reordenação das ações e dos serviços prestados (BENITO; LICHESKI, 2009; BEVILACQUA ET AL., 2011; JARDIM, IWAHASHI, PAULA, 2010).

Um desses estudos buscou validar a confiabilidade e o desempenho de instrumento para avaliação da adesão ao tratamento (A7). Outro, além de traçar o perfil sociodemográfico dos sujeitos do estudo, caracterizou as classes de medicamentos mais utilizados pelos idosos (A13). O conhecimento das classes de medicamentos utilizados pelos idosos, considerando-se a tendência de envelhecimento populacional, é de fundamental importância para a gestão dos serviços públicos de saúde, em especial no que se refere à padronização dos fármacos voltados às realidades locais, de forma a reduzir, inclusive, as desigualdades relativas ao acesso a essas drogas (MATTOS; COSTA; PEREIRA, 2013; BOING ET AL., 2013).

Por fim, dois estudos objetivaram, respectivamente, verificar a associação entre indicativos de transtornos mentais e percepção de suporte familiar entre pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) positivo (A17) e o impacto na distribuição de kits de glicemia (A23).

Vale mencionar que todos os estudos têm, em sua amostra, sujeitos idosos, sendo que, em nove deles, há exclusivamente idosos (A3, A4, A8, A11, A13, A16, A20, A22 e A25) e os demais incluem pessoas de outras faixas etárias. O grupo mais estudado foi o de hipertensos (A5, A7-9, A12, A14, A16, A20, A21, A24 e A25), seguido dos que possuem Diabetes mellitus (A10 e A23) e de pessoas com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (A15 e A17). A concentração de estudos associados à hipertensão e à diabetes mellitus justifica-se, segundo Schmidt et al. (2009), Francisco et al. (2010) e Freitas; Garcia (2012), porque ambas se constituem como problemas de saúde pública que são mais prevalentes em pessoas idosas. Dessa forma, os dados desses estudos sobreditos indicam a necessidade de mobilização dos gestores dos serviços públicos de atenção à saúde para capacitar, por meio de educação permanente, os profissionais, incluindo os farmacêuticos, no sentido de atender essa demanda de modo eficaz e resolutivo.

Para além de estratégias curativas, considera-se importante à articulação intersetorial com vistas à implementação de intervenções de promoção à saúde, agregando ações interdisciplinares em que educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, juntos ao segmento de idosos e seus familiares, articulem planos terapêuticos singulares, visando produzir saúde e reduzir os coeficientes de morbimortalidade por hipertensão e por diabetes mellitus. Nesse sentido, sinaliza-se para a importância do entendimento e da troca de saberes entre profissionais de distintas áreas, na perspectiva da superação da lógica, de intervenções fragmentadas.

Desse modo, buscam-se soluções compartilhadas com vistas à integralidade da assistência em saúde e à superação de fronteiras disciplinares (LOURENÇÃO; BENITO, 2010). Com isso, a interdisciplinaridade no cuidado vai sendo desenvolvida e gerenciada, o que colabora para o diálogo terapêutico, em especial se o idoso e sua família tiverem um espaço de escuta por parte da equipe. É determinante, ainda, considerar a experiência de saúde e de doença do usuário na decisão do tratamento, superando-se protocolos técnicos, o que, em parte, vai ao encontro das ideias de Cabral e Van der Sand (2015). Outrossim, Araújo, Paz e Moreira (2010, p. 565) destacam que “assumindo o diálogo terapêutico no cotidiano das Unidades de Saúde da Família, o fundamental permanecerá como ação do cuidado coletivo: a saúde, e não a doença”.

Em número menos expressivo, há estudos (dentro do corpus analisado) no tocante a indivíduos com doença de Parkinson (A6), hiperfosfatemia (A19), cardiopatia que usam estatinas (A22) e com cuidadores de pacientes hipertensos (A18). As demais publicações não têm um grupo específico, embora dentre os sujeitos estudados haja pessoas na faixa etária considerada como idosa (A1, A2, A3, A4, A11 E A13).

Chama atenção a predominância, quase absoluta, da abordagem quantitativa nas investigações analisadas; apenas um estudo é de natureza qualitativa (A10). Dentre os estudos quantitativos, prevalecem os do tipo transversal, os quais estão alocados em vinte e um artigos, sendo esses classificados pelos seus autores, ou que, pelas informações contidas no desenho metodológico, deduz-se que se trata desse tipo de investigação (A1-3, A5-9, A11-15, A17, A19-23 E A25).

A supremacia de estudos quantitativos pode indicar uma lacuna importante na produção de conhecimento relacionada à temática elementar dessa investigação. Isso porque as razões, ou as motivações pelas quais os sujeitos, incluindo os idosos, aderem, ou não às terapêuticas, bem como outros aspectos do envelhecimento, muitos dos quais se relacionam, inclusive, com as famílias e/ou com os cuidadores de idosos e com os “modos de andar a vida”, associam-se aos significados atribuídos ao processo saúde - não saúde - cuidado e ao próprio tratamento terapêutico, medicamentoso ou não. Assim, os fatores arrolados acima podem sublinhar que esses aspectos mantêm relação com elementos que demandam estudos que busquem a compreensão de sentidos e de significados, o que vai ao encontro dos propósitos de investigações com abordagem qualitativa. Entre esses propósitos, pode-se mencionar aqueles cujo objeto centra-se na essência dos indivíduos, na cultura dos sujeitos e/ou seus grupos sociais, e também nas determinações sociais e históricas, o que remete a estudos com ancoragem teórica fenomenológica, antropológica, ou marxista histórica dialética, por exemplo. Cabe destacar, também, a possibilidade de interfaces entre estudos de distintas abordagens (qualitativa e quantitativa), quando os primeiros, a exemplo de estudos de caso, ou estudos culturais, auxiliam na elaboração de instrumentos de coleta de dados desses últimos (DESLANDES; ASSIS, 2008).

Dentre os estudos da amostra investigada que realizaram levantamento sociodemográfico, houve maior prevalência de idosos do sexo feminino (A2-3, A5, A8-II, A13, A16, A18, A20-21 E A23-25) com baixa escolaridade (A3, A5, A6, A8-9, A13, A16, A18-20, E A24) e com baixa renda (A3-5, A9, A16, A18, A21 E A24), o que, talvez, tenha ocorrido em face de que boa parte das produções foi desenvolvida junto a instituições públicas de saúde que, comumente, atendem populações mais vulneráveis.

Entre os resultados que se referem à adesão, os mais encontrados foram referentes à baixa adesão (A3, A5, A6, A12, A16, A19, A20, A21, A22 e A24). Os principais motivos, repetindo-se em boa parte das investigações analisadas, foram: baixa frequência de realização de atividade física; polifarmácia; necessidade de compra dos medicamentos; não ter plano de saúde; possuir comorbidade (as principais relatadas foram hipertensão e diabetes); esquecer-se de tomar os medicamentos; os efeitos adversos dos medicamentos; não apresentar sintomas da doença; não tomar o medicamento na hora certa; interromper o tratamento medicamentoso; desconsiderar que o estado de saúde demanda adesão à terapia; tratamento contínuo; pacientes alcoolistas e fumantes; desmotivação.

Alguns estudos apontaram resultados positivos em relação à adesão medicamentosa (A5, A14, A15 E A25). Percebe-se que esses dados são encontrados no corpus que descreve idosos que são acompanhados “mais de perto”, ou seja, aqueles que fazem parte de algum grupo, como, por exemplo, o Hiperdia. E como consequência dessa adesão positiva foram elencadas nas publicações referenciadas acima: o recebimento de orientação quanto ao uso do medicamento e o conhecimento por parte do usuário acerca da indicação; a ingestão de dieta hipossódica, rica em frutas e verduras; o uso de poucas classes de medicamentos ao dia e em menos doses; a realização de mais consultas ao ano; a adesão ao tratamento medicamentoso apesar dos efeitos adversos; a facilidade ao acesso do medicamento,

O processo de adesão é fundamental para o sucesso do tratamento, seja ele medicamentoso ou não, pois influencia diretamente na qualidade de vida do usuário. Muitas vezes, esse processo não é bem compreendido pelos usuários por falta de orientação dos profissionais de saúde, principalmente porque alguns desses não têm conhecimento suficiente para realizar essa atividade. Então, é nesse momento que a Atenção Farmacêutica, em especial a Assistência Farmacêutica, poderá surtir efeito na adesão à terapêutica por parte de idosos, sendo mais eficaz se for implementada por meio de ações de equipe interdisciplinar, com cada profissional agregando o saber de seu núcleo de conhecimento, com vistas a motivar o usuário ao tratamento.

A Política Nacional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) preconiza, entre as suas diretrizes elementares, a participação das pessoas idosas em equipes sociais, em grupos de terceira idade, em atividades físicas, em conselhos de saúde locais e em conselhos comunitários e, em suma, em espaços onde possam ser ouvidos e em que possam apresentar suas de-

mandas e prioridades. A PNPI aconselha, ainda, a articulação de ações e a ampliação da integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde e os programas locais desenvolvidos para: 1) a difusão da atividade física e para o combate ao sedentarismo; 2) o provimento de informações e o estímulo de prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis e 3) o reconhecimento e a incorporação das crenças e dos modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, em franco diálogo intercultural, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis.

Considerando-se as publicações científicas analisadas nesse trabalho, verificou-se que as preocupações dos pesquisadores do material avaliado orientam-se pelas diretrizes que tem como foco a população idosa e a Atenção Farmacêutica, uma vez que muitas delas, de certa forma, são objeto de investigação do corpo amostral analisado. Cabe aos profissionais e aos gestores defini-las e colocá-las em prática para promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo mostram que os pesquisadores se preocupam com a adesão, ou não de idosos à terapia medicamentosa, porém boa parte das estratégias utilizadas nos serviços de saúde ainda se mostra ineficiente.

Embora a PNM garanta o acesso ao medicamento e à assistência farmacêutica ao idoso, os resultados dessa revisão bibliográfica indicam que, em muitos municípios brasileiros, essa garantia ainda está no plano do discurso e não da prática.

Em razão dessa inferência e buscando-se responder como a Política Nacional de Medicamentos e como a Atenção Farmacêutica podem contribuir na promoção da saúde da população idosa no Brasil, os dados da revisão, os quais serviram de subsídios à presente reflexão, sinalizam para a necessária articulação entre as diferentes políticas públicas com vistas à implementação de ações e de práticas de atenção à saúde aos idosos. Nessa perspectiva, na tentativa de produzir saúde e promover qualidade de vida às pessoas idosas e suas famílias, cabe aos gestores definirem estratégias que se coadunem com o ideário que sustenta tais políticas e que sejam alvo de constante avaliação por meio de pesquisas.

Dentre as possíveis estratégias, vê-se potência naquelas que se propõem compreender os “modos de andar a vida” de cada usuário e de seus grupos sociais. Nelas, há de se privilegiar a articulação de tecnologias de distintas densidades que se pautem, em especial, na interdisciplinaridade e no diálogo terapêutico e intercultural. Nessa lógica, os profissionais, de modo compartilhado e em corresponsabilidade com os usuários idosos e suas famílias, poderão articular ações e práticas que sejam aprazíveis, que possibilitem a convivência social e que busquem a manutenção, ou o resgate da autoestima, com vistas à produção de encontros integrais (valorização de identidades singulares como formação humana) entre

sujeitos que façam sentido para cada um e para todos, e, por consequência, contribua para o incremento da adesão aos diferentes tratamentos, entendidos como propostas que, em última instância, objetivam um envelhecimento digno e o mais saudável possível.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. L. DE; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 560-566, set. 2010. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/1505/1173>. Acesso em: 07 out. 2015.

BALDONI, A. O.; PEREIRA, L. R. L. **Estudos de utilização de medicamentos em idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde**. 2010. 43p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2010.

BALDONI, A. O.; PEREIRA, L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, (Araraquara/SP), v. 32, n.3, p. 313-321, jul./set. 2011. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/1505/1173>. Acesso em 13 abr. 2015.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, n. 62, v. 3, p. 447-450, mai./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

BEVILACQUA, M. C.; et al. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 252-259, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n3/04.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

BOING, A. C. ET AL. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/07.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS/Brasília** : CONASS, 2007.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** 2006. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/PoliticaPIIdosa2528.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

_____. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Série B, Textos Básicos de Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.** Brasília/DF: Conselho Nacional da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em 04 jun. 2015.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília/DF: Editora, ou órgão legislador, 1990.

_____. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 30 set. 2015.

CABRAL, F. B.; VAN DER SAND, I. C. P. Longitudinalidade do cuidado: desafio para a superação da medicalização e fragmentação do cuidado no pré-natal. In: MORAIS, S. C. R. V.; SOUZA, K. V.; DUARTE, E. D. (Orgs). **Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 6.** Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 9-28.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 8-9. jun. 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94920/000857666.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.195-222.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 175-184, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/18.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia dos Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n.1, p.7-19, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a02.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

GOUVEIA, L. A. G. Envelhecimento populacional no contexto da Saúde Pública. **Rev. Tempus Acta Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 4, p. 101-111, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1208>>. Acesso em: 06 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

JARDIM, I. S.; IWAHASHI, J. H.; PAULA, V. C. Estudo do perfil audiológico de indivíduos atendidos em um serviço de diagnóstico brasileiro. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 1, n. 14, p. 32-37, jan./mar. 2010.

KÜCHEMANN, B. A.; Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

LOURENÇÃO, D. C. A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.1, p. 91-97, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a15.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

MATTOS, G. O. G.; COSTA, A. M; PEREIRA, J. Gestão e Classificação ABC dos Medicamentos Padronizados pela Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, Florianópolis, v. 5, n., p. 55-78, s/d. 2013. Disponível em:<<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Anais-GSP-Volume-5-Artigo-3.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARDONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15; n.3, p. 3561-3567, mai. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a31.pdf>>. Acesso em 20 abr. 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida Brasil-2006. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n 2, p. 74-82, abr. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

VIEIRA, L. B.; CASSIANI, S. H. B. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. **Rev Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 195-202, mai./jun. 2014. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_181_Liliana_Vieira_Artigo_Original.pdf>. Acesso em 09 abr. 2015.

A DRENAGEM URBANA COMO FATOR DE PREVENÇÃO AOS AGRAVOS DE SAÚDE PÚBLICA: UMA REFLEXÃO COM BASE NA LEGISLAÇÃO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

Walter Dalla Rosa da Silva: Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: marinafrosi@hotmail.com

Eveline Dischkaln Stolz: Doutora em Ciências Farmacêuticas, Professora substituta na Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: evestolz@yahoo.com.br

Monique Prestes: Mestre em Ciências. Professor substituta na Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: moniprestes@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a importância da drenagem urbana de um município como fator de prevenção à saúde da população, abordando questões a respeito da atual estrutura institucional, da gestão, das medidas executadas, dos projetos a serem realizados, além dos elementos geográficos e dos orçamentos. A metodologia utilizada foi o relato de experiência baseado em artigos, livros e consulta a sites de órgãos públicos municipais. A análise foi realizada através de levantamento de dados recolhidos em materiais do Departamento de Esgotos Pluviais da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os resultados obtidos apontam a relação da drenagem urbana e saúde, mostra a necessidade de maior atenção e investimento nos trabalhos de vigilância em saúde no sentido de adoção de medidas que promovam a melhoria, ou a implantação de sistemas de drenagem urbana. Dessa forma, concluímos que é indispensável maior investimento, maior atenção e dedicação do poder público, de entidades privadas e da população como um todo nas questões ligadas à drenagem urbana como fator de prevenção aos agravos de saúde pública. As obras de drenagem precisam ser mais eficazes para diminuir impactos negativos na saúde da população. É preciso realizar uma revisão dos processos de drenagem urbana, criando projetos sustentáveis, assim como é capital elaborar um melhor planejamento no atendimento às populações em estado emergencial, garantindo a melhor atenção à saúde pública.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Saneamento urbano; Planejamento sanitário; Prevenção de doenças.

INTRODUÇÃO

O saneamento básico é essencial para o desenvolvimento das cidades. Conforme a Lei nº 11.445 (BRASIL, 2007), ele é caracterizado pelo conjunto de serviços, de infraestruturas e de instalações operacionais

de abastecimento de água potável, de esgotamento sanitário, de limpeza urbana e de manejo de resíduos sólidos, de drenagem e de manejo das águas pluviais urbanas. Outrossim, ele é um direito assegurado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988). Segundo Tucci (2008), as águas urbanas englobam o sistema de abastecimento de água e os esgotos sanitários, assim como a drenagem urbana e as inundações ribeirinhas. Envolve, também, a gestão dos sólidos totais, tendo como metas a saúde da população e a conservação ambiental.

Como afirma Montes (2008), existe, atualmente, no século XXI, um aumento expressivo do escoamento das águas das chuvas nas grandes cidades, por conta, sobretudo, da impermeabilidade do solo ocasionada pela urbanização:

[...] com a redução da área permeável, uma determinada bacia hidrográfica passa a ter um aumento expressivo do escoamento superficial das águas pluviais que se dão através das sarjetas das ruas, bocas de lobo, canalizações e galerias até serem lançadas em corpos hídricos. Todo este processo, quando não implantado e gerenciado de forma planejada e sustentável, acaba gerando vários problemas, tais como: enchentes, inundações, enxurradas e consequente contaminação dos rios, resultando em diversos impactos socioambientais (MONTES, 2008, p. 2).

De acordo com Marengo (2007), o Brasil é vulnerável às mudanças climáticas, como, por exemplo, a elevação da temperatura, e, na região sul do país, há um aumento sistemático das chuvas.

A posição geográfica de Porto Alegre¹ é uma aliada às enchentes e aos alagamentos. Conforme Tucci (2003), o ciclo hidrológico sofre fortes alterações nas áreas urbanas devido às alterações da superfície, à canalização do escoamento, ao aumento da poluição com a contaminação do ar, às novas superfícies urbanas e ao material sólido disposto pela população.

Diante dessa problemática, o referido trabalho tem por objetivo analisar a importância da drenagem urbana na cidade de Porto Alegre em termos de investigação daquela como fator de prevenção aos agravos de saúde da população.

MÉTODO

Esse estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelo autor desse trabalho no período de 2008 a 2011, no Departamento de Esgotos Pluviais (DEP) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Ele foi desenvolvido com pesquisa em livros e artigos, e com pesquisa eletrônica de consultas a documentos oficiais disponibilizados pelos órgãos públicos municipais de Porto Alegre em seus sites. Realizou-se um resgate, destacando dados do DEP, investigando elementos históricos e geográficos da cidade

¹ A cidade de Porto Alegre tem uma população estimada de 1.476.867 habitantes e está localizada no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, ocupando uma área de 496,68 km² (IBGE, 2015). É cercada pelo Rio Gravataí, pelo Lago Guaíba e pela Lagoa dos Patos, sendo formada por morros e por áreas planas baixas, contando com 27 arroios e seus braços. Nas suas regiões mais baixas, no mesmo nível das águas dos rios, encontra-se a área urbanizada. O

de Porto Alegre, a sua estrutura e a sua gestão de redes de drenagem urbana com base no Plano Diretor de Drenagem Urbana e no Plano Plurianual de Governo (2014-2017), a fim de identificar a correlação desses corpora com os agravos de saúde pública, como, por exemplo, doenças que poderiam ter sua ocorrência relacionada com a precariedade dos serviços de drenagem urbana.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obter um melhor sistema de drenagem urbana é o caminho para diminuir impactos e agravos na saúde da população. Os setores públicos devem ter eficiência nas suas administrações e a população precisa ter noção do seu papel proativo na fiscalização do processo de gestão comunitária desse tipo de serviço. Assim, em corresponsabilidade, a dimensão institucional da relação drenagem urbana e saúde pública é realizada pelo estado e pela sociedade civil, na medida em que ambos possam encontrar soluções para melhorar as condições de vida no ambiente urbano.

O atual sistema de drenagem urbana de Porto Alegre não permite um controle total de enchentes. Dessa forma, uma possível solução para tal problemática seria discutir a reformulação da legislação municipal (Plano Diretor Urbano) da cidade supracitada, para que haja ampliação do tema “serviço de drenagem urbana”. Isso poderia trazer valorosos subsídios positivos para a saúde, já que grandes alagamentos, e volumosas enchentes, engendram muitas doenças, as quais estão intimamente ligadas às falhas de gestão de serviços de drenagem urbana.

Outra solução executável seria estabelecer novas maneiras de fiscalização, de incentivo e de ampliação de linhas de créditos para entidades prestadoras de serviços de saneamento básico urbano, junto da participação da sociedade civil no processo de reestruturação.

Tais ações teriam força capaz de auxiliar em tomadas de decisão na gestão, colaborando para a elaboração de projetos.

O Departamento de Esgotos Pluviais

O DEP (Departamento de Esgotos Pluviais) é uma circunscrição setorial ligada à prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Na sua divisão administrativa, existe um comando principal alocado no Gabinete do Diretor, em que há uma Assessoria de Planejamento e Programação e uma Assessoria Comunitária, as quais funcionam em dependência. O órgão mencionado conta, também, com uma Unidade de Apoio Administrativo que tem como principais ramificações a Divisão de Obras e Projetos e a Divisão de Conservação, as quais absorvem o maior fluxo de demandas. Dentro da Divisão de Conservação estão as Zonas Sul, Leste, Norte e Centro, além da Seção de Fabricação de Pré-Moldados (PORTO ALEGRE, 2015).

desenvolvimento desordenado nessas áreas desencadeia problemas referentes à impermeabilização do solo, causando o desmatamento intensivo e, conseqüentemente, problemas na drenagem natural. Desde 1970, com o aumento da ocupação urbana, ampliaram-se as áreas impermeáveis e as áreas de obstrução das redes coletoras. Atualmente, o solo está mais exposto ao efeito das chuvas (PORTO ALEGRE, 2015).

Levantamento histórico pluvial em Porto Alegre

Porto Alegre é a única capital brasileira a contar com um órgão específico (DEP) para a conservação e o desenvolvimento de tecnologias de drenagem urbana. Esse é responsável, entre outras coisas, por fazer escoar as águas da chuva, a fim de evitar alagamentos na cidade. O DEP foi concebido em 1970 a partir do Grupo de Trabalhos Pluviais do Departamento Municipal de Água e Esgotos e da Secretaria Municipal de Obras e Viação (SMOV), sendo criado, oficialmente, em 17 de julho de 1973 (PORTO ALEGRE, 1973), com o intuito de planejar, construir e conservar as redes de drenagem urbana. O DEP somente começou a controlar totalmente o sistema de proteção contra as cheias em 1990. Nesse ano, o governo federal extinguiu o DNOS (Departamento Nacional de Obras e Saneamento), agente responsável pelo combate às inundações causadas pelo avanço das águas do Lago Guaíba até aquele momento. Desde então, o DEP passou a superintender, além da rede de esgoto pluvial, a situação dos arroios, dos diques de proteção contra as cheias (como, por exemplo, o Muro da Mauá) e das casas de bombas. Em 1973, o DEP supervisionava 510 quilômetros de rede de esgoto misto (esgoto pluvial e cloacal em uma só rede). Conforme Porto Alegre (2015), o DEP administra mais de 3.000 quilômetros de rede de esgoto misto, aproximadamente 75 mil pontos de captação, 70 quilômetros de canais e condutos forçados, dezenas de arroios e córregos, 68 quilômetros de diques de proteção, 19 casas de bombas e 2.647 metros de cortina de proteção (com 14 comportas totalmente novas e com acionamento hidráulico) contra inundações.

As cheias que ocorrem (quando há um excesso pluvial) no Lago Guaíba são decorrentes de vários fatores ambientais interrelacionados, principalmente por conta das chuvas intensas que ocorrem nas cabeceiras dos seus rios afluentes, combinado ao efeito de represamento resultante do vento sul. A enchente de 1941, a maior registrada em Porto Alegre, deixou 70 mil pessoas sem energia elétrica e sem água potável, alcançando a marca de 4,75 metros acima do nível do mar, com um tempo de recorrência de 370 anos. No entanto, outras grandes enchentes assolaram a capital gaúcha; as principais estão arroladas abaixo no Quadro 1:

Quadro 1 – Cronologia das maiores enchentes registradas nos últimos 200 anos em Porto Alegre

Ano da enchente	Cota (altura das águas em relação ao nível do mar)	Tempo de Recorrência (probabilidade, em anos, para que um evento ocorra novamente)
1824	Cota desconhecida	Sem registro
1833	Cota desconhecida	Sem registro
1873	Cota de 3,50 metros	38 anos
1914	Cota de 2,50 metros	5,5 anos

1928	Cota de 3,20 metros	19 anos
1936	Cota de 3,22 metros	20 anos
1941	Cota de 4,75 metros	370 anos
1967	Cota de 3,13 metros	18 anos
1973	Fortes chuvas causam preocupação com enchentes do Lago Guaíba	Sem registro
1983	Alerta e monitoramento contínuo da cota do Lago Guaíba que alcançou a marca de 2,32 metros	3,8 anos
2001	Houve alerta e monitoramento contínuo da cota do Lago Guaíba, que alcançou a marca de 2,40 metros	4,5 anos

Fonte: Porto Alegre, http://www2.portoalegre.rs.gov.br/dep/default.php?p_secao=65, DEP (2015).

Microdrenagem e macrodrenagem

Conforme o Plano Diretor de Drenagem Urbana – Manual de Drenagem Urbana de Porto Alegre (2005), a microdrenagem é definida pelo sistema de condutos pluviais no loteamento, ou na rede primária urbana. O dimensionamento das redes pluviais é baseado nos seguintes elementos: 1) subdivisão da área e do traçado; 2) determinação das vazões que afluem à rede de condutos; 3) dimensionamento da rede de condutos; e 4) aumento das medidas de controle. Já a macrodrenagem envolve bacias geralmente com área superior a 2 km², em que o escoamento é composto pela drenagem de áreas urbanizadas e não urbanizadas. O planejamento da drenagem urbana na macrodrenagem abrange a definição de cenários, de medidas de planejamento do controle de macrodrenagem e de estudos de alternativas de projeto.

Serviços: conservação, limpeza, dragagem e fiscalização

Os serviços do DEP, como, por exemplo, os de limpeza e de reconstruções, os de desobstrução de redes pluviais, os de higienização de valas, de arroios e de galerias, e os de dragagem de arroios são solicitados por meio de ligação para o número de telefone 156, o qual é o centralizador dos pedidos e/ou dos requerimentos realizados pelos contribuintes. A manutenção corretiva atende os serviços de reconstrução de redes, a qual corresponde aos préstimos de repavimentação. O hidro jateamento desobstrui as redes pluviais (PORTO ALEGRE, 2015).

Porto Alegre tem cerca de 75.000 pontos entre bocas de lobo e poços de visita. A recuperação intensiva de bocas de lobo atende, ao longo do ano,

em torno de 30 mil por empresa contratada e 40 mil por equipes do DEP. A dragagem perfaz uma extensão de 60 km nos arroios da cidade. A proteção das regiões inundáveis é feita pela formação de pôlderes (terreno baixo alagável protegido por diques), que são protegidos por diques, por comportas e por casas de bombas. O sistema abrange uma extensão de 68 km de diques, de 19 casas de bombas (83 bombas), de um muro de concreto armado e de comportas em uma proporção de 2.647 metros. O DEP mantém um contrato de Serviços de Operação e outro de Manutenção das Casas de Bombas. A operação é feita por empresa contratada, enquanto que a seção de fabricação de artefatos de concreto confecciona diversos tipos de materiais e de implementos para a manutenção do sistema de drenagem (PORTO ALEGRE, 2005).

Proteção contra cheias

Porto Alegre está protegida contra inundações por um sistema de diques e de comportas. Ao mesmo tempo, possui mais de 3.000 km de redes, de canais, de valos e de arroios. No entanto, para que as águas pluviais consigam entrar nos rios, é necessário um sistema de bombeamento. As Casas de Bombas são capazes de movimentar 159.000 litros por segundo. Todo esse complexo evita o retorno das águas para as redes e impede o transbordamento de canais, especialmente em dias de chuvas intensas. Por exemplo, a Casa de Bombas 10, localizada na margem direita do Arroio Sarandi – Zona Norte, teve sua capacidade de vazão, que era de 7.500 litros por segundo, aumentada para 9.000 litros por segundo. Essa Casa, ainda, recebeu uma nova subestação de energia, novas chaves de partida para os motores e uma reforma em suas instalações (PORTO ALEGRE, 2015).

As bacias de amortecimento:

O princípio central do plano de drenagem é intitulado “controle na fonte”, o qual representa um conjunto de medidas aplicadas dentro de uma bacia hidrográfica urbana que promova a eliminação dos alagamentos. Pelo descrito no site oficial do DEP, dentre essas medidas destaca-se o uso de bacias de amortecimento, ou contenção para o controle das águas na macrodrenagem. As bacias de amortecimento, ou contenção são utilizadas desde a década de 1970 em países desenvolvidos, como, por exemplo, os Estados Unidos, o Japão e a França, e têm se mostrado como uma eficiente forma de suprimir os alagamentos frequentes em grandes centros urbanos, sendo inseridas em espaços em que não existem áreas para detenção em locais altamente urbanizados. Sua concepção geral baseia-se na construção de um reservatório para o armazenamento temporário das águas das chuvas (que escoam via telhados, pátios, ruas, calçadas e redes pluviais), liberando o acúmulo pluvial de forma gradativa, garantindo, assim, que o sistema de macrodrenagem local conduza eficientemente os picos das enxurradas (PORTO ALEGRE, 2015).

O Muro da Mauá:

O Muro da Mauá trata-se de um sistema de proteção contra cheias, situado às margens do Lago Guaíba e responsável por proteger bens públicos da área central de Porto Alegre, como, por exemplo, o prédio da Prefeitura Municipal, o prédio dos Correios e Telégrafos, a Secretaria da Fazenda do Estado e o Museu de Arte do Rio Grande do Sul. Sem o Muro da Mauá, que representa 4% da extensão dos diques de proteção, em caso de enchente, as águas que chegam pelos afluentes retornariam ao Lago Guaíba pelo vão deixado pelo Muro, inundando a região central da cidade (PORTO ALEGRE, 2015).

O arroio que corta a cidade: Arroio Dilúvio

O Arroio Dilúvio tem sua nascente no bairro Lomba do Pinheiro, Zona Leste da cidade de Porto Alegre, na Represa chamada Lomba do Sabão, recebendo vários afluentes. Sua microbacia tem cerca de 80 km², dos quais 19% estão localizados no município de Viamão, e apresenta extensão canalizada de 12 km. Esse importante córrego da cidade recebe, anualmente, 50.000 metros cúbicos de terra e de lixo, incorporando, ainda, o esgoto cloacal de três bairros, e, por isso, necessita de limpeza e de dragagem periódicas. O trabalho de limpeza e de dragagem do Arroio Dilúvio está a cargo do DEP desde 1980. A obra que mudou o traçado do manancial iniciou em 1940, e demorou mais de 20 anos para ser concluída (PORTO ALEGRE, 2015).

Plano Diretor de Drenagem Urbana

Em 1999, o DEP elaborou o Plano Diretor de Drenagem Urbana, visando prescrever diretrizes técnicas e ambientais para a abordagem dos problemas de drenagem da cidade de Porto Alegre. A premissa básica desse plano é a não transferência dos efeitos da urbanização para a bacia hidrográfica. Conforme o Plano Diretor de Drenagem Urbana (PORTO ALEGRE, 2005), os princípios de controle de enchentes que precisam ser adotados consideram que não se deve transferir para jusante (fluxo normal da água, de um ponto mais alto para um ponto mais baixo) o aumento de vazão das águas em função da urbanização. Deve-se, ao contrário, recuperar a infiltração natural da bacia hidrográfica, que, por sua vez, tem de ser o domínio físico de avaliação dos impactos causados por empreendimentos, já que a água não respeita limites políticos.

Uma visão maior de avaliação (em termos de domínio físico) deve contemplar futuras ocupações urbanas e deve considerar áreas ribeirinhas no sentido de que elas somente poderão ser habitadas a partir de um zoneamento que equacione potencialidades de prováveis enchentes. As medidas de controle devem ser, preferencialmente, não estruturais. Ainda, para a construção de padrões de controle e de desenvolvimento sustentável no e do ambiente urbano, é necessário que, nesse plano diretor, se tratem de assuntos, como, por exemplo, a otimização de um local, o planejamento da drenagem urbana em etapas, vazões e

volumes máximos, a utilização de reservatórios para amortecimento de cheias, medidas para melhorar a qualidade da água e regulamentações pertinentes. Todos esses itens elencados acima devem ser elaborados e aperfeiçoados em consonância com os seguintes objetivos secundários: recreação pública, limpeza, proteção pública e recarga subterrânea.

Na construção do Plano Diretor de Drenagem Urbana do qual tratamos, foram analisadas três das 27 bacias hidrográficas da cidade de Porto Alegre. Os sistemas de macrodrenagem dessas bacias foram simulados, permitindo a detecção dos pontos críticos de alagamentos. Ainda foi analisado todo o sistema de proteção contra enchentes da cidade, tendo sido simulado o funcionamento das suas Casas de Bombas. As soluções propostas tiveram como base o amortecimento das vazões de pico, através da implantação de reservatórios de retenção. Como produto final, foi produzido um manual de drenagem contendo diretrizes a serem empregadas em projetos de drenagem urbana no município em questão (PORTO ALEGRE, 2005).

Plano Plurianual 2014 – 2017

Esse plano foi elaborado de acordo com as prioridades promulgadas pelo Orçamento Participativo, pelas disposições do § 1º do Art. 165 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), pelo Art. 116 da Lei Orgânica do Município de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 1990), e pela Lei Complementar Federal nº 101 (BRASIL, 2000), as quais estabelecem normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal. O Plano Plurianual estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública municipal para as despesas de capital e para outras despesas correntes.

O Plano Plurianual é uma ferramenta orçamentária em que se viabiliza o planejamento estratégico da administração pública municipal a médio e longo prazo. Ele estrutura-se sob Programas Estratégicos estabelecidos no Modelo de Gestão criado pela Prefeitura municipal de Porto Alegre em 2005, que tem como objetivo a melhoria contínua da eficiência, da qualidade e da continuidade dos serviços prestados aos porto-alegrenses. O Plano Plurianual foi apreciado pelo Legislativo Municipal e cumpre, além das previsões legais da elaboração da peça, o papel de ser um registro histórico sobre um momento de grandes transformações pelo qual passa Porto Alegre. Com avanços na gestão, progressos significativos têm acontecido na forma de aplicar recursos financeiros, a partir de treze Programas Estratégicos e por meio de ampliação da transparência e da participação popular. Como resultado desses progressos, a cidade de Porto Alegre tem modernizando-se, construindo importantes obras para a qualidade de vida da população e para o seu desenvolvimento econômico. No Modelo de Gestão (2005) exposto, estava previsto para o DEP:

Ampliar para 200.000 metros cúbicos o serviço de dragagem.

Concluir a elaboração dos Anteprojetos de Regime Diferenciado de Contratação do Plano de Aceleração do Crescimento do Governo Federal/Prevenção.

Cumprir 83% dos Projetos Executivos da Bacia Hidrográfica do Arroio Manecão e do Arroio Guabiroba.

Concluir o dique e o canal do trecho Icaraí/Diário de Notícias.

Ampliar em mais 2.500 metros a rede de drenagem.

Investimentos nas áreas mais sensíveis

A cidade de Porto Alegre é uma referência quanto a democracia participativa. Ao resgatar demandas do Plano de Investimentos do Orçamento Participativo, a administração municipal da cidade mencionada faz valer a vontade (os interesses práticos) das comunidades que a compõe em termos de obras e de serviços a serem realizadas/prestados, ao mesmo tempo em que reafirma seu compromisso com o processo que mobiliza os cidadãos na aplicação dos recursos públicos.

Por sua vez, o Plano Plurianual 2014 – 2017 expõe o trabalho da gestão pública para garantir a aplicação de recursos financeiros nas áreas mais sensíveis, como, por exemplo, a saúde, o saneamento básico, a educação e a assistência social. Obras e serviços tais como drenagem urbana estão sendo realizados com recursos próprios e, também, somam-se às parcerias que a Prefeitura municipal de Porto Alegre vem fortalecendo com a iniciativa privada e com demais instâncias do governo. As metas relacionadas ao projeto e à implantação de redes de drenagem pluvial são, para 2015, um total de 82 obras e, para 2016, um total de 100 obras nessa área. As despesas correntes e as despesas de capital no plano exposto, chegam, em 2015, a R\$ 67.301.560,00. Em 2016, estão estimados investimentos de R\$ 70.666.638,00 e, em 2017, estão conjecturadas aplicações de R\$ 74.199.970,00. Esses investimentos, somados ao Plano de 2014, somam um montante de de R\$ 276.264.892,00 (PORTO ALEGRE, 2013).

O Programa Integrado Socioambiental (PISA) da Prefeitura municipal de Porto Alegre, resultado de discussões ocorridas no 3º Congresso da Cidade, em 2000, tem como principal objetivo ampliar a capacidade de tratamento de esgotos da capital gaúcha de 27% para 77%. Ao todo, serão investidos R\$ 586.700.000,00, com financiamento de R\$ 203.400.000,00 do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e de R\$ 316.200.000,00 da Caixa Econômica Federal, com contrapartida de R\$ 67.100.000,00 da referida prefeitura. A implantação do PISA contribuirá com a retomada da balneabilidade das águas do Lago Guaíba. Na reforma das Casas de Bombas, a prefeitura investiu, no início de 2006, cerca de R\$ 1.000.000,00. Depois, em 2007, foram reformadas algumas delas, no caso, as de número 5 e de número 10, com investimento de cerca de R\$ 2.100.000,00. Os recursos destinados à drenagem urbana, segundo o Plano Diretor de Drenagem Urbana, são de 95% do PAC – Plano de Aceleração do Crescimento e são de 5% de fundos municipais. A execução do maior conjunto de obras de drenagem em volume de recursos (na cidade de Porto Alegre) tem previsão para 2015/2016. Serão R\$ 190.000.000,00 investidos (PORTO ALEGRE, 2013).

O Mapa Estratégico enfatiza três eixos: Ambientância, Social e Gestão. Deles derivam os objetivos que são os norteadores para a composição

dos programas, bem como para a definição das suas ações. São esses programas que formatam o Plano Plurianual 2014 – 2017.

Impactos na saúde pública

A falta de drenagem, em cidades tanto de pequeno quanto de grande porte, tem grande relação com os agravos de saúde da população. Até então, são poucos os estudos sobre impactos da área “drenagem urbana” na saúde pública. A maioria das investigações científicas acerca desse assunto focalizam o abastecimento de água e o esgotamento sanitário. Após enchentes, a população fica exposta à contaminação por inúmeras doenças, ao aumento da incidência de acidentes por afogamentos, a lesões corporais, a choques elétricos, a proliferação de vetores, como, por exemplo, ratos e mosquitos, e à picadas de animais peçonhentos, como, por exemplo, aranhas, escorpiões e cobras. As áreas mais vulneráveis são as várzeas dos rios e as conglomeradas por populações ribeirinhas (BRASIL, 2014). A retenção da água na superfície do solo pode propiciar a proliferação dos mosquitos responsáveis pela disseminação da malária e da dengue. A maioria dessas doenças ocorre devido à ingestão de água contaminada, ou pelo simples contato com essa água. Esse consumo e esse toque com água contaminada podem causar doenças como a cólera, a diarreia, a febre tifoide, a hepatite tipo A, a giardíase, a amebíase, a leptospirose e algumas verminoses (BRASIL, 2014).

A água escoar sobre as superfícies contaminando-se por conteúdos de latrinas, de tanques sépticos e de redes coletoras de águas com resíduos, elementos com os quais se mistura. Uma vez contaminada, segundo Souza (2001), leva à ocorrência de doenças por meio de: 1) infiltração na rede de abastecimento de água; 2) contaminação do ambiente doméstico seguida da ingestão de patógenos de origem fecal; 3) contaminação do corpo e de vestimentas de indivíduos que atravessam áreas alagadas, com subsequente condução de patógenos para o ambiente doméstico; 4) dispersão de ovos de helmintos; e 5) criadouros de mosquitos vetores e de caramujos hospedeiros de agentes causadores de doenças.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (2009), muitas doenças estão relacionadas com o saneamento básico insuficiente e inadequado. O Quadro 2, que segue abaixo, evidencia essa constatação da OMS:

Quadro 2 – Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado

TRANSMISSÃO	DOENÇAS
Feco-oral	Diarreia, Febre Entéricas e Hepatite A
Por inseto vetor	Dengue, Febre Amarela, Leishmanioses, <i>L. tegumentar</i> , <i>L. visceral</i> , Filariose Linfática, Malária e Doença de Chagas

Contato com a água	Esquistomossose e Leptospirose
Higiene	Doenças nos olhos, Tracoma, Doenças de pele, Conjuntivites e Micoses
Geo-helminhos e teníase	Helmintíases e Teníases

Fonte: OMS (1997) <http://www.paho.org/bra/index.php>

Quando desastres de origem natural acontecem, como, por exemplo, enchentes, é necessário tomar cuidados especiais para evitar a transmissão de doenças e para preservar a saúde, particularmente: 1) filtrar e ferver (por cinco minutos) a água antes de beber; 2) limpar todo e qualquer recipiente utilizado para guardar água; e 3) não usar água sanitária que contenha alvejante e perfume para desinfetar água, alimentos (frutas, verduras e legumes) e recipientes que armazenam água para consumo humano. Durante e depois de uma enchente, é possível que certos alimentos não estejam em condições adequadas para serem consumidos, assim, por poderem estar contaminados, são capazes de causar diarreias, vômitos, febre e, em casos mais graves, podem levar à morte. Alimentos perecíveis, como, por exemplo: carnes (boi, frango, peixes e frutos do mar), leite e ovos, que não sejam mantidos adequadamente refrigerados, também, podem causar doenças se forem consumidos, mesmo que bem cozidos (BRASIL, 2014).

A leptospirose é uma doença intimamente relacionada à ocorrência de inundações. Ela é provocada por uma bactéria presente na urina do rato, a qual, normalmente, se espalha pela água suja de enchentes e pela lama e esgoto decorrentes dessa dispersão. A bactéria causadora da doença em questão entra na pele, com, ou sem ferimentos, dos sujeitos quando em contato com águas contaminadas. Para prevenir-se dessa doença deve-se impedir que crianças nadem, ou que brinquem em locais potenciais de infecção por urina de ratos. Pessoas que trabalham na limpeza de ambientes que contenham lama, entulho e esgoto devem usar botas e luvas de borracha para evitar o contato direto com elementos de risco de contágio da leptospirose (BRASIL, 2014).

Conforme o Boletim Epidemiológico da Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2008), a maioria dos casos de leptospirose investigados é resultado da busca realizada (coleta de dados) pela equipe na rede hospitalar da cidade. No ano de 2007, 87,7% dos casos necessitaram de internação, e 64,9% apresentaram a forma ictérica, sugerindo que os casos leves não são identificados pelo sistema de saúde. As variações na incidência da doença, nos últimos doze anos, podem ser explicadas por um conjunto de fatores, como, por exemplo, variações climáticas, elementos sociais e a diversidade geográfica. O coeficiente de letalidade mantém-se em níveis inferiores à média nacional (22%), sendo que, na maioria dos casos, o paciente responde bem ao tratamento iniciado precocemente, mas a

doença pode apresentar-se de forma grave, evoluindo para o óbito em menos de 48 horas. A leptospirose é bastante resistente em ambiente aquoso, permanecendo muito tempo operante (em estado de pró atividade) em água e em lama, após períodos de chuvas, ou de enchentes.

Também, em período de enchentes, é primordial que a população esteja atenta aos riscos e à prevenção de acidentes acarretados por animais peçonhentos (serpentes, aranhas, escorpiões, etc.), principalmente em áreas verdes, ou próximas a matagais. Esses animais tendem a ser trazidos pelas águas das enchentes e a alocarem-se em residências, permanecendo, sobremaneira, em lugares escuros (BRASIL, 2014).

De acordo com estudo de Neri (2004), doenças como diarreia, hepatite viral e febre tifoide são identificadas como a causa de algumas epidemias relativas à contaminação do abastecimento de água por águas residuais presentes, normalmente, em locais desprovidos de esgotamento sanitário.

Projetos, programas e demandas

Com relação à drenagem urbana, pode-se afirmar que existem duas condutas que tendem a agravar a situação: Os projetos idealizam o escoamento das águas das chuvas o mais rapidamente possível para jusante (fluxo normal de água, de um ponto mais alto para um ponto mais baixo). Esse critério aumenta a vazão máxima, a frequência e o nível de inundação. As áreas ribeirinhas têm sido ocupadas pela população com construções e com aterros, reduzindo a capacidade de escoamento das águas.

Para alterar essa tendência é imperativo adotar princípios, de controle de enchentes, que considerem o seguinte:

- a) O aumento de vazão devido à urbanização não deve ser transferido para jusante;
- b) Deve-se priorizar a recuperação da infiltração natural da bacia, visando à redução dos impactos ambientais;
- c) A bacia hidrográfica deve ser o domínio físico de avaliação dos impactos resultantes de novos empreendimentos, visto que a água não respeita limites políticos;
- d) O horizonte de avaliação deve contemplar futuras ocupações urbanas;
- e) As áreas ribeirinhas somente poderão ser ocupadas a partir de um zoneamento que contemple as condições de enchentes;
- f) As medidas de controle devem ser preferencialmente não estruturais.

Entre alguns projetos, segundo Porto Alegre (2015), tem-se o “Amigos do Arroio”, o qual traz a iniciativa da limpeza de riachos e da retirada de resíduos na Zona Sul de Porto Alegre, além de promover debates e ações de sensibilização das comunidades à questão da drenagem urbana. Ainda, tem-se o programa “DEP em Ação”, que executa serviços preventivos contra alagamentos, sendo realizado semanalmente (todos os sábados) através de visitas para realizar limpezas preventivas. Outro exemplo é o projeto para recuperação das nascentes e das matas ciliares do Arroio

Dilúvio, que é uma parceria entre SMAM, DEP, DMAE e FNMA (Fundo Nacional de Meio Ambiente).

Medidas Adotadas

Diante do cenário existente e exposto ao longo desse trabalho acerca da drenagem urbana e seus desdobramentos, em face da responsabilidade que o poder público tem em encontrar meios para diminuir impactos na saúde e na vida estrutural das pessoas, medidas emergentes são adotadas pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, de forma geral, mas principalmente pelo DEP, como, por exemplo, a busca de recursos financeiros do Governo Federal, a implementação de projetos na área de saneamento/drenagem urbana, a execução de obras de melhoria de infraestrutura urbana, a efetivação de ações de informação à comunidade civil (a distribuição de folhetos informativos, por exemplo), a instalação do uso de barricadas de contenção das águas; o fechamento das comportas do Muro da Mauá; o aperfeiçoamento e a reforma nas Casas de Bombas da capital gaúcha, a intensificação dos atendimentos; a operacionalização de trabalhos em conjunto com a Defesa Civil do município e a utilização dos meios de comunicação (jornais, rádio, televisão, internet, etc.) para divulgar os problemas causados pelo grande fluxo de materiais plásticos em ambiente urbano, como, por exemplo, garrafas pet e sacolas, os quais são elementos catalisadores de alagamentos (PORTO ALEGRE, 2015).

Somente essas medidas adotadas pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre não são suficientes para amenizar e/ou para acabar com alagamentos urbanos, uma vez que é preciso, também, uma participação ativa e alguns cuidados por parte da comunidade que compõe a população da cidade. Nesse sentido, a população pode ajudar, de acordo com Porto Alegre (2015), entre outras coisas: a) cuidando das encostas dos arroios para evitar erosões; b) não jogando lixo nas ruas; c) condicionando de maneira adequada o lixo; d) não construindo edificações em zonas ribeirinhas; e) mantendo distância de 200 metros das margens dos arroios e dos rios; f) mantendo limpas as bocas de lobo; g) conservando as áreas verdes; h) não construindo no topo de morros; e i) evitando assoreamento das redes de drenagem e, também, a erosão do solo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo buscou apresentar os principais aspectos a respeito da drenagem urbana e sua importância frente aos problemas causados pelo crescimento exagerado dos centros urbanos na atualidade (século XXI). Tal crescimento leva a sociedade a ter de viver, e de conviver, com problemas diversos, principalmente aqueles advindos da natureza, como, por exemplo, as fortes chuvas.

A política de controle de impactos quantitativos na drenagem está gradualmente sendo abandonada. Projetos na área deveriam atender à expectativa da sociedade, mas a sua ineficiência e a sua falta de valorização por parte da máquina pública e do corpo social acabam elevando os seus

custos, os quais ficam insustentáveis. Obras de drenagem têm um valor alto. Infelizmente, “aquilo que não é visto não é lembrado”, e as redes de drenagem, por estarem instaladas abaixo do nível do solo, não são lembradas (uma analogia metafórica para a não valorização da questão da drenagem em termos de trabalhos científicos, de políticas públicas de saúde e, em resumo, de assunto de grande importância social).

Para transportar grandes volumes, é necessário ampliar a capacidade de canais dentro da cidade até um local onde o seu efeito de alargamento não atinja a população. Os prejuízos devidos às inundações em épocas de maior volume de chuvas estão reduzindo a qualidade de vida e o valor das propriedades, assim como estão causando problemas de saúde pública. Isso se dá em função da urbanização e da consequente impermeabilização do solo, a qual evita o escoamento pluvial.

Os órgãos financiadores continuam defasados, não aceitando investimentos sustentáveis, e muitas escolas de Engenharia Civil e Sanitária ainda ensinam soluções inadequadas; fatos que causam prejuízos para a população. Para mudar esse contexto/panorama, acredita-se no surgimento de uma nova geração de engenheiros, de arquitetos e de projetistas para planejar o espaço urbano de forma mais sustentável (TUCCI, 2003).

Os impactos na saúde por deficiências na drenagem urbana são, sem dúvida, um assunto que necessita de maior aprofundamento. Essas repercussões negativas na área da saúde ocorrem, sobretudo, pela falta de um sistema moderno de drenagem urbana (adequado ao tamanho de Porto Alegre), o qual poderia minimizar os casos de doenças e de acidentes em razão de enchentes.

Por outro lado, cabe salientar que obras de grande e de médio porte realizadas pelo DEP tiveram impactos positivos quanto à prevenção de agravos de saúde, já que essas novas e maiores redes previnem enchentes e alagamentos em pontos fundamentais da cidade de Porto Alegre, diminuindo transtornos, casos de acidentes e de doenças que poderiam atingir a população local. Porto Alegre, hoje, mesmo tendo um quadro de dificuldades no setor de drenagem, ainda se destaca entre as capitais brasileiras que melhor desenvolvem a demanda “redes pluviais”. Muitas cidades grandes (em extensão e em urbanização) não possuem uma secretaria e/ou um departamento que administre os assuntos de drenagem urbana.

Mesmo com o trabalho de limpeza urbana, torna-se difícil o controle de locais, ou de redes obstruídas pelo lixo dispensado inadequadamente pela população em geral. É preciso que cresça a transversalidade entre órgãos públicos na ajuda e no atendimento às populações afetadas por problemas de enchentes, já que a drenagem das águas pluviais urbanas continua sendo um desafio nos municípios onde não ocorre o manejo adequado. Para que haja melhoras no atendimento há a necessidade de ampliação do DEP.

O tema da drenagem urbana é de fundamental importância em termos de saúde pública (sobretudo no sentido de prevenção de doenças),

no entanto ele é centrado em questões mais complexas. Um governo precisa ter um excelente planejamento estratégico funcionando como linha de frente. A saúde da população depende disso, pois é necessário maior investimento nesse setor. Os orçamentos dos municípios devem ser incrementados para atender às demandas. O PPA 2014–2017 mostra que são insuficientes os recursos, o que, crê-se, só pode ser amenizado por meio de obras e através da educação da sociedade, garantindo uma melhor atenção à saúde pública.

O serviço de drenagem urbana adequado contribui diretamente para a melhoria da saúde da população, trazendo qualidade de vida às pessoas. A real conclusão do nosso estudo centra-se no aspecto financeiro, haja vista que não se pode programar projetos de drenagem urbana, a fim de diminuir impactos e agravos de saúde na população sem recursos e/ou investimentos balizados por fundos (capital de bens).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, K. B. Doenças causadas pelas chuvas e enchentes. In: Portal do Professor-MEC. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/fichaTecnicaAula.html?aula=20161>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

BOTELHO, R. G. M. Bacias hidrográficas urbanas. In: Guerra, A. J. T. (Org.). Geomorfologia urbana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011. p. 71.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

_____. (nome da lei). **Lei Complementar nº 101**, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. (nome da lei). **Lei nº 11.445**, de 05 de janeiro de 2007. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11445.htm>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Enchentes. **Portal da Saúde SUS**, Brasília, DF, jun. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/publicacoes-svs>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Saiba como agir em casos de enchentes. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Brasília, DF, [on line] 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saiba_agir_casos_enchentes_2014.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Orientações para situações de desastres. **Portal da Saúde**, Brasília, DF, [on line]. Disponível em: <<http://portalsaude>>.

de.saude.gov.br/index.php/orientacoes-para-situacoes-de-desastres-cartilhas-e-spots>. Acesso em: 12 out. 2015.

FATIMA, M.; CABRAL, J. J. S. P. Impacto na saúde por deficiência de drenagem urbana no município de Jucurutu. **RBRH**, Jucurutu, v. 18, n.3, p. 181-191, jul./set., 2013. Disponível em: <https://www.abrh.org.br/SGCv3/UserFiles/Sumarios/87e4c23dba1ef39bd680450b322c630e_dd4a9e-06216797636b5b544be7e7d160.pdf>. Acesso em: 10 dez.2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Rio Grande do Sul, Porto Alegre: DPE, [on line]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

INSTITUTO TRATA BRASIL. **O que é Saneamento**. São Paulo, SP, 2015. Disponível em: <www.tratabrasil.org.br/o-que-e-saneamento>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MARENGO, J. A. Relatório: **Caracterização do clima no Século XX e cenários no Brasil e América do Sul para o século XXI**. São Paulo: CPTEC/INPE, 2007, 56 p.. Disponível em: <http://mudancasclimaticas.cptec.inpe.br/~r-mclima/pdfs/prod_probio/Relatorio_1.pdf>. Acesso: 10 dez. 2015.

MONTES, R. M. A. **Drenagem urbana de águas pluviais e seus impactos: cenário atual da bacia do Córrego Vaca Brava**. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 2008. Disponível em: <<http://www.pucgoias.edu.br/ucg/prope/cpgss/ArquivosUpload/36/file/A%20DRENAGEM%20URBANA%20DE%20C3%81GUAS%20PLUVIAIS%20E%20SEUS%20IMPACTOS%20CEN%20C3%81RIO%20ATUAL%20VACA%20BRAVA.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

NASCIMENTO, J. A. S. **Atlas de saneamento 2011/Manejo de Águas Pluviais**. (Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv53096_cap10.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

NERI, S. H. A.. **A utilização das ferramentas de geoprocessamento para identificação de comunidades expostas a Hepatite A nas áreas de resacas dos municípios de Macapá e Santana/AP**. 2004. 54 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Drenagem**. 2009. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/index.php>>. Acesso em: 09 out. 2015.

PORTO ALEGRE. Topografias e cheias. **Departamento de esgotos pluviais (DEP)**, Porto Alegre, RS. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/dep/default.php?p_secao=65>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Lei Municipal-Ato 3780/73. Cria o Departamento de Esgotos Pluviais. **Diário Oficial**, Porto Alegre, RS, 17 jul. 1973. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/1973/378/3780/lei-ordinaria-n-3780-1973-cria-o-departamento-de-esgotos-pluviais-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Lei Orgânica do Município de Porto Alegre. Capítulo III. Dos Orçamentos. Art. 116. **Diário Oficial**, Porto Alegre, RS, (dia) (mês com as três primeiras letras e com um ponto final depois) (ano). Disponível em: <http://www.camarapoa.rs.gov.br/biblioteca/lei_org/html>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Modelo de Gestão. **Diário Oficial**, Porto Alegre, RS, (dia) (mês com as três primeiras letras e com um ponto final depois) 2014. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/manual_de_gestao_prefeitura_2014_site.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

_____. **Plano Diretor de Drenagem Urbana. Manual de Drenagem Urbana**. Porto Alegre: Instituto de Pesquisas Hidráulicas/UFRGS, 2005. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/dep/usu_doc/manual_de_drenagem_ultima_versao.pdf>. Acesso em: 10 dez.2015.

_____. **Plano Plurianual 2014-2017**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico e Orçamento, 2013. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smpeo>>. Acesso em: 07 set. 2015.

_____. **Boletim Epidemiológico Aspectos relacionados à ocorrência de leptospirose em Porto Alegre no ano de 2007**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2008. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/boletim_epidemi_n_38.pdf>. Acesso em: 10 dez.2015.

SILVA, ANA PAULA DE OLIVEIRA ET AL. Áreas vulneráveis a enchentes: educação e sensibilização ambiental na comunidade. **Revista Interdisciplinar Saúde e Meio Ambiente**, Mafra, SC, n. 1, v. 3, p. 59-72, jan.-jun. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/538>>. Acesso em: 09 out. 2015.

SOUZA, C. M. N. **Carência ou precariedade dos serviços de drenagem urbana e ocorrência de doenças de importância para a saúde pública. Drenagem Urbana e Controle de Doenças**. 2001, 159 p. Dissertação de Mestrado em Engenharia Civil e Ambiental - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://ptarh.unb.br/downloads/dissertacoes/30-2001.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

TUCCI, C. E. M. Águas Urbanas. **Estudos Avançados**, São Paulo, vol. 22, n.63, 97-112, [on line] 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000200007>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Drenagem Urbana. **Cienc. Cult.**, São Paulo, vol.55, n.4, 36-37, [on line], 2003. Disponível em: <www.scielo.org/php/index.php>. Acesso em: 07 set. 2015.

_____. Gerenciamento da Drenagem Urbana. **Revista Brasileira da Recursos Hídricos**, Porto Alegre, RS, v. 7, n. 1, 5-27, jan./mar., 2002. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=drenagem+urbana&btnG=&lr.>>. Acesso em: 09 out.2015.

TUCCI, C. E. M.; Marques, D. M. L. M. **Avaliação e controle da drenagem urbana**. Porto Alegre: ABRH, 2001.

TUCCI, C. E. M.; VILLANUEVA, A. O. N. Prefeitura Municipal de Porto Alegre/DEP. **Plano Diretor de Drenagem Urbana. Manual de Drenagem Urbana**. Porto Alegre: Instituto de Pesquisas Hidráulicas/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/dep/usu_doc/manual_de_drenagem_ultima_versao.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

A GESTÃO DE RESÍDUOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Luana Possamai Menezes: Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, RS, Brasil. E-mail: luana.possamai.menezes@gmail.com

Fernanda Sarturi: Doutoranda em Educação. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Maria, câmpus de Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: fernandasarturi@yahoo.com.br

Gisele Loise Dias: Mestranda em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM. Email: gidias18@gmail.com

Marinês Tambara Leite: Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Maria, câmpus de Palmeira das Missões/RS, Brasil. E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

Julia de Moura Quintana: Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Instituição Hospitalar Divida Providência em Frederico Westphalen, RS, Brasil. E-mail: juliamquintana@hotmail.com.

RESUMO

O trabalho objetiva conhecer o que vem sendo publicado na literatura científica sobre a gestão de resíduos na Atenção Básica de Saúde. O método utilizado foi a Revisão integrativa, cuja coleta de dados se deu nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação, tendo como descritores “Resíduos de Serviços de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e “Gerenciamento de resíduos”. Apontamos como resultados, os Profissionais da rede básica de saúde e população despreparados quanto ao manejo e à conduta de gestão de resíduos; desconhecimento de políticas públicas voltadas a essas ações; necessidade de educação permanente, ou continuada nos serviços da rede básica de saúde referente à temática da gestão de resíduos; e identificação de fragilidades e de potencialidades da gestão de resíduos frente ao cuidado em saúde. Assim, concluímos que é necessário buscar estratégias para o desenvolvimento da gestão de resíduos nos serviços de saúde de forma efetiva, a fim de qualificar o processo de trabalho e de modo a proteger as ações em saúde desenvolvidas pelos profissionais.

Palavras-chave: Resíduos de serviços de saúde; Saúde Ocupacional; Gerenciamento de resíduos; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A gestão de resíduos tornou-se um fator preocupante para governantes de todas as nações, para a sociedade como um todo e, principalmente, para o meio ambiente, devido à contínua e inesgotável geração de efluentes (substratos, rejeitos, despejos, etc.) e, também, por conta do destino dado para o seu montante produzido. Com isso, houve a necessidade da formulação de políticas específicas sobre a Gestão de Resíduos Sólidos.

Nesse sentido, a Política Nacional de Resíduos Sólidos está cada vez mais presente em discussões relacionadas à saúde da coletividade, promovendo, entre outras ações, a divulgação do conhecimento sobre a importância do destino correto de resíduos gerados pelas comunidades, no intuito de evitar a proliferação de doenças e de agravos. O gerenciamento de resíduos sólidos consiste em adotar um conjunto de procedimentos de gestão, o qual tem de ser planejado e implementado a partir de bases científicas e técnicas e de normativas legais, visando encaminhar, de modo seguro, os detritos produzidos com vistas a salvaguardar a saúde pública, a proteger a saúde dos trabalhadores, a conservar os recursos naturais e o meio ambiente como um todo.

Além disso, segundo Ramos (2013), essa administração de resíduos sólidos deve incluir todas as etapas do planejamento de recursos físicos e de materiais, bem como, deve prescrever uma capacitação em termos de recursos humanos.

Para tanto, de acordo com Nunes, Gutemberg, Armando et al. (2012), os profissionais envolvidos diretamente com o gerenciamento de resíduos sólidos devem ser capacitados na ocasião das suas admissões empregatícias e, outrossim, deve haver uma educação permanente e continuada, dos mesmos, para as atividades de manejo de resíduos, incluindo responsabilidades sobre materiais e ambientes.

Os chamados Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são gerados em ambientes hospitalares, em unidades básicas de saúde, em consultórios odontológicos, em farmácias, em laboratórios e em clínicas médicas e veterinárias. Os RSS são classificados em grupos: A (resíduos potencialmente infectantes); B (resíduos químicos); C (resíduos radioativos); D (resíduos comuns); e E (resíduos perfurocortantes). O gerenciamento desses tipos de resíduos deve seguir as seguintes etapas: segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externos e disposição final (BRASIL, 2004).

Cabe destacar que as instituições hospitalares possuem, em sua maioria, pessoas responsáveis pela execução da logística dos RSS, e que a maior parte das publicações científicas relaciona a gestão de resíduos com as instituições hospitalares. Por esse ângulo, parece haver uma lacuna a ser preenchida, tanto no âmbito científico quanto no dos serviços da Atenção Básica à Saúde (ABS), já que nessa não existe um seguimento normativo, nem padronizado quanto ao manejo dos RSS (apesar da existência de pessoas que realizam esse tipo de função) e naquela existe apenas um foco de pesquisa (relação RSS e hospitais).

Com isso, a questão de pesquisa que subsidiou a construção desse estudo é: O que vem sendo publicado sobre gestão de resíduos sólidos em serviços da Atenção Básica à Saúde?

Diante dessa problemática, teve-se como objetivo de pesquisa verificar, conhecer e analisar publicações da, e na, literatura científica sobre a

gestão de resíduos na ABS, a fim de promover o compilarmento científico referente a esse assunto (temática).

MÉTODO

A metodologia utilizada é um estudo descritivo caracterizado como revisão de literatura do tipo integrativa. A revisão integrativa é a compilação da literatura, em que há uma síntese do conhecimento do assunto explorado (pesquisado) de maneira a possibilitar, ao leitor, a aproximação formativa frente a um determinado tema. Esse tipo de pesquisa não tem o propósito de esgotar a discussão sobre dado assunto, mas sim apresentar o maior número de referências encontradas, permitindo o entendimento sobre uma temática específica. Assim, a pesquisa desse trabalho seguiu os critérios pré-estabelecidos (COOPER, 1982) do método mencionado, a saber: formulação da questão de investigação, coleta de dados, análise e interpretação das informações do corpora e apresentação dos resultados obtidos.

A busca das informações foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Ministério da Educação (CAPES/MEC).

Foram incluídos, no estudo, artigos científicos, pesquisas originais e relatos de experiência dos serviços de saúde, publicados na íntegra, disponíveis online de forma gratuita, redigidos em Língua Portuguesa, em Língua Espanhola e em Língua Inglesa, divulgados no período de 2009 a 2014 e relacionados à temática de gestão de resíduos. Optou-se como corpus basilar da pesquisa, artigos científicos publicados no recorte temporal destacado acima por intuir (hipotetizar) que a compilação, de um maior número deles sobre a temática em questão, esteve alocada em um período mais recente. A busca de artigos científicos ocorreu no mês de maio de 2014 (segundo elemento dos critérios da revisão integrativa dentro do cronograma da coleta de dados de pesquisa).

Os descritores utilizados para a busca foram: Resíduos de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Gerenciamento de resíduos.

Com o intuito de analisar as informações coletadas dos estudos selecionados (os do corpus da pesquisa) e com o fito de proporcionar qualidade à discussão dos resultados alcançados, foi elaborado o quadro sinóptico (Quadro 2), o qual traz os derivativos indiciários (registros globais de informação): título, ano de publicação, autor(es), objetivo e aspectos sobre a gestão de resíduos.

Foram encontrados 734 artigos, sendo 725 na base de dados BVS e 09 no Portal de Periódicos da CAPES/MEC. Após a leitura criteriosa dos títulos e dos resumos deles, identificaram-se 15 artigos que se adequavam ao objetivo proposto e aos critérios estabelecidos para essa pesquisa. Dessa forma, quatro estudos constituíram a amostra definitiva para análise da revisão. É importante destacar que os aspectos éticos foram respeitados no que se refere à citação dos autores dos estudos selecionados.

RESULTADOS

Com o intuito de responder ao objetivo proposto nesse estudo, foram utilizadas estratégias de busca de artigos científicos (Quadro 1), atentando aos descritores e às bases de dados pré-selecionados dentro da metodologia empregada (revisão integrativa), de modo a construir e a estruturar o primeiro *corpora* da pesquisa.

Quadro 1 – Estratégia de busca dos artigos científicos

Biblioteca Virtual em Saúde	
Descritores	Artigos
Resíduos de Serviços de Saúde and Gerenciamento de Resíduos and Atenção Primária à Saúde	Oito encontrados Um pré-selecionado
Resíduos de Serviços de Saúde and Gerenciamento de resíduos	691 encontrados 10 pré-selecionados
Resíduos de Serviços de Saúde and Atenção Primária à Saúde	25 encontrados Dois pré-selecionados
Gerenciamento de Resíduos and Atenção Primária à Saúde	Um encontrado Nenhum pré-selecionado
Portal de Periódicos da CAPES/MEC	
Resíduos de Serviços de Saúde and Gerenciamento de resíduos	Sete encontrados Um pré-selecionado
Resíduos de Serviços de Saúde and Atenção Primária à Saúde	Um encontrado Nenhum pré-selecionado
Gerenciamento de Resíduos and Atenção Primária à Saúde	Um encontrado Um pré-selecionado

Fonte: Quadro elaborado pelas autoras desse artigo (2014).

A partir dos artigos científicos seletados dentro da estratégia de busca exposta no Quadro 1, foram realizadas as suas leituras aprofundadas, a fim de identificar, em seus conteúdos teórico-práticos, informações que contribuíssem para o alcance do objetivo do estudo realizado pelas autoras desse trabalho. Com isso, desse total, foram selecionados quatro artigos científicos, os quais fizeram parte do corpus definitivo desse trabalho. O quadro sinóptico (Quadro 2) apresenta a codificação e a descrição das informações relevantes desse estudo.

Quadro 2 – Quadro Sinóptico

Codificação dos artigos	Variáveis	Informações
A1	Título	Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela estratégia de saúde da família.
	Ano de publicação	2012
	Autor(es)	S. B. Alves, A. C. S. Souza, A. F. V. Tipple, K. C. D. Rezende, F. R. Rezende, É. G. Rodrigues
	Objetivo	Analisar o manejo dos resíduos gerados pela assistencial no domicílio das unidades de atenção básica à saúde da família em um Distrito Sanitário do Município de Goiânia.
	Aspectos sobre a gestão de resíduos	A assistência domiciliar e a análise do manejo dos resíduos.
A2	Título	O manejo dos resíduos dos serviços de saúde: um problema a ser enfrentado
	Ano de publicação	2013
	Autor(es)	R. Gessner, L. C. M. Piosiadlo, R. M. G. S. da Fonseca, L. M. Larocca
	Objetivo	Identificar as fragilidades do processo de gerenciamento de RSS (da geração ao destino final) junto a trabalhadores de saúde que atuam em ambientes de alta e baixa complexidade tecnológica.
	Aspectos sobre a gestão de resíduos	Necessidade de educação permanente ou capacitações aos profissionais sobre a temática evidenciada.
A3	Título	Gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde: aspectos do manejo interno no município de Marituba, Pará, Brasil
	Ano de publicação	2009
	Autor(es)	C. C. L. Sales, G. P. Spolti, M. S. B. Lopes, D. F. Lopes
	Objetivo	Verificar aspectos do manejo interno dos RSS do município paraense de Marituba.
	Aspectos sobre a gestão de resíduos	A realização ou não realização da segregação de resíduos.
A4	Título	Conhecimento de enfermeiros da estratégia Saúde da família sobre resíduos dos serviços de saúde
	Ano de publicação	2012
	Autor(es)	M. A. Santos, A. O. Souza
	Objetivo	Analisar o conhecimento das enfermeiras atuantes na ESF, dos municípios de Araputanga, Mirassol D'Oeste e São José dos Quatro Marcos, referente à problemática do manejo incorreto dos RSS.
	Aspectos sobre a gestão de resíduos	Conhecimento e não conhecimento sobre o manejo dos resíduos.

Fonte: Quadro elaborado pelas autoras desse artigo (2014).

DISCUSSÃO

A geração de RSS vem aumentando na medida em que há uma progressão do desenvolvimento tecnológico e do assistencial e em que há o aumento do número de instituições de saúde. Mesmo que haja a potencialidade de atendimentos e de resoluções dos problemas de saúde em função desse

este crescimento, a condição da gestão de resíduos sólidos incide, diretamente, no cuidado ao usuário¹ e ao profissional de saúde que a ele se dedica, sendo que ainda existem fragilidades nesse processo (ALVES; SOUZA; TIPPLE, 2012).

Uma das questões em evidência refere-se à gestão de resíduos na assistência domiciliar. Essa forma de cuidado está vinculada tanto à rede privada, na perspectiva do Home Care quanto na rede pública, mais especificamente nas Estratégias de Saúde da Família (ESF).

O estudo de Alves; Souza; Tipple (2012) foi realizado com o objetivo de fundamentar a discussão sobre a gestão de resíduos na assistência domiciliar desenvolvida pela ABS, e para tanto, analisou o manejo (segregação, acondicionamento, identificação e transporte) dos resíduos gerados por essa forma de cuidado em um Distrito Sanitário do Município de Goiânia. Para esse fim, participaram do estudo, sete equipes de saúde da família. Como resultado, considerou-se a realização de 63 procedimentos executados por profissionais de saúde e por usuários/cuidadores, sendo que o maior número de intervenções em domicílio foi praticado pelo próprio usuário e/ou cuidador quando administrado insulina 21 (42,8%), hemoglicoteste 17 (34,7%) e curativos 9 (18,3%).

Os autores (ALVES; SOUZA; TIPPLE, 2012), ainda, identificaram, no estudo em questão, que a maioria dos resíduos perfurocortantes quando produzidos em procedimentos realizados pelos usuários e/ou cuidadores, são encaminhados manualmente por esses sujeitos até a unidade de saúde. Já os resíduos infectantes, gerados pelos profissionais, apresentam quatro estratégias de acondicionamento: o resíduo é deixado no domicílio (1) e é acondicionado junto ao lixo domiciliar (2); o resíduo é levado para a unidade de saúde da pesquisa, encaminhado via transporte particular/privado (3), ou em carro disponibilizado pelo Distrito Sanitário da pesquisa (4).

Pode-se afirmar que as condições apresentadas nos resultados desse mesmo estudo mostram o despreparo e a desorientação quanto à gestão de resíduos dos serviços de saúde. Além disso, conforme Alves; Souza; Tipple (2012), esses sujeitos estão fortemente envolvidos em situações de risco de saúde provocadas por esses resíduos específicos (perfurocortantes e contaminados).

Segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde do Ministério da Saúde, há a responsabilidade dos profissionais quanto ao manejo dos resíduos produzidos pelos serviços de saúde. Nele, é afirmado que o manejo desses resíduos é responsabilidade da sua unidade geradora, mesmo que tenha sido produzido em domicílios de pacientes a partir da assistência domiciliar de saúde. Dessa forma, é possível constatar que o estudo de Alves; Souza; Tipple (2012) comprovou a não efetividade do regulamento aqui citado. Além dos riscos para os trabalhadores e para os usuários, essa segregação inadequada desencadeia prejuízos tais como os decorrentes do aumento no custo para o descarte dos resíduos, e os decorrentes da não reciclagem que aumenta

¹ Compreende-se por usuário todo e qualquer sujeito que é paciente de um procedimento de saúde realizado por um agente.

a demanda por espaço em aterros sanitários e que interfere nos recursos naturais (BRASIL, 2004).

O estudo desenvolvido por Gessner; Piosiadlo; Fonseca et al. (2013), cujo objetivo foi identificar as fragilidades do processo de gerenciamento de RSS (da geração ao destino final) junto aos trabalhadores de saúde que atuam em ambientes de alta e de baixa complexidade tecnológica, destaca, em seus resultados, que os trabalhadores da ABS não possuem treinamento, ou capacitação acerca da temática (administração procedimental de RSS), embora sejam responsáveis pelo manejo dos mesmos. Além disso, os serviços de ABS não possuem e, portanto, não seguem nenhum regulamento de gestão de resíduos.

Esse mesmo estudo enfocou o conhecimento dos trabalhadores da ABS sobre o transporte externo dos resíduos, tendo como produto a conclusão de que nenhum entrevistado soube informar como a condução residual se realiza (afirmaram apenas que é ela é empreendida por uma empresa terceirizada). Ademais, muitos desses profissionais também não souberam descrever a realização da coleta de cada tipo de RSS gerado. Sobre as condições de armazenamento interno de RSS, o estudo (GESSNER; PIOSIADLO; FONSECA ET AL., 2013) apontou que a maioria dos entrevistados realiza o condicionamento de forma correta entre os resíduos infectantes, os comuns e os perfurocortantes. Já o condicionamento de resíduos químicos mostrou-se fragilizado.

Assim, observa-se a necessidade de educação permanente dos profissionais nos serviços por meio de capacitações e de treinamentos, a fim de qualificar as ações em saúde e o processo de trabalho, possibilitando, dessa forma, uma maior segurança aos trabalhadores quando desenvolvem suas atividades e também aos usuários que necessitam de atendimento.

Os riscos podem ser evitados quando há o esclarecimento das ações. Repassar a ideia de fazer o condicionamento de resíduos de forma mecânica (sem reflexão), não compreendendo o porquê de realizá-lo de tal forma e o processo a que ele se destina, torna-se um assunto a ser discutido nos serviços de saúde.

Em pesquisa desenvolvida por Sales; Spolti; Lopes et al. (2009), buscou-se verificar o gerenciamento de RSS e os seus aspectos do manejo interno no município paraense de Marituba, esse estudo teve em seus resultados, a comprovação de que todos os estabelecimentos do município, incluindo as unidades de saúde, realizavam segregação de resíduos comuns. Porém, constatou-se, no estudo supracitado, que nem todas as instituições eliminavam corretamente os resíduos perfurocortantes e que a maioria delas realizava outros tipos de separação de RSSs, misturando os de grupos diferentes (geralmente resíduos infectantes e perfurocortantes).

Quanto à lavagem dos lixeiros em Marituba, essa prática ocorria, diariamente, em 23% das instituições pesquisadas, mais de uma vez por semana em 38% dos estabelecimentos pesquisados, uma vez por semana em 23%, menos de uma vez por semana em 8% e não havia frequência

definida em 8%. Em todas essas porcentagens, as unidades de saúde estavam incluídas (SALES; SPOLTI; LOPES ET AL., 2009).

Outro dado importante do estudo de Sales; Spolti; Lopes et al. (2009) refere-se ao armazenamento interno e ao armazenamento externo de RSSs, sendo que a maioria dos estabelecimentos de saúde pesquisados apresentou deficiência quanto ao armazenamento interno desses resíduos, principalmente em relação às condições físicas das áreas utilizadas. Já o armazenamento externo ocorria em três unidades de saúde da cidade pesquisada, sendo realizado de maneira precária, sem identificação e sem iluminação. Constatou-se que apenas um estabelecimento, mais especificamente uma unidade de saúde, realizava tratamento interno dos rsss, sendo que as sobras de vacinas eram levadas à estufa e, posteriormente, desprezadas no “descartex”, sem muito conhecimento do processo ao qual estavam desenvolvendo.

As constatações do estudo de Sales; Spolti; Lopes et al. (2009) instigam a refletir e a problematizar a existência de um processo de gestão de resíduos que se apresenta débil, atingindo desde gestores municipais até trabalhadores dos serviços de saúde. Esses dados salientados pelos autores supracitados levam a compreender que os investimentos na gestão de resíduos, tanto de forma estrutural/material quanto de forma profissional apresentam-se precarizados, refletindo nos resultados, aqui apresentados, e também no cuidado realizado com os usuários.

Um estudo desenvolvido por Santos; Souza (2012), cujo objetivo foi analisar o conhecimento das enfermeiras atuantes na Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Araputanga, Mirassol D'Oeste e São José dos Quatro Marcos, localizados noroeste do estado de Mato Grosso, sobre a problemática do manejo incorreto de rss, investigou a necessidade de conhecer adequadamente as normas pertinentes, e a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos no processo de gerenciamento de resíduos de saúde. Os autores descrevem, em seus resultados de pesquisa, que a maioria das enfermeiras atuantes nesses municípios possuem o conhecimento sobre a RDC no 306 (ANVISA, 2004), a qual regulamenta o gerenciamento dos rss. Já sobre o acondicionamento dos resíduos gerados nas unidades de saúde dos municípios pesquisados, das dez enfermeiras entrevistadas, cinco declararam como correta a forma de acondicionamento de resíduos em sua unidade; quatro afirmaram a existência de um processo inadequado; e uma alegou desconhecer a existência, ou não de irregularidades.

Quanto às etapas do manejo e da disposição final dos resíduos gerados nas unidades de saúde pesquisadas, as participantes (informantes do estudo de caso), em sua maioria, afirmaram não possuir tal conhecimento. Além disso, para verificar alguma evidência de irregularidade do processo de gestão de resíduos, primeiramente necessita-se conhecer esse processo (em suas etapas), a fim de identificar tal fragilidade. Sem esse conhecimento, torna-se limitado apontar a existência, ou não, de falhas nas etapas de manejo. Diante disso, das dez entrevistadas, cinco

disseram desconhecer a existência, ou não, de falhas nas etapas de manejo; quatro apontaram a existência de irregularidades; e uma disse não existir tal problemática. Os pesquisadores (SANTOS; SOUZA, 2012), ainda apresentaram, em seus resultados, que a maioria das profissionais entrevistadas, nega ter realizado capacitações, treinamentos, ou outro tipo de estratégia educativa sobre o gerenciamento de RSS.

Esses dados (os da pesquisa de Santos e Souza) são relevantes quando se reflete sobre o conhecimento dos profissionais de saúde, visto que são sujeitos atuantes nas etapas de manejo de RSS. Sob essa perspectiva, existe a necessidade de educação permanente e de capacitações que versem sobre essa temática junto a esses profissionais, a fim de esclarecer e de proporcionar maior conhecimento sobre ela, intentando qualificar o exercício profissional e tornando-se uma evidência real nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Destaca-se a dificuldade enfrentada na busca de artigos científicos sobre gestão de resíduos relacionada à Atenção Básica de Saúde, o que parece transparecer certa precariedade de estudos acerca da temática no meio científico. Além disso, ela apresenta-se, segundo os dados obtidos no corpus de pesquisa desse trabalho, como incipiente nos serviços de saúde, mesmo sendo regulamentada há mais de dez anos, o que se reflete na falta de conhecimento e de esclarecimento dos profissionais de saúde que lidam com RSS.

A preocupação é relevante, pois o manejo adequado de RSS visa proteger os usuários, os trabalhadores, a coletividade (a população como um todo) e o meio ambiente, além de proporcionar qualidade às ações em saúde. Apresentando tal irregularidade, confirma um modelo de cuidado inseguro e despreparado.

Para tanto, ao findar essa pesquisa sugerem-se estratégias formativas, como por exemplo, educação permanente, ou educação continuada e capacitações, ou treinamentos, a fim de provocar, nos sujeitos envolvidos, a pró-atividade junto ao manejo adequado dos resíduos de saúde. Cabe destacar a importância de envolver não só os profissionais nessa perspectiva educacional, mas também a comunidade (a sociedade civil), a qual pode ser sensibilizada de modo a produzir ações positivas a sua própria saúde a partir das informações sobre a gestão de resíduos.

Além disso, ratifica-se a necessidade de estudos sobre a elaboração e, principalmente, sobre a gestão de planos de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde, visando a discussão da temática e a sua importância no cenário da Saúde Pública. Há necessidade de estudos originais, que identifiquem o manejo dos resíduos junto aos serviços de saúde e principalmente a percepção dos profissionais sobre a sua separação, processamento e descarte. Evidencia-se a importância em conhecer a realidade dos serviços para então propor estudos intervencionistas aos serviços. Precisamos compreender as fragilidades e potencialidades para então saber o que de fato é importante considerar a esta temática.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. B.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V. et al. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 128-134, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 mai. 2014.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada - **RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10d6d-d00474597439fb6df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+306,+DE+7+DE+DE-ZEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

Biblioteca Virtual em Saúde e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação. **Biblioteca Virtual em Saúde**. [S.1], 2016. Disponível em: <<http://brasil.bvs.br/>> Acesso em: 10 de mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC n. 306, de 07 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10d6dd00474597439fb6df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+306,+DE+7+DE+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Rev. Educ. Res.** [S.1], v. 52, n. 2, p. 291-302, Jun., 1982.

GESSNER, R.; PIOSIADLO, L. C. M.; FONSECA, R. M. G. S. ET AL. O manejo dos resíduos dos serviços de saúde: um problema a ser enfrentado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 117-123, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/31316>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

NUNES, T. S. P.; GUTEMBERG, A. C. B.; ARMANDO, C. B. et al. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, Ed. Supl., p. 57-60, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1697>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação. [S.1], 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br/>> Acesso em: 10 de mai. 2014.

RAMOS, D. A. B. **Impasses e dificuldades na gestão de resíduos de serviços de saúde em unidades básicas de saúde**: estudo de caso no município de Araçatuba, SP. 2013, 86 f., p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ramosdabm%20(3).pdf>. Acesso em: 15 mai. 2014.

SALES, C. C. L.; SPOLTI, G. P.; LOPES, M. S. B. ET AL. Gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde: aspectos do manejo interno no município de Marituba, Pará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2231-2238, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600032>. Acesso em: 15 mai. 2014.

SANTOS, M. A.; SOUZA, A. O. Conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre resíduos dos serviços de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 645-652, jul./ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400014>. Acesso em: 15 mai. 2014.

A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Marcia Maria Hengemühle: Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. MBA em Gestão Financeira, Controladoria e Auditoria pela FGV- Fundação Getúlio Vargas/Santa Maria, RS. MBA em Gestão de Pessoas e Marketing pelo SEG Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: marciahenge@gmail.com

Vanessa Ramos Kirsten: Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFRGS. Professora do Departamento de Alimentos e Nutrição da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: kirsten.vr@gmail.com

RESUMO

O artigo a seguir analisa o contexto da Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos, Agravos e Doenças como uma estratégia de gestão na Saúde Suplementar. A abordagem proposta é uma reflexão teórica-histórica-conceitual da legislação vigente no Brasil, realizada por meio de pesquisa documental, a fim de obter informações importantes no avanço histórico e relevantes diante dos desafios contemporâneos no setor privado. Nesse cenário, a Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), em seu papel normatizador, tem um importante e grande desafio para regular o mercado privado de forma a garantir a sustentabilidade e a consolidação dessa relevante atividade econômica. Os resultados do presente estudo sinalizam para uma era de mudança no modelo assistencial vigente, em oposição ao atual modelo, porém, sem anulá-lo, como forma de inovação e de estratégia de sustentabilidade do setor. A ANS induz a Promoção e Prevenção em Saúde para nortear novas práticas assistenciais cujo objetivo é padronizar a forma de tratar a saúde em uma nova perspectiva, vislumbrando maiores resultados em saúde. Visa contribuir com novas modelagens/formas de construção de serviços em saúde e com novas formas de relacionamento entre os diversos atores do segmento que impactam positivamente frente ao cenário do setor.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Promoção e Prevenção em Saúde; Saúde Suplementar; Agência Nacional de Saúde Suplementar.

INTRODUÇÃO

Com o advento do século XXI, trazido ao atual cenário do sistema de saúde brasileiro, tanto público quanto privado, apresenta-se um panorama de discussão sobre o modelo de sistema de saúde vigente, do qual destaca-se diversos fatores preocupantes: a evolução populacional/envelhecimento/expectativa de vida, a epidemiologia, em especial, o avanço das doenças crônicas não transmissíveis e os altos custos do setor, a urgência de mudanças e de inovações na gestão e na estrutura de atendimento

do setor, bem como uma mudança cultural tanto da população em geral quanto dos profissionais e das organizações de saúde diante da forma de prestar assistência em saúde (MALTA ET AL., 2004).

Nesse sentido, para a transformação desse, e nesse cenário acredita-se no olhar estratégico de gestão em saúde, uma vez que, ele permite conhecer as ameaças e possibilita explorar os diferenciais competitivos que podem fazer a grande diferença entre o sucesso e o fracasso do setor (KAPLAN; NORTON, 2008).

O setor privado, em particular a Saúde Suplementar, composto por serviços financiados por planos e por seguros de saúde particulares, tendo regulação específica pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), representa um importante e significativo segmento do sistema de saúde brasileiro, já que se configura como um aparato de grande atuação na prestação assistencial por intermédio de ações de promoção, de prevenção, de proteção e de recuperação da saúde, com ações integradas e com atividades preventivas comuns aos objetivos do SUS, as quais são fornecidas de forma suplementar (ANS, 2009).

Sob esse aspecto, visando o modelo assistencial, o principal objetivo desse artigo é analisar informações e conhecimentos sobre o contexto da Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos, Agravos e Doenças em uma visão estratégica de gestão do setor privado da Saúde Suplementar diante da sua relevância no avanço dos desafios futuros na regulação desse setor.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa documental, exploratória, longitudinal, de cunho qualitativa, através do método de análise de conteúdo do tipo temática e estrutural, não sistêmica, extraída em diversas fontes que permitissem abordar a trajetória da Promoção e Prevenção do Sistema de Saúde Suplementar, nos últimos quinze anos, como, por exemplo:

Portais da ANS (<http://www.ans.gov.br/>);

Portais do Ministério da Saúde (<http://goo.gl/fWyCcA>);

Portais do Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (<http://apsredes.org/site2013/saudesuplementar/>); Livros e artigos científicos.

A delimitação do assunto ocorreu pela definição das categorias temáticas que propôs analisar as práticas de gestão estratégica na Saúde Suplementar, tendo como enfoque a sua promoção e prevenção, considerando: Saúde Suplementar; e Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos, Agravos e Doenças na Saúde Suplementar. A próxima etapa metodológica estruturou-se na leitura exploratória dos estudos (fontes), objetivando o contato com os textos em sua totalidade, seguida de classificação seletiva para a averiguação da finalidade pertinente à pesquisa (GIL, 2002).

Após realizar leitura analítica e crítica, procedeu-se à sintetização das ideias e à ordenação do referencial selecionado no corpo do artigo, seguido da discussão de resultados e considerações finais de conclusão do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Saúde Suplementar

A Saúde Suplementar, no Brasil, que surge como proposta alternativa suplementar ao SUS, é composta pelas ações e pelos serviços de saúde prestados pela iniciativa privada. Pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado, ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. Estão presentes dentro do cenário da Saúde Suplementar no Brasil, o governo representado pelo Ministério da Saúde (MS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – além de operadoras de planos privados, de seguradoras e de prestadores de serviço de assistência à saúde (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 2015).

Os serviços privados de assistência à saúde no Brasil surgem no final da década de 1960, sob a forma de planos de assistência médica, e na década de 1970 emergem e consolidam-se os chamados “seguros” de saúde, regulados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) (ANS, 2009).

Com o crescimento acelerado, a partir de então, começam a aparecer outras diversas modalidades de prestação assistencial de saúde, como, por exemplo, as Medicinas de Grupo, a Autogestão, as Cooperativas Médicas, etc., tornando-se uma relevante atividade econômica na área da saúde, atingindo, na época, mais de 30 milhões de brasileiros. Porém, com um crescimento sem regras, com total ausência de regulamentação, apresentava uma série de problemas relacionados à cobertura assistencial, às condições de acesso, suporte, entre outros, gerando descontentamento dos usuários no que tange aos serviços recebidos. Com a identificação desses problemas, fez-se necessária a regulação desse mercado, a fim de racionalizar e de reordenar o setor, até que, no final da década de 1990, foi concluído o processo de regulamentação desse segmento (ANS, 2009).

A formalização do marco legal da regulação da atividade ocorreu por meio de um conjunto de leis a partir de 1998. A Lei nº 9.656/98 e a Medida Provisória (MP) 2.177-44 (originalmente MP 1665, de 5/6/98) dispuseram sobre a regulamentação dos planos e dos seguros privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998), e a Lei nº 9.961/00 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro (RJ) e que atua como órgão de regulação, de normatização, de controle e de fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com o Art. 3º da Lei Nº 9.961/00, a finalidade institucional da ANS é de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país, cabendo, portanto, à ANS desenvolver mecanismos regulatórios capazes de promover garantias assistenciais de saúde no setor privado.

A regulação pública, praticada pela ANS, tem ocorrido, em geral, a partir da premissa da regulação da saúde financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, ou seja, da capacidade de uma operadora de se estabelecer no mercado, “honrando” compromissos na prestação da assistência à saúde de seus beneficiários, conforme o que foi contratado, sob a perspectiva do direito do consumidor, definindo, assim, relações entre operadoras, produtos e beneficiários. Da mesma forma, também, tem o entendimento que deverá intervir na regulação do cuidado à saúde praticado no setor (MALTA ET AL., 2004).

Pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 41, de 14 de dezembro de 2000, a ANS emite o Rol de Cobertura Assistencial, contemplando os procedimentos de diagnóstico e de tratamento das doenças que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), para garantir e para tornar público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde privados. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente é o anexo da Resolução Normativa (RN) nº 167, publicado em 9 de janeiro de 2008, e de atualizações posteriores (ANS, 2009).

Com a publicação da RN nº 167/2008, surge a concepção da cobertura mínima, abrangendo praticamente tudo na saúde (todas as doenças e todos os tratamentos). Desse modo, a ANS fixou uma série de medidas e de alterações na dimensão da cobertura e da qualidade assistencial, entre elas, a instituição de práticas e de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças (ANS, 2009).

Assim, observa-se que o processo regulatório desdobrou-se, também, para uma regulação do cuidado à saúde, com foco na reorganização da atenção à saúde e na remodelagem do modelo assistencial dominante, instituindo, às operadoras de planos de saúde, políticas indutoras, como, por exemplo, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, com diretrizes que adotam intervenções em todos os aspectos: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (ANS, 2009).

A ANS (BRASIL, 2015A), em sua gestão, promove consultas públicas, publicadas no Diário Oficial da União (DOU), para dispor a sua Agenda Regulatória, com o objetivo de estabelecer um cronograma de atividades prioritárias para o próximo período, garantindo transparência na atuação do órgão e possibilitando o acompanhamento pela sociedade. Entidades representativas ligadas à saúde e todos os cidadãos interessados em contribuir podem participar da consulta através do portal da ANS no seguinte *link*: www.ans.gov.br.

A última consulta pública da ANS foi lançada em 30 de abril de 2015, recebendo o número 57. A Consulta Pública número 57 fixou a Agenda Regulatória triênio 2015/2017, sendo composta por três eixos temáticos e por sete macroprojetos, os quais giram em torno da garantia de acesso e de qualidade assistencial, da sustentabilidade do setor, da integração do setor com o Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira a sistematizar

¹ Operadora de plano privado de assistência à saúde é uma Pessoa Jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera, ou que comercializa planos privados de assistência à saúde.

² Agenda regulatória é um instrumento de planejamento que agrega o conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor, e que serão objeto de atuação da Agência nos próximos períodos.

os principais fatores que atuam sobre a oferta e sobre a demanda por serviços de saúde suplementar (ANS, 2015A).

De acordo com os atuais dados do setor suplementar (ANS, 2015B), registrados pela ANS, encontram-se ativas 1.390 operadoras de planos de saúde, responsáveis por movimentar cerca de 120 bilhões de investimento no mercado privado, atendendo cerca de 50 milhões de usuários, o que representava uma cobertura de 26,3% da população brasileira na saúde suplementar.

Entre a segmentação assistencial, distribui-se na combinação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar (84%), com, ou sem odontologia, assistência referenciada (10%), ou só ambulatorial (4%), ou só hospitalar (2%), com a maior concentração em planos coletivos/empresariais (67%), seguido dos individuais/familiares (19%), e contratos por adesão (14%) (ANS, 2015B).

Os gastos governamentais na saúde não correspondem à maioria dos investimentos na área, sendo os privados em saúde os que possuem a maior representatividade no financiamento do setor. Dessa forma, a saúde suplementar consolida-se como uma relevante atividade econômica do setor de saúde, com a maior parcela de gastos em saúde, ultrapassando os investimentos públicos, posicionando-se como um grande alavancador no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2011).

No entanto, a Saúde Suplementar, em seu contingente promissor, enfrenta problemas que replicam em todos os seus participantes. Campos (2008) destaca que a Saúde Suplementar, a qual nasceu como uma alternativa aos serviços públicos, estruturou-se em torno de uma lógica inapropriada, na qual os clientes de um plano de saúde compram o direito de uso em uma rede própria, ou credenciada, de livre escolha, remunerada por procedimento realizado e com um processo fragmentado e descoordenado de atenção à saúde.

Sob essa lógica, o objetivo primordial do sistema de saúde, que deveria ser cuidar da saúde das pessoas, se perdeu em meio a uma competição acirrada em repassar custos de um participante para outro, distorcendo seu foco, derivando um processo de cuidado fragmentado, em que cada integrante tenta aumentar a sua participação em um ciclo vicioso capaz de desvirtuar a atividade e seus benefícios, em uma disputa incoerente, em e que para um ganhar o outro necessariamente precisa perder (CAMPOS, 2008).

Nesse sentido, a ANS, com o propósito institucional de promover a defesa do interesse público na assistência privada à saúde, vem gerindo a grande demanda não assistida pela saúde pública, a qual acaba abrindo grandes oportunidades ao setor privado, mas também traz muitos riscos, o que requer uma atuação com planejamento estratégico, com foco na melhoria dos resultados organizacionais e assistenciais (ANS, 2015c).

No caso da Saúde Suplementar, para a otimização da gestão em saúde, as informações em saúde são essenciais, entretanto elas precisam ser sistematizadas e analisadas para que possibilitem, adequadamente,

planejamento, implementação e avaliação dos resultados esperados, subsidiando, quando necessário, o ajuste das estratégias programadas (ANS, 2015D).

Dessa forma, impactar na reorientação da forma de prestar a atenção à saúde e de fazer a coordenação do setor frente a sua sustentabilidade (ANS, 2009).

Assim, a ANS vem, por meio de condução do processo regulatório e indutora, incorporar propostas inovadoras no campo das práticas assistenciais e da gestão dos serviços de saúde suplementar, com especial ênfase para a promoção à saúde e a prevenção de riscos, agravos e doenças e o gerenciamento de riscos e doenças crônicas (MALTA, ET AL, 2004).

Nessa perspectiva, a ANS induz uma mudança no papel dos atores desse setor, no qual as operadoras de planos privados de saúde acabam tornando-se gestoras de saúde (com assistência integral à saúde) e prestadoras de serviços em produtores do cuidado (com clientes e usuários com consciência sanitária e autônoma). Outrossim, a ANS converte-se em uma agência reguladora cada vez mais qualificada e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde (ANS, 2015C).

2. Promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças na Saúde Suplementar (ANS)

Em consonância com a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incluiu, em sua agenda, a adoção de programas de promoção e de prevenção em saúde, especificamente para as operadoras de planos privados. No artigo 4º da lei que cria a ANS (LEI 9.961/00), estabelece-se que uma das suas competências é “[...] fixar as normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos de saúde, incluindo os modelos assistenciais” (BRASIL, 2000).

Ações de promoção, de prevenção e de proteção da saúde são, nessa concepção, fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, haja vista que assume uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde por meio da construção de políticas públicas saudáveis que proporcionem beneficiamentos no modo de viver e de pensar a saúde de forma integral. Isso significa, também, vincular diretrizes da ANS acerca dessas ações de saúde às políticas públicas estruturadas pelo Ministério da Saúde (MS), respeitando as peculiaridades do setor suplementar, como forma de fortalecimento de parcerias e de discussões a respeito das necessidades de saúde apresentadas pela população brasileira (ANS, 2011).

Malta (2008) define que o modo de operar a assistência na saúde suplementar passa a se tornar centrado na produção de atos desconexos e não articulados, trabalhando não com a produção da saúde, mas com a ideia de “evento-sinistralidade”. Nessa concepção, a saúde, no setor privado, torna-se, para o mercado, um produto e não um bem, de maneira a ser considerado em um sentido valorativo, no qual as atividades de promoção e de

³ A sinistralidade significa a relação entre sinistros realizados e prêmio, ou seja, expressa em porcentagem, a relação entre despesa assistencial e a receita de contraprestação das operadoras (ANS, 2015).

prevenção em saúde são vistas sob um aspecto mercadológico, ou como uma estratégia de marketing em vez de diretrizes de um modelo assistencial integral de atenção visando, de fato, o cuidado à saúde.

O autor sobredito, ainda, considera que a grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor privado e que a fragmentação e a descontinuidade da atenção comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo, atingindo também, as redes de cuidados básicos, de cuidados especializados e de cuidados hospitalares que atendem a clientela de planos de saúde.

Esse modelo tradicional, com ações desintegradas, de pouca prática em promoção e em prevenção, com o cuidado fragmentado hegemonicamente curativista, centrado no procedimento, “hospitalocêntrico”, medicalizado), com custos extremamente elevados e com foco na atenção centrada na doença do indivíduo (cura), como uma prática de medicina altamente especializada com o tangenciamento do cuidado contínuo, manifesta uma crítica quanto à urgência de repensar o modelo de atenção à saúde e, fundamentalmente, também na maneira de prestar assistência de saúde, para que seja possível obter uma maior resolutividade e uma crescente integralidade com vistas a aliar eficiência nos cuidados efetivos a custos adequados dentro de um padrão desejado de eficácia e com mensuração de resultado em saúde (CAMPOS, 2008).

O atual modelo de atenção à saúde do, e no, Brasil, fomentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem suas origens no setor público, ou seja, nas experiências e nas modelagens de ações focadas na promoção e na prevenção da saúde e encontra-se aglutinado em práticas de cuidados fragmentados, em produção de atos (procedimentos médicos/hospitalares) desarticulados, o que gera insatisfação dos usuários e desperdícios dos recursos (MALTA, 2008).

Segundo Who (1986), a Promoção da Saúde, de acordo com a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, de 1986, em seu caráter universal (que vai além dos cuidados de saúde, do enfoque biológico e social do processo saúde-doença) contempla a importância do estilo de vida (comportamentos e hábitos saudáveis) dos sujeitos e dos fatores ambientais. A ANS, atendendo aos princípios gerais norteadores da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, considera, então, importante abordar a assistência à saúde de forma integrada (ANS, 2015C).

Com esse objetivo, a ANS vem incentivar as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças na assistência privada, assumindo um papel importante para a produção de saúde (incorporar a concepção do cuidar e não apenas tratar as doenças em si, ou seja, curá-las).

Para a ANS, a definição de modelo assistencial consiste “[...] na organização das ações para intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar os problemas de saúde existentes na coletividade” (ANS, 2007).

O esforço que a ANS vem realizando, no sentido de as operadoras de planos privados implantarem ações de promoção da saúde e prevenção

de riscos e doenças, busca criar um modelo de atenção baseado na produção do cuidado, tornando o setor suplementar um ambiente de produção de valor em saúde, fomentando o vínculo entre profissional de saúde e usuário e tornando a operadora gestora do cuidado em relação aos seus usuários. Um modelo que envolva a adoção de práticas cuidadoras e integrais, podendo ser desenvolvido por diferentes intervenções, mantendo-se a natureza médico-curativa, desde que tenham como premissa-base: ações de promoção e prevenção de saúde que simplesmente atendem às demandas, ou as que atuem ativamente sobre os usuários (ANS, 2007).

Em linhas gerais, os objetivos da ANS, de acordo com Rangel (2010), ao propor diretrizes para o incentivo à adoção, à implementação e à qualificação de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde foram: 1) contribuir para o desenvolvimento de ações para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar; 2) induzir a reorientação dos modelos assistenciais vigentes; 3) contribuir para a qualificação da gestão em saúde no setor de saúde suplementar, incentivando as operadoras a atuarem conforme o perfil de saúde e de doença da sua população de beneficiários; 4) estimular a integração das ações da atenção primária com a atenção de maior complexidade; e 5) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde.

Inicialmente, o foco das operadoras de planos privados estava voltado apenas para resultados de questões econômicas (financeiras) dos planos de saúde, não sendo realizadas ações de promoção e de prevenção em saúde. Através de discussões (debates) da ANS sobre a indução do desenvolvimento de ações e de estratégias de promoção da saúde e de prevenção de riscos e de doenças no setor suplementar foram implementadas, a partir de dezembro de 2004, com a realização do I Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, as primeiras normatizações acerca da temática em questão (ANS/OPAS/OMS, 2013).

A primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras de planos de assistência à saúde implantassem ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários teve os incentivos financeiros como cerne. Foi com a publicação da Resolução Normativa (RN) nº 94, em 23 de março de 2005, em uma ação conjunta entre a DIOPE (Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras) e a DIPRO (Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos), que se estabeleceram os critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, definidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 77, de 17 de julho de 2001, por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde que realizassem programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários (ANS/OPAS/OMS, 2013).

No mesmo ano, em decorrência do II Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, realiza-

⁴ O ativo garantidor é a efetivação financeira real da garantia escritural refletida pela provisão técnica. O registro das provisões técnicas no passivo (balanço patrimonial) representa o cálculo dos riscos inerentes às operações de assistência à saúde. E os ativos garantidores são recursos financeiros destinados a cobrir esses riscos, caso eles traduzam-se em despesas. Os recursos aplicados nesses ativos devem obedecer a determinados limites percentuais, de aceitação e de diversificação, de acordo com a sua natureza e com os seus riscos inerentes, além do porte da operadora, conforme estabelece a Resolução Normativa RN nº 159, de 04 de julho de 2007.

do em dezembro de 2005, foi levado para discussão a construção e a preparação de suporte técnico (constituição de um grupo técnico específico), sustentado em evidências científicas e que objetivaram auxiliar as operadoras na estruturação e no desenho dos programas (ANS/OPAS/OMS, 2013).

A ANS, desde 2004, vem estimulando as operadoras de planos privados de assistência à saúde a repensarem a gestão com vistas a contribuir para mudanças no tradicional modelo de atenção para um modelo de atenção integral à saúde, no qual haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (ANS, 2015).

O resultado desse estímulo pode ser verificado pelos inúmeros incentivos para a implementação de programas de promoção e de prevenção à saúde desde então, e que estão na sequência desse referencial (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Assim, em dezembro de 2006, no III Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, é lançado a primeira edição do Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (ANS/OPAS/OMS, 2013), que abordou as principais ações organizadas por áreas de atenção à saúde (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e do idoso, saúde da mulher, saúde do homem, saúde bucal e saúde mental).

Já a segunda edição desse manual, lançada no IV Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, realizado em dezembro de 2007, deu ênfase à prevenção e ao controle dos fatores de risco como uma abordagem relevante, independentemente da área de atenção à saúde na qual a operadora estrutura seus programas, além de que acrescentou a saúde do trabalhador na área de atenção. Nesse evento, a avaliação dos programas recebeu um destaque especial, sendo reconhecida como uma ótima ferramenta de planejamento que viabiliza a tomada de decisões e a definição de estratégias de intervenções com a indicação de incorporação da inovação tecnológica. Nessa oportunidade, a dinâmica do evento permitiu a realização de oficinas dirigidas nas áreas de atenção, com apresentação de práticas exitosas (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Nessa perspectiva, a ANS, ao observar a necessidade de um maior aprimoramento das informações e da qualificação dos programas existentes, elaborou por meio de uma pesquisa (enviada a 1.842 operadoras), um diagnóstico do setor, a fim de traçar o perfil dos programas e das ações realizadas pelas operadoras. O resultado da pesquisa foi publicado no Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde, em 2008 (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Posteriormente, em dezembro de 2008, a ANS publicou a Instrução Normativa (IN) conjunta no 01 DIPRO/DIOPE, que lança outra estratégia de estímulo econômico-financeiro ao desenvolvimento de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças, definindo que os valores aplicados neles passariam a ser tratados como ativos intangíveis no Plano de Contas Padrão da ANS (ANS, 2015F).

As operadoras interessadas devem realizar cadastro do programa, preenchendo as exigências mínimas, no sítio da ANS (www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/promocao_prevencao.asp), e aguardar a aprovação da agência, a qual, após avaliar as propostas, as aprova mediante o cumprimento de pré-requisitos básicos para a realização de programas com qualidade (ANS, 2015F).

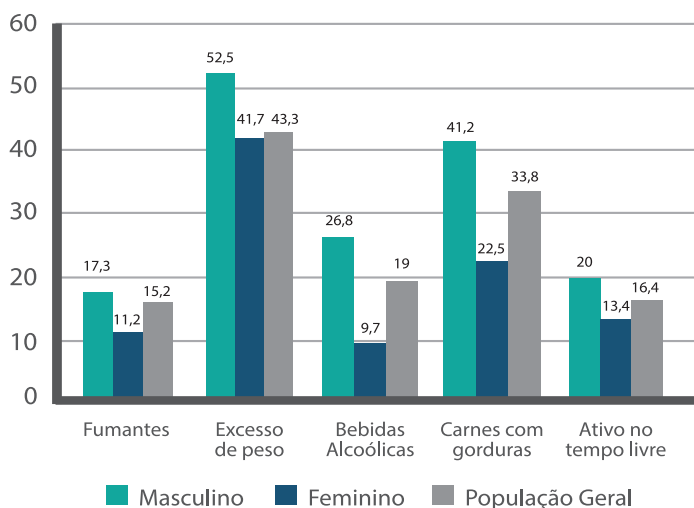
Ainda em 2008, outra iniciativa que merece destaque é a participação da ANS no Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, facilitando a integração das ações entre os setores público e privado. Atualmente, a ANS é membro do grupo técnico referente ao Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil para o período compreendido entre 2011/2022 (ANS/OPAS/OMS, 2013).

O Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011/2022 (BRASIL, 2011; MALTA ET AL., 2013) aborda quatro principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) e define três diretrizes estratégicas, ou eixos de atuação: Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da Saúde; e Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não transmissíveis (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Cabe ressaltar que uma das estratégias definidas pelo comitê gestor da PNPS/MS foi a inclusão de perguntas sobre planos de saúde na pesquisa denominada Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - “Vigitel”, realizada pelo Ministério da Saúde (ANS/OPAS/OMS, 2013). Essa permitiu o conhecimento dos fatores de risco e de proteção para doenças crônicas, conforme segue no gráfico 1 que segue abaixo:

⁵ Vigitel é uma pesquisa telefônica realizada pelo Ministério da Saúde que visa avaliar a prevalência de fatores de risco e de proteção para diversas doenças crônicas no Brasil. Aborda questões relacionadas ao excesso de peso, à obesidade, à inatividade física, ao consumo regular de frutas e hortaliças, ao consumo de álcool, ao diabetes mellitus e à hipertensão arterial sistêmica na população brasileira adulta. Serve para subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Gráfico 1 - Fatores de risco e proteção na população masculina e feminina de beneficiários de planos de saúde e na população brasileira em geral.



Fonte: ANS/Vigitel (2008)

Com a adesão das operadoras na implantação de programas de promoção e de prevenção à saúde, a ANS (ANS/OPAS/OMS, 2013) sinaliza para uma nova abordagem do modelo de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que deve apresentar características tais como: a) Fatores de Risco e Doenças já instaladas como, por exemplo, Diabetes e Hipertensão; b) Detecção precoce e tratamento de doenças; c) Ações educativas; d) Estímulo a mudanças no estilo de vida; e) Adesão ao tratamento medicamentoso; f) Equipe multiprofissional; g) Capacitação do indivíduo para o autogerenciamento das doenças e dos riscos; h) Utilização de protocolos e de diretrizes; e i) Monitoramento e avaliação como ferramenta de gestão.

Com um olhar voltado para a qualificação dos programas cadastrados sob critérios da qualidade, a ANS lançou, em dezembro de 2009, a Instrução Normativa nº 24, que dispõe sobre o cadastramento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar certificados por Instituições Acreditoras e que tem como objetivo simplificar o processo de aprovação dos formulários de cadastramento de programas e estimular as operadoras a utilizarem o Manual de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Assim, a terceira edição do manual mencionado, publicada em 2009, focou em uma revisão conteudística com fins de ampliação do provimento de informações que estabelecessem indicadores em saúde voltados para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, baseada na utilização de ferramentas da qualidade, reconhecidamente eficazes em termos de metodologia (conferindo a esse método credibilidade e transparência) (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Em dezembro de 2010, a ANS publicou a Instrução Normativa nº10, que somada à Instrução Normativa nº11, de dezembro de 2011, abordam o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), o qual atribuiu uma pontuação bônus à Dimensão de Atenção à Saúde do Programa de Qualificação das Operadoras, pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde – IDAS, para as operadoras com programas aprovados junto à ANS. Além disso, essas duas normativas destacam-se por subsidiarem uma nova etapa da regulação: o compromisso com o eixo da Atenção ao Idoso (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Na continuidade à política de regulação por incentivos, a ANS publicou, em 2011, as Resoluções Normativas nº264 e nº265, ambas de 19 de agosto de 2011, que definiram conceitos e que estabeleceram modelagens para programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Esses conceitos e essas modelagens têm por função guiar as operadoras e dispor sobre formas facultativas de incentivos à participação de operadoras e beneficiários, bem como introduzir a possibilidade de bonificação⁶ e de premiações aos beneficiários na adesão aos programas validados pela ANS (ANS/OPAS/OMS, 2013).

⁶ Instituição Acreditoras é uma organização de direito privado, com, ou sem fins econômicos, credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), com a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade das organizações, dos serviços e dos programas de saúde, dentro do processo de acreditação, em nível nacional.

⁷ A avaliação de desempenho das operadoras é realizada através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, calculado a partir de indicadores definidos pela própria ANS, agregados em quatro dimensões, sendo que cada uma possui um peso diferente na formação do IDSS: 40% para a dimensão Atenção à Saúde, 20% para a dimensão Econômico-financeira, 20% para a dimensão Estrutura e Operação e 20% para a dimensão Satisfação do Beneficiário.

⁸ Bonificação: vantagem pecuniária, representada pela aplicação de desconto

Pela Resolução Normativa nº 264 (ANS/OPAS/OMS, 2013), é facultado às operadoras oferecerem programas definidos pelas seguintes modelagens de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças:

Programa para Gerenciamento de Crônicos: conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas e com risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

Programa para População-Alvo Específica: conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas, incorporando ações para a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças em determinada faixa etária, ciclo de vida, ou condição de risco determinada.

Programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida: conjunto de estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos, incorporando ações para a promoção da saúde em todas as faixas etárias, desde o pré-natal até as idades mais avançadas.

Já as Instruções Normativas nº 35 e nº 36, de 19 de agosto de 2011 (ANS/OPAS/OMS, 2013), respectivamente, vem regulamentar a RN nº 264, dispondo sobre o acompanhamento de programas pela ANS, em que as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão informá-la sobre todos os programas desenvolvidos, independente da obtenção de bonificações; e a RN nº 265, dispondo sobre a concessão (não obrigatória) de bonificações aos beneficiários participantes dos programas (para os procedimentos de cumprimento dessa última resolução é lançada a Instrução Normativa nº 36, de 19 de agosto de 2011). .

Paralelamente à padronização das modelagens de programas, a ANS lançou a Resolução Normativa nº277, de 4 de novembro de 2011, que institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, com o objetivo de aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e a solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade (ANS, 2015g).

Para os programas de Promoção e Prevenção, o processo de acreditação verifica e define parâmetros de qualidade, a fim de estimular a adoção das melhores práticas por parte das operadoras, que poderão, voluntariamente, se submeter ao processo de acreditação, total, ou parcial (apenas serviços próprios, ou programas de promoção e prevenção específicos), executado por uma entidade acreditadora de sua escolha (ANS, 2015G).

O programa de acreditação, por sua vez, consiste em uma série de itens, distribuídos em sete dimensões, no qual a quinta trata especificamente sobre 51 itens de avaliação de Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde desenvolvidas por operadoras, cujo

no pagamento da contraprestação pecuniária, concedida pela operadora ao beneficiário do plano de saúde como incentivo à sua participação em programa de Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida. Premiação: vantagem, representada pela oferta de prêmio, concedido pela operadora ao beneficiário do plano de saúde como incentivo à sua participação em programa de População-Alvo Específico e Programa de Gerenciamento de Crônicos.

objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora. Para tanto, a operadora será aferida in loco pelo comitê de uma entidade acreditadora homologada pela ANS que fará a análise e a avaliação de indicadores, emitindo um parecer sobre o grau de conformidade encontrado (ANS, 2015G).

Ainda, em novembro de 2011, é lançada a quarta edição do Manual de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, durante o 1º Seminário para Construção de Modelos Assistenciais, que abordou os temas Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, Envelhecimento Ativo e Diretrizes Clínicas (ANS, 2011).

Essa, última edição do Manual de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (2011) objetivou trazer, para a Agenda Regulatória, a reflexão sobre o envelhecimento populacional e sobre o aumento na prevalência das doenças crônicas e seus impactos na sustentabilidade futura do setor. Dessa forma, estima-se que o manual em questão seja um instrumento importante de consulta e de orientação na formulação dos programas para promoção de saúde e prevenção de doenças e que ele contribua para a construção de uma nova forma de se organizar a saúde no sistema suplementar brasileiro (ANS, 2011).

De acordo com os dados, a ANS registra um aumento importante do número de beneficiários participantes de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Antes da vigência das RNS nº 264 e 265, de 2011, 127 programas foram informados à ANS, com estimativa de participação de 198 mil beneficiários. Após doze meses de vigência das resoluções acima citadas, já eram 760 programas, com a participação de 1,2 milhão de beneficiários. Os números (a margem de aumento de programas e de beneficiários de saúde suplementar) demonstraram o sucesso da iniciativa, a adesão das operadoras e o grande interesse que os beneficiários têm por esses programas. (ANS, 2011).

Em 2012, houve uma alteração na forma do estímulo econômico-financeiro oferecido às operadoras para o desenvolvimento de programas. A Instrução Normativa Conjunta (INC) DIOPE E DIPRO nº 07, de novembro de 2012, revogou a norma anterior que permitia o lançamento dos gastos com programas como ativo intangível e dispôs sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. As operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolvem programas de promoção e prevenção de riscos e doenças e que desejam a aprovação da ANS, atualmente, deverão cadastrá-las de acordo com as exigências da regulamentação da normativa referida acima, e aquelas que tiverem programas aprovados pela ANS deverão registrar contabilmente as despesas com programas para promoção a saúde e prevenção de riscos e doenças em conta específica do Plano de Contas Padrão da ANS (conforme RN nº 290/2012). O total de despesas com esses programas reduzirá a exigência mensal de margem de solvência do exercício corrente, desde que observados os requisitos da referida norma (ANS, 2015C).

No final do mesmo ano, surgiu o Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, que tem por intuito identificar e valorizar experiências bem-sucedidas e inovadoras dentro do escopo da saúde suplementar desenvolvidas em parceria entre a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde)/OMS BRASIL (Organização Mundial da Saúde) e a ANS para tratar de assuntos relevantes no campo assistencial da saúde suplementar em termos de âmbito da cooperação técnica (ANS/OPAS/OMS, 2013).

O foco central desse Laboratório de Inovações foi o monitoramento e a avaliação dos programas para promoção, prevenção e qualidade do cuidado aos portadores de condições crônicas; a coordenação e a integração da rede assistencial de saúde, visando mais qualidade; a sustentabilidade econômico-financeira do setor de saúde suplementar; e a introdução de ferramenta do modelo de cuidados de crônicos, contribuindo com o lançamento das seguintes publicações: Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar; Cartão Plano de Melhoria da Saúde; Plano de Melhoria da Saúde: Um Guia para pacientes e público em geral; Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar-2012 e Vigitel Brasil-2011-Saúde Suplementar (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Um outro produto desse Laboratório de Inovação que merece ser mencionado é o portal eletrônico denominado Você Saudável (<http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/>) que tem alvo elementar a de facilitação do acesso a informações pelo público em geral. O “Você Saudável” traz informações em linguagem acessível (de caráter informal e com características linguísticas da popularização da ciência) sobre fatores de risco, sobre alimentação saudável, sobre envelhecimento ativo, sobre atividades físicas, sobre autocuidado e sobre ações de promoção e de prevenção (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Esse Laboratório de Inovações obteve grande desenvolvimento a partir da construção de uma metodologia de avaliação e de monitoramento dos programas de promoção e prevenção da saúde suplementar no Brasil; da avaliação dos programas ativos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, aprovados pela ANS; da integração e da divulgação de informações importantes de várias fontes de dados que sirvam como base para o incremento e para o aprimoramento de programas de saúde suplementar já existentes; e do incentivo à elaboração de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (inclusive as ações de envelhecimento ativo) baseados em evidências (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Dessa forma, ele cooperou para fomentar a ANS, no sentido de apoiar a disseminação dessas práticas na esfera da saúde suplementar, orientando para a mudança no modelo de atenção e, conseqüentemente, trazer mais saúde e benefícios para a população (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Portanto, a política de regulação indutora da ANS para a mudança no modelo assistencial de saúde suplementar está, sobretudo, orientada na elaboração e na expansão de programas de Promoção da Saúde e

⁹O conceito utilizado nos Laboratórios de Inovação (LI) para inovação em saúde é o de introdução e adoção de novos processos, produtos, práticas, programas, ou políticas criadas para atender um problema real e que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedades, ou organizações. Beneficiário.

¹⁰Popularização da ciência (PC): “o acesso da sociedade mais ampla à experiência científica é feito por meio de textos de PC: textos sobre ciência, publicados por cientistas ou jornalistas científicos em revistas, jornais ou redes de TV aberta ou a cabo, tendo em mente uma audiência formada por não-especialistas” (ROTH, 2009, p. 135-136).

Prevenção de Riscos e Doenças, como atesta Katia Audi, gerente da Gerência de Monitoramento Assistencial da ANS (ANS, 2015H):

Esse marco regulatório acrescenta novos parâmetros para o modelo de saúde no setor privado, introduzindo ações para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que são fundamentais para a reorientação da forma de atenção à saúde, sendo uma estratégia que objetiva a melhoria na qualidade de vida, a redução dos riscos à saúde e as melhorias no modo de viver. Sob esse prisma, a implementação de um programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças crônicas é considerado uma tarefa complexa que passa por diferentes etapas de um processo gradual e contínuo, que exige metodologia adequada e gerenciada por uma equipe profissional capacitada e devidamente treinada para a execução efetiva das ações propostas (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Nesse sentido, a ANS define um programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças como um conjunto orientado de estratégias e de ações programáticas integradas e transversais que objetivam: 1) a promoção da saúde; 2) a prevenção de riscos, agravos e doenças; 3) a compressão da morbidade; 4) a redução dos anos perdidos por incapacidade; e 5) o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações sob sua abrangência (ANS, 2015E).

No entanto, a proposta metodológica para a Promoção à Saúde, feita pela ANS, para que possa ser continuamente aprimorada, para que possa buscar práticas inovadoras e efetivas e, para que as operadoras de saúde sejam habilitadas a receberem os incentivos da ANS para os programas aprovados, encontra-se detalhada no Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar e na Cartilha para Modelagem de Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, publicados em 2011 (ANS, 2011).

Uma avaliação criteriosa sobre as metodologias utilizadas na Promoção e na Prevenção, assumem um papel cada vez mais fulcral, visto que o sistema de saúde brasileiro tem demandas crescentes, tem recursos financeiros e humanos limitados e tem gestores que precisam tomar decisões e que necessitam planejar ações para obter os melhores resultados possíveis, de modo que impactem positivamente as pessoas e as organizações (ANS, 2011).

As iniciativas desenvolvidas pela ANS, em consonância com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde, têm levado as operadoras de saúde suplementar à discussão do tema, à organização de seminários, à capacitação de equipes multidisciplinares, à apropriação de conceitos epidemiológicos, à adoção de protocolos clínicos e ao planejamento dos

programas de saúde. Embora ainda existam limitações nesse setor, muitos avanços já podem ser observados, em especial o crescimento de programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças pelo país todo, em diferentes estágios de implementação, em busca de um plano de cuidado integrado ao paciente. (ANS, 2015H).

Atualmente, o modelo assistencial na saúde suplementar é tema central de debates nacionais. Com o objetivo de trocar informações e experiências sobre a temática e com o fito de divulgar as ações e as estratégias desenvolvidas, a ANS vem realizando seminários e workshops regionais para discussão do desenvolvimento e para a avaliação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças na Saúde Suplementar (ANS, 2015H).

Ao longo desse último ano, apresentou os avanços e os desafios na regulação do setor, bem como o lançou o novo inquérito Vigitel da Saúde Suplementar (2014; fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a ANS; dá seguimento às duas edições anteriores publicadas em 2008 e 2011), o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2016 e a introdução da Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) como ferramenta para tomada de decisões (ANS, 2015H).

Sobretudo, o grande desafio da Saúde Suplementar consiste, ainda, em reestabelecer uma nova prática assistencial de saúde suplementar, em promover a saúde e não apenas tratar as doenças (quer seja pelo estímulo à promoção e prevenção, sem o enfoque do marketing, ou quer seja através de uma clínica referenciada no vínculo e na responsabilidade) e em aprimorar um modelo de Atenção Integral à Saúde por meio de novas redes assistenciais, contemplando, assim: Acesso humanizado; Acolhimento; Vínculo; Responsabilização (nova relação profissional de saúde-usuário); Equipe multidisciplinar; Prática clínica cuidadora; Gestão de linha de cuidado; Aumento da qualidade da atenção (ações coordenadas e continuadas); e Visão a satisfação e autonomia do usuário (ANS, 2015H).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução histórica da Promoção e Prevenção da Saúde evidenciada por esse estudo denota uma constante crítica ao modelo assistencial de saúde (médico centrado/hospitalar/curativista) baseado no tratamento da doença – como forma de solucionar os problemas de saúde.

Nessa linha, a saúde abordada com o foco na promoção da saúde passa a ser compreendida como resultado multidimensional relacionado à qualidade de vida, ultrapassando o enfoque na doença e incluindo questões sociais e ambientais, como, por exemplo, habitação, alimentação, educação, trabalho e lazer, o que acarretam ações com abordagem holística e integral.

Observa-se que a Agência Nacional de Saúde (ANS), em seu papel regulador do setor privado de saúde, induz a promoção e a prevenção, mais do que uma política legisladora, mas como uma estratégia de articulação

transversal que se interpõe entre as diversas perspectivas do sistema para o alcance do objetivo final (a produção de saúde para a população em um conjunto estruturado pela sustentabilidade ao longo do tempo), contemplando assim, novas formas de gestão da saúde, especialmente, na sua prestação assistencial.

Os diversos referenciais teóricos acerca do tema (os apresentados ao longo desse artigo) possibilitaram alinhar o assunto às diretrizes da saúde suplementar, regulamentada há quinze anos no Brasil. Observando-se se que a ANS vem abordando esse tema, que vem adotando novas práticas assistenciais em saúde, que vem inovando e interferindo na produção do cuidado e na qualidade dos serviços prestados, fazendo com que as operadoras de planos de saúde privado se adequem às diretrizes por ela preconizadas, constatou-se que esses empreendimentos interventivos incentivam a criação de serviços, ou de programas específicos voltados para a Promoção e Prevenção da Saúde.

Visto que as ações de promoção e prevenção em saúde prestadas na assistência suplementar pela iniciativa privada, não perdem a sua natureza pública diante da regulamentação do setor.

Esse, acompanha os mesmos desafios e as mesmas necessidades de reestruturação organizacional e assistencial em saúde (mas sem restrição legal) desde que sejam observados os aspectos regulatórios que tratam dos limites legais e contratuais estabelecidos entre as operadoras de planos privados e seus beneficiários. O setor privado de saúde suplementar, inclusive, vem sinalizando para uma nova forma de regulação, uma vez que tem trazido à tona produtos diferenciados e diferentes entregas (coberturas) à população, abordando uma saúde gerenciada-coordenada, com integralidade e preservando o livre arbítrio.

Os referenciais (nosso corpus de pesquisa), ainda, apontam para um novo modelo assistencial de saúde, sem eliminar o atual, por meio da promoção à saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças, baseado em uma fórmula padronizada de tratar a saúde e uma maneira diferenciada de relação entre os diversos atores do sistema de saúde, o que ocasiona um grande impacto cultural.

Assim, a Promoção e Prevenção da Saúde, utilizada como estratégia de gestão, contribui para abordar a saúde em termos de atenção integral que transcende a mera disponibilização de rede de prestadores e de serviços de saúde.

Enquanto estratégia de gestão, a Promoção e Prevenção da Saúde abrange o conhecimento epidemiológico da população para a definição de solução de problemas, irrompendo novas formas de atenção à saúde e serviços criativos, em um compromisso com o desenvolvimento e com a sustentabilidade do sistema e, por meio de uma visão integrada da saúde, alcançar resultados de mais saúde (maior bem-estar e com menos custos).

Nesse sentido, as iniciativas das ações de promoção e prevenção da saúde mostram sua natureza bastante complexa, visto que envolvem processos de transformação coletiva com impacto a médio e longo prazo,

por isso, considera-se que devam ser alicerçados sob princípios de desenvolvimento sustentáveis para garantir processos duradouros e fortes ao longo do tempo.

O presente estudo verificou que a promoção e prevenção em saúde, em um contexto de atenção integral, introduziu no sistema brasileiro de saúde, tanto público quanto privado, uma atitude de mudança no modelo assistencial vigente, rumo a uma transformação em oposição ao atual modelo. Transformação essa que já se encontra aberta através de debates sobre o tema e de aperfeiçoamento profissional no setor, traduzindo-se em fundamentos e em diretrizes que nortearão a tomada de decisões futuras, em direção ao novo modelo de saúde assistencial, o qual é entendido como forma de inovação e de estratégia de sustentabilidade do setor.

Não obstante, conclui-se que a abordagem da promoção da saúde e a prevenção de riscos, agravos e doenças como estratégia de gestão na saúde suplementar vem contemplar um rumo novo para o sistema mediante as suas contribuições na mudança do modelo assistencial e a partir do forte impacto positivo frente ao cenário do setor.

Porém, o tema não se esgota nessa abordagem teórica, visto que o sistema de saúde, em sua alta complexidade, não é muito suscetível a grandes mudanças, e suas transformações ocorrem lentamente (tem muito a ser desenvolvido ainda nesse aspecto).

Assim sendo, esse trabalho visou alcançar contribuições fundamentais na seara da promoção e prevenção em saúde do setor suplementar, considerando-se esse como uma etapa preliminar que, posteriormente, terá a sua aprovação como de extrema importância conceitual, em face de tratar de elementos de compreensão da abordagem contemporânea do tema, das relações entre os diversos atores do segmento, e da forma de abordagem da saúde na construção de serviços e modelagens diferenciadas, contribuindo na inovação do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS, BRASIL). MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR. 2ª. ED. RIO DE JANEIRO: ANS, 2007.

_____. ATENÇÃO À SAÚDE NO SETOR SUPLEMENTAR: EVOLUÇÃO E AVANÇOS DO PROCESSO REGULATÓRIO. RIO DE JANEIRO: ANS, 2009.

_____. MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR. 4ª. ED. RIO DE JANEIRO: ANS, 2011.

_____. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO. (ORG. ALBERTO JOSÉ N. OGATA). DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/IMAGES/STORIES/MATERIAIS_PARA_PESQUISA/MATERIAIS_POR_ASSUNTO/LABORATORIO_INOVACAO_2013.PDF](http://www.ans.gov.br/images/stories/materiais_para_pesquisa/materiais_por_assunto/laboratorio_inovacao_2013.pdf)>. ACESSO EM: 19 OU. 2015.

_____. CONSULTA PÚBLICA. (ANS, 2015A). DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/AANS/NOTICIAS-ANS/PARTICIPACAO-DA-SOCIEDADE/2897-ANS-INICIA-CONSULTA-PUBLICA-PARA-REVISAO-DO-ROL-DE-PROCEDIMENTOS>. ACESSO EM: 19 OUT. 2015.

_____. CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR. (ANS, 2015B). DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/PERFIL-DO-SETOR/DADOS-E-INDICADORES-DO-SETOR>. ACESSO EM: 19 OUT. 2015.

_____. HISTÓRICO. (ANS, 2015C). DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/INDEX.PHP/PLANOS-DE-SAUDE-E-OPERADORAS/ESPACO-DA-OPERADORA/298-PROMOPREV-HISTORICO>. ACESSO EM: 19 OUT. 2015.

_____. INFORMAÇÃO EM SAÚDE. (ANS, 2015D) DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/PLANOS-DE-SAUDE-E-OPERADORAS/ESPACO-DA-OPERADORA/COMPROMISSOS-E-INTERACOES-COM-ANS/PROGRAMAS-ANS/PROMOPREV-PROGRAMA-DE-PROMOCAO-DA-SAUDE-E-PREVENCAO-DE-RISCOS-E-DOENCAS/COMO-CRIAR-UM-PROGRAMA/INFORMACAO-EM-SAUDE>. ACESSO EM: 26 OUT. 2015.

_____. PROMOPREV (PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS. (ANS, 2015E). DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/PLANOS-DE-SAUDE-E-OPERADORAS/ESPACO-DA-OPERADORA/COMPROMISSOS-E-INTERACOES-COM-ANS/PROGRAMAS-ANS/PROMOPREV-PROGRAMA-DE-PROMOCAO-DA-SAUDE-E-PREVENCAO-DE-RISCOS-E-DOENCAS>. ACESSO EM: 26 OUT. 2015.

_____. PROGRAMAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE. (ANS,2015F). DISPONÍVEL EM: < HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/PORTAL/SITE/PERFIL_OPERADORAS/PROMOCAO_PREVENCAO.ASP>. ACESSO EM: 26 OUT. 2015.

_____. PROGRAMA DA ACREDITAÇÃO. (ANS,2015G). DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/ESPACO-DA-QUALIDADE/ACREDITACAO-DE-OPERADORAS>. ACESSO EM: 26 OUT. 2015.

_____. NOTÍCIAS E PUBLICAÇÕES. (ANS,2015H). DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/AANS/NOTICIAS-ANS/QUALIDADE-DA-SAUDE/2982->. ACESSO EM: 26 DE OUT. 2015.

_____. ANS/ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. VOCÊ SAUDÁVEL. DISPONÍVEL EM: <HTTP://APSREDES.ORG/SITE2013/VOCESAUDAVEL/2014/03/20/LABORATORIOINOVACAO/>. ACESSO EM: 26 OUT. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS/Saúde Suplementar. **Coleção: Para entender a gestão do SUS/12 (2011)**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Lei 9656. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde.** 1998. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 11 mar. 2016

BRASIL. **Lei 9961. Dispõe sobre a criação da ANS.** 2000. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm >. Acesso em: 11 mar. 2016

CAMPOS, Emerson, F. **Desenvolver a saúde: o modelo cuidador da federação das Unimeds de Minas Gerais.** In: CAMPOS, E. F. et al.(Org). *Desenvolver a saúde: Modelo Cuidador das Unimeds Minas Gerais.* Belo Horizonte: Editora Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Home-Institucional.** Disponível em: < <http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar/>>. Acesso em: 11 set. 2015.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2002.

KAPLAN, ROBERT S.; NORTON, DAVID P.. **A Execução Premium.** Tradução Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MALTA, DEBORAH CARVALHO ET. AL. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, ISSN 1413-8123, jun. 2004.

MALTA, DEBORAH CARVALHO; JORGE, ALZIRA DE OLIVEIRA. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciênc. Saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1535-1542, ISSN 1413-8123, out. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n5/18.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

RANGEL, M. M. S. **Programas para promoção da saúde e prevenção de doenças bucais no setor suplementar: uma avaliação sob a perspectiva da integralidade.** 2010, 86 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, 2010.

ROTH, DÉsirÉE MOTTA. **Popularização da ciência como prática social e discursiva.** (2009) Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/hipersaberes/volume1/textos/t9.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Carta de Ottawa. In: FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO BRASIL: RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Aline Daniele Schuster: Mestre em Ciências da Saúde - PUCRS professora horista da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: alineds@unisc.br

Jane Dagmar Pollo Renner: Doutora em Biologia Celular e Molecular - PUCRS, professora adjunta da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: janerenner@unisc.br

Maria da Graça Porciúncula Soler: Doutora em Ciências - Universidade Federal de São Paulo (UNFESP). Professora adjunta do curso de Enfermagem da Universidade de Federal de Santa Maria (UFSM), campus de Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: gracasr@hotmail.com

Jussara Mendes Lipinsk: Doutora em Enfermagem pela UFRG. Professora do Curso de Enfermagem da UNIPAMPA, Uruguaiana, RS, Brasil. E-mail: jussaralipinski@gmail.com

Susane Flôres Cosentino: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNFESP). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Federal de Santa Maria (UFSM), campus de Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: susycoentino@hotmail.com

RESUMO

O trabalho objetiva analisar os dados disponíveis na base do Sistema Único de Saúde sobre estratégias de prevenção primária e secundária para o câncer cervical. O presente trabalho é uma análise histórica de dados sobre o câncer cervical no Brasil (de 2006 a 2014), provenientes de indicadores disponíveis no DATASUS-SISCOLO com base em programas de rastreamento e é uma análise de dados da cobertura da campanha nacional de vacinação para HPV na região sul do Brasil, configurando-se como um estudo retrospectivo e descritivo. Ao analisar os dados obtidos (corpus de pesquisa), observou-se que 88,15% dos exames realizados correspondem à faixa etária de 25 a 64 anos de idade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A prevalência de alterações no exame citopatológico predomina nas idades entre 20 e 29 anos (27,8%) no sul do Brasil. Assim, concluímos que a realização do exame citopatológico é uma ferramenta imprescindível na detecção precoce de alterações que possam levar ao desenvolvimento do câncer cervical.

Palavras-chave: Câncer Cervical; Citologia; HPV; Prevenção; Vacinação.

INTRODUÇÃO

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, sendo dividido em corpo e colo. O colo do útero apresenta uma parte interna que constitui o chamado canal cervical, ou endocérvice, o qual é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco e de epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas e por epitélio

escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamocolunar (JEC), a qual é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher.

O câncer do colo do útero (CCU) é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, o que compromete o tecido subjacente e pode invadir estruturas e órgãos adjacentes, ou à distância. Há dois principais grupos de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos) e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular.

O CCU, também conhecido como câncer cervical, é o segundo câncer mais comum em mulheres em todo o mundo. Para o ano de 2014, no Brasil, eram esperados 15.590 novos casos de CCU, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres, sendo que na região sul do país esse é o quinto tipo de câncer mais frequente (15,87/100 mil).

O CCU é causado pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), sendo esse um agente infeccioso transmitido principalmente por via sexual (sua vinculação com o desenvolvimento do câncer cervical já é bem conhecida). Sabe-se que existe uma estreita relação entre o surgimento do câncer do colo do útero e a presença de infecção pelo HPV. Em cerca de 90% a 99,7% dos casos de câncer cervical invasivo são detectados o DNA do HPV oncogênico, sendo os tipos mais comuns o HPV16 e o HPV18. Praticamente todas as pessoas com vida sexual ativa serão infectadas pelo HPV em algum momento da vida e algumas delas serão contaminadas repetidas vezes. O ponto máximo para essa infecção é logo após o início da vida sexual.

A maioria das infecções pelo HPV resolve-se espontaneamente e não causa sintomas, nem doença. Porém, a infecção por alguns tipos específicos de HPV (os de alto risco oncogênico, como, por exemplo...) pode trazer como consequências lesões pré-cancerosas. Se não forem tratadas, essas lesões podem evoluir para câncer do colo do útero. Entretanto, existem outros fatores que contribuem para o desenvolvimento desse tumor (o câncer do colo do útero), como, por exemplo, o tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais, a iniciação sexual precoce, o uso de contraceptivos orais e a infecção por doenças sexualmente transmissíveis.

As manifestações clínicas das lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas, podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico e confirmadas pela colposcopia e pelo exame histopatológico. Quando do estágio inicial de acometimento da doença, os principais sintomas são sangramento vaginal (ou espontâneo, ou pós coito, ou por esforço), leucorréia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias, ou intestinais nos casos mais avançados. Através do exame especular (...) podem ser evidenciados sangramento, tumoração (formação de tumores), ulceração (formação de lesões no tecido mucoso) e necrose (degradação de células e de tecidos) no colo do útero. O toque vaginal pode mostrar alterações na forma, no

tamanho, na consistência e na mobilidade do colo do útero e de estruturas subjacentes.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as estratégias para a prevenção de CCU são o rastreamento (aplicação de um teste, ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões precursoras, ou sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e para tratamento) e o diagnóstico precoce (abordagem de indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença).

O rastreamento é realizado através da citologia oncótica, a qual é caracterizada como estratégia de prevenção secundária para detecção precoce e para tratamento de lesões pré-cancerosas. Esse rastreamento é, tradicionalmente, utilizado como estratégia de prevenção e de detecção precoce do CCU há mais de 60 anos no Brasil. O exame citopatológico cérvico-uterino (também conhecido como Exame Preventivo do Colo do Útero, Exame de Papanicolaou, ou Citologia Oncótica) é capaz de detectar o CCU (por meio da coleta de material vaginal) em fase pré-maligna, ou incipiente (quando é curável com medidas relativamente simples, como, por exemplo, ...).

Ainda que seja um exame rápido, de baixo custo e efetivo para a detecção precoce da doença, sua técnica de realização possui limitações e vulnerabilidades tais como erros de coleta do material, erros de preparação da lâmina, e a subjetividade do profissional de saúde na interpretação dos resultados. O Exame de Papanicolaou é realizado de acordo com a nomenclatura mundialmente estabelecida e revisada de Bethesda (2014) no sentido de objetivar a padronização da terminologia dos laudos citológicos. O Ministério da Saúde do Brasil, por intermédio do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e em parceria com diversos segmentos da sociedade científica, publicou, em 2006, a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais. A aplicação dessa nomenclatura é obrigatória em todo o país, devendo-se utilizar o seu formulário padronizado (gerenciamento dos laudos citológicos) para disponibilização no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Os resultados dos exames citopatológicos, então, por conta dessa nomenclatura, devem ser expressos em formulários apropriados e expedidos de acordo com a procedência.

A Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais permite a identificação de um conjunto de alterações classificadas de acordo com a presença e com o grau das atipias celulares. Dessa forma, as alterações dividem-se em alterações com critérios citológicos definidos (inflamatórias, lesão intra-epitelial de baixo grau, lesão intra-epitelial de alto grau, carcinoma invasor) e em alterações indeterminadas, que são aquelas que não apresentam critérios morfológicos para serem classificadas definitivamente como reativas, ou como neoplásicas, denominadas atipias escamosas de significado indeterminado (ASCUS).

A qualidade do Exame de Papanicolaou depende de fatores ligados à execução e à interpretação do esfregaço citopatológico. Por conseguinte, muitos pesquisadores foram instigados a buscar técnicas alternativas,

ou suplementares para atrelar ao arsenal diagnóstico disponível, com o intuito de melhorar o desempenho e/ou a eficácia na detecção precoce desse tipo de neoplasia. Entre essas principais técnicas moleculares empregadas estão: 1) a Captura Híbrida (CH); 2) a Reação em Cadeia da Polimerase (PCR); e 3) a elaboração de vacinas contra os genótipos mais carcinogênicos do HPV. Esses testes para detecção do HPV têm sido propostos como estratégias complementares, ou substitutiva da citologia oncótica (Exame de Papanicolaou, por exemplo) na detecção precoce do CCU e de suas lesões precursoras, na triagem mais imediata de pacientes com alterações indeterminadas, ou em mulheres de mais de 35 anos com neoplasia intra-epitelial escamosa de baixo grau, porém um elevado valor está associado à sua implementação.

No Brasil, o programa de rastreamento através da citologia oncótica está estabelecido/alicerçado/consolidado no Sistema Único de Saúde (SUS) desde os anos 1990, com atendimento prioritário para mulheres com idade de 25 a 64 anos, contudo não se verificou, desde a sua implementação, uma redução significativa na mortalidade por esse tipo de câncer (o CCU). O prognóstico do CCU depende muito da extensão da doença (dimensão, proporção, amplitude manifesta) no momento do diagnóstico, estando sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico tardio e/ou em fases avançadas de estágio da patologia. Assim, atualmente no Brasil, o princípio básico para prevenção e para controle do CCU é atuar ao longo do curso de vida da mulher, baseando-se na história natural da doença, para identificar as oportunidades de se realizarem intervenções eficazes nas respectivas faixas etárias, podendo ser elas prevenções primárias, secundárias ou terciárias.

Todavia, o Exame de Papanicolaou não é apontado como um teste diagnóstico, mas sim é considerado como um teste de rastreamento que filtra os casos que necessitam de avaliação posterior. Um Exame de Papanicolaou anormal deve ser seguido, ou confirmado por outros métodos diagnósticos, como, por exemplo, colposcopia, biópsia e análise histológica. Para o tratamento precoce de lesões pré-cancerígenas em termos de CCU, o procedimento de escolha é a cirurgia de alta frequência (CAF). Não obstante, em locais com poucos recursos, ou quando a CAF não puder ser realizada, recomenda-se a realização de crioterapia como tratamento alternativo, indicado para lesões positivas na inspeção visual com ácido acético. Em locais com recursos, técnicas como a conização a frio podem ser utilizadas. Por fim, a prevenção terciária diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento do câncer invasivo. O tratamento consiste na cirurgia ablativa, na radioterapia e, por vezes, na quimioterapia. Em mulheres com câncer avançado, os cuidados paliativos podem ser prestados, a fim de aliviar tanto quanto possível os sintomas.

A estratégia de prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV através da vacinação, pois sabe-se que é um método eficaz e de relevante custo-benefício para se combater uma doença de etiologia infecciosa. Assim, em 2006, a Food and Drug Admi-

nistration (FDA), aprovou a vacina quadrivalente como agente imunizador contra o HPV. Nesse mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (ANVISA) regulamentou a comercialização dessa vacina, e em 2008, a vacina bivalente também foi aprovada. O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) possibilita, aos gestores envolvidos no programa, uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos, ou epidemias, a partir do registro das vacinas aplicadas e do quantitativo populacional atingido, que são agregados por faixa etária em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por meio desse registro¹, é possível avaliar o programa vacinal, pois ele ali está, por faixa etária, as doses de imunobiológicos aplicadas e calcula a cobertura vacinal por unidade básica, por município, por regional da Secretaria Estadual de Saúde, por estado e por país.

Já a prevenção terciária é caracterizada pelo tratamento do câncer invasivo do colo do útero através de cirurgia e/ou de radioterapia. Pode-se complementar o esquema de tratamento da doença com quimioterapia nos estágios mais avançados. Diversos países não têm infraestrutura suficiente para prestar serviços, ou a maioria das mulheres afetadas não tem acesso, ou não tem condições financeiras para usar esses serviços. Os principais desafios para instituir sistemas de tratamento de CCU que funcionam bem (em termos de rastreabilidade e manutenção da saúde) são: criar e manter uma rede de referência de tratamento da doença; estabelecer estratégias de adesão ao tratamento da doença; instaurar práticas de cuidados paliativos em relação à doença.

O desenvolvimento do SISCOLO², baseado em uma parceria entre o Ministério da Saúde, o DATASUS e o INCA, decorreu da importância dessa ferramenta como componente fundamental para a organização de ações de rastreamento. O SISCOLO foi implantado em 1999, por meio da Portaria SAS nº 408/99, como subsistema do SIA/SUS. Para fornecimento de informações gerenciais sobre o rastreamento e sobre o faturamento do exame citopatológico. O sistema do SISCOLO aprimorou-se ao longo dos anos, sendo que a partir da Portaria MS/SAS nº 287, de 24/04/2006, houve modificações nas nomenclaturas utilizadas e, atualmente, ele consiste em uma ferramenta fulcral para a organização de ações de rastreamento, para informações gerenciais e para faturamento dos exames.

O sistema SISCOLO, ainda, permite avaliar, por meio de indicadores, se a população-alvo está sendo atingida e qual a prevalência das lesões precursoras de CCU entre as mulheres diagnosticadas como tal. Também, ele armazena dados sobre a qualidade da coleta de material em exames para os diagnósticos laboratoriais, além de apontar qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas após a realização do diagnóstico, sendo assim, é possível coletar dados para construção de indicadores. Porém, o banco de dados SISCOLO inclui apenas as mulheres atendidas pelo SUS e, portanto, as estimativas de cobertura do exame citopatológico estão subestimadas, pois uma parcela das mulheres não realiza esse exame pelo SUS. Além disso, as diferenças observadas nas coberturas dos

¹ Esse sistema está disponível ao público no seguinte *link*:

http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_14_selecao.php.

² Esse sistema pode ser acessado pela população como um todo através do seguinte *link* público:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

exames citopatológicos podem ser, em parte, decorrentes de eventuais diferenças na proporção da população que utiliza o SUS para a realização desse exame.

O presente trabalho configura-se como uma análise histórica de dados sobre o câncer cervical provenientes de indicadores disponíveis no DATASUS-SISCOLO, com base em programas de rastreamento (do e no Brasil) de 2006 a 2014 (recorte de pesquisa). Além de configurar-se como uma análise de dados da cobertura da campanha nacional de vacinação para HPV na região sul do Brasil, que é composta pelos estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Paraná.

MÉTODO

Estudo retrospectivo e descritivo, baseado em dados do SISCOLO, no período de janeiro de 2006 a junho de 2014, na região sul do Brasil. Os três eixos de análise foram: ano de competência, faixa etária, quantidade de exames totais e alterados. Os dados foram prioritariamente analisados na faixa etária do programa de saúde pública que abrange mulheres de 25 a 64 anos. Foram analisados dados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, a fim de avaliar a cobertura da campanha nacional de vacinação.

RESULTADOS

Ao aferir dados sobre a demanda por prevenção do câncer de colo de útero das mulheres brasileiras, verificou-se que 12.825,859 testes de Papanicolaou foram realizados no sul do Brasil, no período de 2006 a 2014. Sendo que desse montante, 88,15% dos exames foram efetuados por mulheres pertencentes à faixa etária de 25 a 64 anos de idade, de acordo com o Ministério da Saúde.

A Tabela 1 demonstrará a razão de exames cérvico-vaginais e a população em mulheres de 25 a 59 anos na região sul do Brasil (e no país como um todo), no período de 2006 a 2012, em que a razão de exames dos estados que compreendem tal região (0,16) se mantém próxima da razão do país (0,16), exceto pelo estado do Paraná (0,18).

A Tabela 2 evidenciará a quantidade de exames por ano de competência e por faixa etária na região sul do Brasil, no período de 2006 a 2014, em que é possível observar que 11,6% daqueles foram realizados em mulheres com faixa etária entre 40 a 44 anos em todos os estados sulistas. Sendo que desse total o estado do Paraná forneceu em torno de 41,78%, o estado do Rio Grande do Sul forneceu 37,05% e o estado de Santa Catarina forneceu 21,17% dos exames através de citologia oncológica.

Já a Tabela 3 apresentará o número de exames alterados na região sul do Brasil, nos anos de 2006 a 2014, classificados de acordo com a faixa etária, em que a prevalência de alterações predomina nas mulheres entre 20 e 29 anos (27,8%). Dessa forma, o estado do Paraná gerou 41%, o estado do Rio Grande do Sul gerou 36,12% e o estado de Santa Catarina gerou 22,88% dos exames alterados nesse período (2006 a 2014).

A Tabela 4 trará a relação da quantidade de exames por citopatologia anterior e escolaridade no período de 2006 a 2014, revelando que a maioria das mulheres que efetuaram exame citopatológico anterior tem como nível de escolaridade mínima o Ensino Fundamental Incompleto (82,1%).

Sobre as estratégias de prevenção, será demonstrada, na Tabela 5, a avaliação do Programa de Imunizações para HPV no Brasil, no ano de 2014, na 1ª, 2ª e 3ª doses.

TABELA 1 - Razão de exames cêrvico-vaginais e população em mulheres de 25 a 59 anos nos estados das regiões sul do Brasil e no país como um todo (Brasil, 2006 a 2012)

Região/UF	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Paraná	0,19	0,20	0,18	0,20	0,19	0,20	0,18
Rio Grande do Sul	0,18	0,14	0,12	0,17	0,15	0,17	0,16
Santa Catarina	0,17	0,13	0,19	0,22	0,19	0,12	0,16
Brasil	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,16	0,16

FONTES: Ministério da Saúde, DATASUS-INCA/SISCOLO (dados tabulados pelos autores).
Dados atualizados em 28/05/2015.

TABELA 2 – Razão de exames cêrvico-vaginais e população em mulheres de 25 a 59 anos nos estados das regiões sul do Brasil e no país como um todo (Brasil, 2006 a 2012)

Região UF	Ano de Compet.	Até 11 anos	Entre 12 a 14 anos	Entre 15 a 19 anos	Entre 20 a 24 anos	Entre 25 a 29 anos	Entre 30 a 34 anos	Entre 35 a 39 anos	Entre 40 a 44 anos	Entre 45 a 49 anos	Entre 50 a 54 anos	Entre 55 a 59 anos	Entre 60 a 64 anos	Acima de 64 anos	Total
Paraná	2006	28	1528	35727	68407	74859	74240	73771	68740	57514	44963	30761	19944	23098	573580
	2007	43	2011	42672	78460	88475	87306	87810	82818	71655	57229	40297	26566	31418	696760
	2008	107	1876	37174	66599	77075	76761	76959	74247	65451	53310	38247	24960	28880	621646
	2009	82	2235	42211	73757	84892	85173	84866	85069	76127	62927	47171	31555	36269	712335
	2010	29	2031	38623	66338	74515	77180	77136	79355	73110	63073	47960	31986	36717	668053
	2011	23	2125	41001	67981	75942	79005	79433	82942	78934	67694	52335	35884	40610	703909
	2012	11	1932	38076	61201	67082	72657	73195	77784	74905	64540	50744	35781	39475	657383
	2013	9	1922	39039	60003	64603	71654	72319	77347	76157	67361	54001	38360	42013	664788
	2014	-	190	3647	5415	5577	6385	6551	6740	7145	6220	5013	3590	4011	60484
	TOTAL PR	332	15850	318171	548161	613020	630371	632040	635042	580998	487317	366529	248626	282491	5358938
Rio Grande do Sul	2006	882	1455	37468	71849	73414	72581	74698	77369	70110	57862	41677	27402	32801	639568
	2007	1589	1309	31576	57045	60581	58396	59127	62306	57238	47811	34629	26505	37309	535421
	2008	990	1144	25391	44094	48773	46781	47641	50283	48652	41494	31338	20787	22964	430332
	2009	1333	1725	37947	64850	73281	70253	71088	76110	74607	64002	48965	32629	34945	651735
	2010	1098	1460	32059	54184	61262	60710	60903	65910	66523	58051	44944	30665	32662	570431
	2011	830	1584	34581	56937	64969	65384	65604	71839	74794	66380	53828	37691	38496	632917
	2012	776	1440	32533	52575	58818	62940	61219	67499	71387	64781	53413	37782	38560	603723
	2013	346	1374	30738	47628	51862	57666	55880	61190	64762	61030	50965	36897	36932	557270
	2014	11	311	7010	11096	12034	13503	13422	14244	14902	14440	11545	8607	8388	129513
	TOTAL RS	7855	11802	269303	460258	504994	508214	509582	546750	542975	475851	371304	258965	283057	4750910

Santa Catarina	2006	440	637	19692	38651	39980	38886	38754	38874	32327	25333	18126	19819	30462	341981
	2007	432	583	15244	28200	29973	28854	28807	28699	24831	19404	14023	17551	28054	264655
	2008	422	922	23980	44433	48202	44620	45001	46197	40526	32376	23909	15096	15974	381658
	2009	472	1137	29508	54018	57794	54387	53807	55332	51254	40439	30487	19659	20814	469108
	2010	270	1007	25117	45704	49195	47322	47022	49215	47608	38740	29045	19593	20566	420404
	2011	247	699	16655	29451	31066	31149	30371	31392	30903	25671	19183	12807	13130	272724
	2012	105	850	20239	35877	37904	39262	37727	39854	39585	34045	25761	18129	18141	347479
	2013	24	390	11067	19634	20493	22185	21220	22559	22966	20473	15820	11382	11572	199785
	2014	-	50	946	1680	1820	2002	1988	2021	2061	1959	1589	1116	985	18217
	TOTAL SC	2412	6275	162448	297648	316427	308667	304697	314143	292061	238440	177943	135152	159698	276011
SUL	TOT. SUL	10599	33927	749922	1306067	1434441	1447242	1446319	1495935	1416034	1201608	915776	642743	725246	12825859

FONTE: Ministério da Saúde, DATASUS–INCA/SISCOLO (dados tabulados pelos autores, 2016)

Tabela 3 – Exames alterados por ano de competência e por faixa etária na região sul do Brasil (Brasil, 2006 a 2014)

Região UF	Ano de Compet.	Até 11 anos	Entre 12 a 14 anos	Entre 15 a 19 anos	Entre 20 a 24 anos	Entre 25 a 29 anos	Entre 30 a 34 anos	Entre 35 a 39 anos	Entre 40 a 44 anos	Entre 45 a 49 anos	Entre 50 a 54 anos	Entre 55 a 59 anos	Entre 60 a 64 anos	Acima de 64 anos	Total
Paraná	2006	2	58	1311	1852	1793	1486	1334	1102	922	582	376	273	358	11449
	2007	1	94	1332	1931	1892	1652	1412	1185	1007	725	449	298	459	12437
	2008	4	69	1268	1733	1852	1547	1429	1261	1000	704	451	288	413	12019
	2009	7	86	1531	2113	2231	1852	1541	1439	1206	800	565	334	455	14176
	2010	3	109	1546	1949	2066	2231	1596	1522	1268	870	622	373	508	14306
	2011	-	118	1753	2229	2279	2066	1826	1710	1414	1037	716	465	607	16192
	2012	1	100	1509	2062	1979	2279	1703	1622	1298	966	592	415	556	14768
	2013	-	81	1367	1662	1673	1979	1515	1409	1173	854	607	414	540	13073
	2014	-	7	134	132	173	1673	143	117	100	75	56	46	62	1194
	TOTAL PR	18	722	11751	15663	15938	14357	12499	11367	9388	6613	4434	2906	3958	109614
Rio Grande do Sul	2006	26	55	1302	2193	2076	1762	1637	1618	1281	830	467	419	730	11449
	2007	37	43	930	1341	1408	1227	1115	999	813	544	337	599	1069	12437
	2008	29	33	790	1172	1255	1065	1008	938	797	583	355	205	287	12019
	2009	43	63	1079	1619	2231	1614	1386	1337	1239	888	534	327	412	14176
	2010	24	59	850	1376	1819	1466	1286	1267	1193	767	540	323	385	14306
	2011	19	42	1053	1649	1616	1728	1435	1561	1461	992	694	426	509	16192
	2012	6	35	917	1344	1773	1521	1294	1292	1205	822	619	401	447	14768
	2013	3	60	979	1392	1455	1619	1417	1298	1182	902	584	376	404	13073
	2014	-	17	263	399	1475	427	404	358	361	260	171	113	115	1194
	TOTAL RS	187	407	8163	12485	13303	12429	10982	10668	9532	6588	4301	3189	4358	96592

Santa Catarina	2006	8	23	634	1082	968	785	743	728	551	397	284	996	1438	8637
	2007	6	18	431	657	657	580	427	457	369	268	160	1048	1415	6493
	2008	6	36	993	1438	1240	1101	977	1034	831	577	367	223	253	9076
	2009	7	45	1003	1625	1448	1214	1021	1030	905	576	431	251	272	9828
	2010	6	48	926	1332	1285	1036	874	957	764	584	423	284	249	8768
	2011	3	22	595	849	775	661	565	621	538	357	255	134	157	5532
	2012	1	27	761	1065	1097	1014	866	793	742	525	328	222	241	7682
	2013	2	14	420	582	608	567	484	504	413	339	207	150	140	4430
	2014	-	3	78	102	83	87	80	74	83	58	35	25	35	743
	TOTAL SC	39	236	5841	8732	8161	7045	6037	6198	5196	3681	2490	3333	4200	61189
SUL	TOTAL SUL	244	1365	25755	36880	37402	33831	29518	28233	24116	16882	11225	9428	12516	267395

FONTE: Ministério da Saúde, DATASUS–INCA/SISCOLO (dados tabulados pelos autores, 2016)

TABELA 4 – Quantidade de exames por citopatologia anterior e escolaridade na região sul do Brasil (Brasil, 2006 a 2014)

Região UF	Citopatol Anterior	Ignorado/em branco	Analfabeta	Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental completo	Ensino médio completo	Ensino superior completo	Total
Paraná	Não	343080	3600	30094	19457	27661	3604	427496
	Não sabe	776140	5234	32087	12158	14406	2397	842422
	Sim	2850487	41897	401468	149183	204041	38613	3685689
	Não informado	282478	2426	15365	6668	10528	1658	319123
	Total	4252185	53157	479014	187466	256636	46272	5274730
Rio Grande do Sul	Não	297730	1645	30732	13715	15332	1174	360328
	Não sabe	239754	1507	27588	5562	5900	599	280910
	Sim	3136858	14157	404958	105667	123387	12486	3797513
	Não informado	132457	13550	51988	2135	21070	2536	223736
	Total	3806799	30859	515266	127079	165689	16795	4662487
Santa Catarina	Não	276922	1049	16288	13106	17485	2516	327366
	Não sabe	102367	859	9640	4312	4116	935	122229
	Sim	1652822	19211	181261	119619	116965	23711	2113589
	Não informado	121514	128	1563	797	1095	267	125364
	Total	2153625	21247	208752	137834	139661	27429	2688548
	TOTAL SUL	10212609	105263	1203032	452379	561986	90496	12625765

FONTE: Ministério da Saúde, DATASUS–INCA/SISCOLO (dados tabulados pelos autores, 2016).

TABELA 5 - Avaliação do Programa de Imunizações para HPV no Brasil

Região/ UF	Doses aplicadas (1ª dose)	Porcentagem atingida da população alvo	Doses aplicadas (2ª dose)	Porcentagem atingida da população alvo	Doses aplicadas (3ª dose)	Porcentagem atingida da população alvo
SUL	641,434	98,72%	417,051	63,63%	–	0%
PR	249,286	96,77%	137,909	53,09%	–	0%
RS	239,648	98,37%	169,800	69,16%	–	0%
SC	152,500	102,65%	109,342	72,84%	–	0%
BRASIL	5,017,706	101,27%	2,975,572	59,82%	22,844	0,47%

FONTE: Ministério da Saúde, DATASUS/SI-PNI (dados tabulados pelos autores, 2016)

DISCUSSÃO

Esse estudo procura evidenciar a importância e a necessidade da existência de uma base de dados sobre o exame citopatológico do câncer de colo uterino. A disponibilidade de dados de boa qualidade nessa base torna possível a avaliação da tendência na cobertura do exame supracitado, como também contribui para a análise de aspectos relacionados aos seus resultados e a sua qualidade, facilitando, assim, o monitoramento de ações programáticas, a fim de implementar sistemas padronizados de avaliação de estratégias de intervenção. Porém, identificaram-se algumas limitações na base de dados, as quais prejudicam a sua ampla utilização no acompanhamento de indicadores ligados aos programas de saúde da mulher.

Nos dados obtidos, 88,15% dos exames realizados estão incluídos na faixa etária de 25 a 64 anos de idade (mulheres), conforme indicado pelo Ministério da Saúde. De acordo com a Tabela 1, que demonstra a razão de exames cérvico-vaginais e população em mulheres de 25 a 59 anos nos estados da região sul do Brasil e no país como um todo, no período de 2006 a 2012, a razão de exames desses estados (0,16) mantém-se próxima à razão do país (0,16), exceto pelo estado do Paraná (0,18). Em 2012, essa razão, no país, foi de 0,16 exame/mulher/ano; valor tendencialmente estável nos últimos anos e abaixo da razão mínima esperada (de 0,3).

A quantidade de exames citopatológicos do câncer de colo uterino por ano de competência e por faixa etária na região sul do Brasil, no período de 2006 a 2014, de acordo com a Tabela 2, é atesta que 11,6% deles foram realizados na faixa etária de 40 a 44 anos em toda a abrangência territorial em questão. O estado do Paraná forneceu em torno de 41,78%, o estado do Rio Grande do Sul forneceu em torno de 37,05% e o estado de Santa Catarina forneceu em torno de 21,17% dos exames por meio de citologia oncológica realizados na região sul do Brasil. Considerando que o CCU, para tornar-se invasivo, apresenta uma evolução estimada de três a trinta anos, com uma média de progressão subclínica de 18,2 anos, pode se perceber que a doença invasiva está ocorrendo em decorrência de falha dos e nos serviços de saúde em identificar e em examinar as mulheres com atraso na realização do exame citopatológico. Como tal, para corroborar a afirmação acima, verificou-se, através do corpus dessa pesquisa,

que poucos exames de rastreamento são realizados na região sul do Brasil, entretanto, cabe ressaltar que para que um programa de rastreamento populacional tenha um bom desempenho é necessário considerar as disparidades entre os grupos sociais, de forma a garantir o acesso a métodos de diagnóstico e de tratamento adequados às comunidades com piores condições de vida. Bem como da população que é atendida através do SUS, no intuito de esses fatores sejam registrados no SISCOLO como maneira de rastrear para compor estratégias de atendimento pautadas na aderência da população feminina e na integralidade.

O número de exames citopatológicos do câncer de colo uterino alterados na região sul do Brasil, nos anos de 2006 a 2014, classificados de acordo com a faixa etária, revela que a prevalência de alterações predomina em mulheres entre 20 e 29 anos (27,8%). Ademais, o estado do Paraná possui 41%, o estado do Rio Grande do Sul possui 36,12% e o estado de Santa Catarina possui 22,88% dos exames alterados nesse período temporal. A Tabela 4 traz a relação da quantidade de exames por citopatologia anterior e escolaridade no período de 2006 a 2014, sendo que a maioria das mulheres que já fizeram o exame citopatológico cursou o Ensino Fundamental Incompleto (82,1%). Ao examinar-se a cobertura do Papanicolaou de acordo com a escolaridade, encontrou-se a prevalência elevada de realização do exame citopatológico durante a vida, inclusive entre as mulheres com menos anos de estudo. Contudo, essas mulheres (com menor nível de escolaridade) apresentaram a maior proporção de exames citopatológicos em atraso, mesmo após o ajuste para as demais variáveis. Achados semelhantes foram descritos em estudos nacionais e internacionais.

O número de mulheres que realizaram um exame citopatológico para CCU aumentou nos últimos três anos, de acordo com a Tabela 4, o que demonstra uma tendência que pode trazer benefícios para no futuro, como, por exemplo, a redução da incidência da doença invasiva. Para que isso ocorra, é essencial que a cobertura seja universalizada, atingindo as mulheres com maior risco de desenvolver a doença.

Embora a diversidade interestadual seja uma marca do Brasil, o que torna imprescindível a avaliação com foco nos sistemas locais de saúde, a análise nacional possibilita uma visão panorâmica e uma sinalização de questões a serem compreendidas e a serem enfrentadas por todos os níveis de gestão em saúde. Na região sul do Brasil, no município de Pelotas (RS), um estudo de base populacional realizado em 2002, com amostra de 1.198 mulheres entre 25 a 59 anos, evidenciou que 78,7% das entrevistadas haviam realizado o exame Papanicolaou alguma vez na vida e 68,8% nos últimos três anos. Em 2006, em Londrina (PR), um estudo transversal realizado em micro áreas de cinco Unidades Básicas de Saúde, incluindo 513 mulheres entre 20 a 59 anos, mostrou uma cobertura geral de 80,7% do Papanicolaou, variando de 71,5% a 88,4% nas cinco áreas pesquisadas. No município de Maringá (PR), foi realizado um estudo em 2006, no qual foi constatada uma cobertura de 87,6% do exame

de Papanicolaou efetuado nos três anos anteriores à pesquisa. Em Florianópolis (SC), um estudo transversal de base populacional conduzido em 2009 com mulheres entre 20 a 59 anos constatou cobertura de 93% do exame de Papanicolaou realizado pelo menos uma vez na vida e 86% nos últimos três anos.

Em São Leopoldo (RS), um estudo de base populacional realizado com 867 mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos, executado entre março e novembro de 2003, comprovou que 85,5% das mulheres pesquisadas tinham realizado o exame de Papanicolaou nos três anos anteriores ao estudo. Apesar das diferenças na faixa etária avaliada pelos estudos supracitados, as quais podem dificultar comparações com maior teor de nivelamento científico de dados, evidências sugerem que a cobertura no Brasil é heterogênea. Estudos realizados têm mostrado que mulheres mais vulneráveis socialmente têm menor chance de acesso e de execução do exame de Papanicolaou, enquanto que mulheres socialmente privilegiadas apresentam maiores chances de acesso e de execução ao mesmo, levando a uma inversão do foco de atenção. Por exemplo, um estudo realizado na cidade de Pelotas (RS), no ano de 2002, mostrou que a proporção de mulheres que não tinham feito o exame citopatológico nos últimos três anos, era cerca de cinco vezes maior entre as mulheres de nível socioeconômico E (até 2 salários mínimos mensais) em comparação com as da classe A (acima de 20 salários mínimos mensais).

Ao incluir todas as mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, a cobertura estimada pelos dados do SISCOLO para a região sul, para a população feminina no estrato etário de risco é baixa, é heterogênea, e é muito abaixo do recomendado pelo [Programa Viva Mulher](#)³, onde o percentual de exames citopatológicos realizados deveria ser de 80%. Apenas três municípios (do RS) aproximaram-se dessa meta no final do período estudado. São eles: Osório, Santa Cruz do Sul e Santa Rosa. Municípios (do RS) com populações maiores, como, por exemplo, Caxias do Sul, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre e Santa Maria estão muito aquém dessa meta.

Estudos de base populacional, conduzidos em diferentes momentos, em uma cidade de médio porte do Rio Grande do Sul, encontraram prevalências de exames de Papanicolaou em atraso, variando de 35% para mulheres com idade de 20 a 69 anos em 1992 a 19% para uma amostra de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos em 2003.

Também, em 2003, em outra cidade desse estado, uma pesquisa realizada com uma amostra de mulheres sexualmente ativas na faixa de 20 a 60 anos de idade registrou 14,5% de exames nunca realizados, ou realizados há mais de três anos.

Sobre as estratégias de prevenção, foi demonstrada, na Tabela 5, a avaliação do Programa de Imunizações para HPV no Brasil no ano de 2014, na 1ª, na 2ª e na 3ª dose da vacina contra o vírus do HPV. A vacinação contra o HPV está relacionada à diminuição do risco de contágio e não substituirá a detecção precoce do câncer do colo do útero, pois, de acordo com Murta (2007) e com Villa et al. (2007), é muito prematuro

³ Em 1995, o Governo Brasileiro, por meio do INCA/MS, decidiu desenvolver um Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino, chamado de Programa Viva Mulher. Este apresenta cinco etapas fundamentais: o recrutamento da população-alvo, a coleta do material para o exame de Papanicolaou, o processamento desse material no laboratório de citopatologia, o tratamento dos casos diagnosticados e a avaliação. Sendo a população-alvo a ser recrutada, mulheres entre 35 a 49 anos de idade, já que elas

associar esta vacina a prevenção do câncer do colo uterino no estágio em que se encontra.

CONCLUSÃO

A realização do exame citopatológico (Papanicolaou) é uma ferramenta elementar e imprescindível na detecção precoce de alterações que possam levar ao desenvolvimento do câncer de colo de útero. Ela é uma medida simples, rápida, eficaz e de baixo custo, que deve, a cada dia, ser mais estimulada tanto pela gestão quanto pelos profissionais das equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF). Se realizados exames de diagnóstico e de tratamento precoce do CCU, os riscos de a lesão evoluir para uma neoplasia serão raros e a qualidade de vida dessas usuárias melhora de forma acentuada.

Desta forma, seria de extrema importância que os municípios, estado e país realizassem campanhas de estímulo a realização do exame citopatológico, enfocando o rastreamento em mulheres que nunca realizaram o exame, naquelas da faixa etária de risco, levando-se em conta a longa evolução das lesões. Através de um controle de presença nas ESFs, identificar as mulheres em atraso na realização do exame citopatológico, quando do seu comparecimento aos serviços de saúde, evitando assim a perda de oportunidades de prevenção. Finalmente, capacitar equipes de saúde quanto à prevenção do câncer do colo do útero e como deve ser feita a coleta correta do exame, assim como a retroalimentação dos indicadores com os dados das pacientes.

REFERÊNCIAS

BASSAL, R. et al. Cervical Pap screening among Israeli women, 2005–2010. **Archives of gynecology and obstetrics**, [S. l.], v. 289, n. 3, p. 615-622, mar, 2014. Disponível em: <<https://link.springer.com/journal/404>>. Acesso em: 01/06/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf>. Acesso em: 01/06/2016.

_____. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf>. Acesso em: 27/09/2016.

_____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

são consideradas o grupo de maior risco, sendo priorizadas aquelas que nunca se submeteram a um exame colpocitológico.

_____. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2014.

BRINGHENTI, M. E. Z. et al. Prevenção do câncer cervical: associação da citologia oncológica às novas técnicas de biologia molecular na detecção do papilomavírus humano (HPV). **DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 135-140, nov, 2010.

CASTLE, P. E.; SCHMELER, K. M. HPV vaccination: for women of all ages? **The Lancet**, [S. l], v. 384, n. 9961, p. 2178-2180, Sep. 2015.

CESAR, J. A. et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1365-1372, set.-out. 2003.

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cervical cancer screening coverage and associated factors in a city in southern Brazil: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1312-1322, jul. 2011.

HACKENHAAR, ARNILDO A.; CESAR, JURACI A.; DOMINGUES, MARLOS R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 103-111, mar. 2006.

HERRERO, R. et al. Prevention of Persistent Human Papillomavirus Infection by an HPV16/18 Vaccine: A Community-Based Randomized Clinical Trial in Guanacaste, Costa Rica. **Cancer Discovery**, [S. l], v. 1, n. 5, p. 408-419, Oct. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016.** Disponível em: < [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf) >. Acesso em: 22/12/2016.

_____. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do útero (SISCOLO): manual gerencial.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011b.

LOCKWOOD-RAYERMANN, S. Characteristics of participation in cervical cancer screening. **Cancer Nursing**, [S. l], v. 27, n. 5, p. 353-363, Sep.-Oct. 2004.

MARTINS, L. F. L.; VALENTE, J. G.; THULER, L. C. S. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 318-325, Apr. 2009.

MULLER, D. K. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2511-2520, nov. 2008.

MURTA, E. F. C. Vacina contra o HPV ou contra o câncer de colo uterino? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 548-548, Oct. 2007.

NAYAR, R.; WILBUR, D. C. **The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes**. (2015). Disponível em: <<http://www.springer.com/us/book/9783319110738>>. Acesso em: 05 set. 2016.

OLINTO, M. T. A. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 191-197, jan.-fev. 2003.

QUADROS, C. A. T. D.; VICTORA, C. G.; COSTA, J. S. D. D. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, n. 4, p. 223-232, Oct. 2004.

RAMA, C. H. ET AL. Prevalence of genital HPV infection among women screened for cervical cancer. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 123-130, Feb. 2008.

SKINNER, S. R. ET AL. Efficacy, safety, and immunogenicity of the human papillomavirus 16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women older than 25 years: 4-year interim follow-up of the phase 3, double-blind, randomized controlled VIVIANE study. **The Lancet**, [S. l], v. 384, n. 9961, p. 2213-2227, Jan. 2015.

SOLOMON, D. ET AL. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. **Jama**, [S. l], v. 287, n. 16, p. 2114-2119, Apr. 2002.

VARGAS, S.; GELATTI, L. C.; BUFFON, A. Avaliação do perfil citopatológico de mulheres atendidas o Hospital Geral de Porto Alegre. **Fasem. Ciências**, [S. l], v. 4, n. 2, p. 24-33, jul-dez. 2014.

VILLA, L. L. ET AL. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. **New England Journal of Medicine**, [S. l], v. 356, n. 19, p. 1915-1927, May, 2007.

WALBOOMERS, J. M. ET AL. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **The Journal of pathology**, [S. l], v. 189, n. 1, p. 12-19, May, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2007). **Cancer control: knowledge into action**: WHO guide for effective programmes. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 05 set. 2016.

_____ (2013a). **WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 05 set. 2016.

_____ (2013b). **WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 05 set. 2016.

_____ (2013c). **WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 05 set. 2016.

_____ (2013d). **WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 05 set. 2016.

ZARDO, G. P. et al. Vaccines as an agent for immunization against HPV. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l], v. 19, n. 9, p. 3799-3808, Sep, 2014.

ZEFERINO, L. C. et al. Duração da neoplasia intra-epitelial e do carcinoma invasor do colo uterino: estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 20, s.n, p. 565-569, nov./dez., 19

CONTROLE SOCIAL, O CONSELHO MUNICIPAL DE “SAÚDE”: FUNCIONAL OU APARELHADO?

Augusto Luis Fassina: Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde. Psicólogo e Coordenador do Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Marau, RS, Brasil. E-mail: augustofassina@yahoo.com.br

Ricardo Vianna Martins: Doutor em Psicologia. Professor associado do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: ricardomartins@ufsm.br

Giovana Cristina Ceni: Doutora em Bioquímica. Professora adjunta do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: joceni@hotmail.com

RESUMO

Este é o relato da experiência referente ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, instrumento de Controle Social, garantido pela Lei Federal 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade (sociedade civil) na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) da região norte do Rio Grande do Sul, no período de janeiro a junho de 2014. Fizemos nossas observações na condição de conselheiros, registrando-as em diário de campo. Como resultado principal, observamos o aparelhamento do Conselho de Saúde, de modo que se constatou a sua insuficiente instrumentalização; os seus processos de trocas e de rotatividades; as passividades de posicionamento dos conselheiros e a pouca participação no Controle Social, ocorrendo principalmente preocupação sobre o cumprimento de prazos. Concluímos que configura-se como um espaço de apatia e de inércia, fatores que acreditamos estarem atrelados à relação e à disputa de poder dos seus membros.

Palavras-chave: Saúde Pública; Controle Social; Política Pública.

INTRODUÇÃO

Para assegurar o funcionamento e para certificar a democracia foram criados mecanismos que realizam métodos e formas de controle, e foram disponibilizados espaços de participação social para garantir os direitos previstos na Constituição Federal Brasileira de 1988. Esses mecanismos têm por finalidade aferir exatidão e credibilidade aos dados e promover a eficiência das políticas públicas, no intuito de aumentar a probabilidade de que os objetivos e metas sejam alcançadas. Entre esses mecanismos existem os regulatórios, os quais são conhecidos como Controle Interno, Controle Externo e o Controle Social.

O Controle Interno é caracterizado como um plano de coordenação composicional, sendo considerado como um conjunto de métodos e medidas, estruturado e utilizado dentro do próprio sistema organizacional,

como, por exemplo, na administração pública. No entanto, em situações nas quais esse conjunto de organização seja realizado por entidades e/ou por pessoas externas à instituição, ele passa a denominar-se Controle Externo. O Controle Social é conceituado como aquele em que há uma integração da sociedade civil com a administração pública, de modo a funcionar como fator avaliativo de metas a serem alcançadas.

O tema Controle Social no Brasil está relacionado a questões do protagonismo social e ao advento da democracia no país. Esse protagonismo direciona-se ao marco de conquistas de direitos dos cidadãos, oportunizando a discussão sobre as demandas realizadas pela sociedade e incluindo a participação social nas decisões sobre políticas públicas. Ou seja, a organização de um conjunto de planos e/ou programas governamentais direcionados para a social. Oportunizando assim a definição de metas e diretrizes, que serão utilizadas pelo Estado, buscando atender a um pedido ou demanda da sociedade, principalmente na busca de alcançar objetivos e garantir direitos referidos na Constituição Brasileira de 1988, tendo como exemplo o programa de combate e enfrentamento a dengue, programa Mais Médicos, diminuição de criminalidades. Utilizando, desse modo, o espaço participativo, através dos Controles Sociais, Conselhos Municipais, entre outros meios em que é apresentada a demanda da sociedade através de seus representantes, sindicatos, associações, entre outros grupos, para os órgãos governamentais, os quais utilizam estes dados para construir os programas, diretrizes e um novo sistema, a exemplo o funcionamento do Sistema Único de Saúde, que responder às demandas apontadas.

O Sistema Único de Saúde, foi regulamentado pelas legislações do SUS através das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 2003), também referem como um conjunto de serviços prestados de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. Já os Conselhos Municipais de Saúde são espaços de formulação, de ação e de controle da gestão pública em Saúde que se fundamentam na atuação como uma instância de construção de políticas públicas adequadas aos interesses da sociedade civil (por meio da participação popular).

O Conselho Municipal de Saúde criado por lei em 1991, é de uma instância local, com caráter deliberativo, de estabelecimento, acompanhamento, avaliação e normatização, das políticas de Saúde e do Sistema Único de Saúde no âmbito Municipal, composto por vinte conselheiros, com a finalidade de acompanhamento e com ampla participação popular de forma paritária.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao tratar do assunto Controle Social em políticas públicas, são percebidos três métodos importantes para tal, os quais possuem a finalidade de solucionar deficiências e problemas sociais com maior eficácia. Esses métodos, conforme Aguiar, Figueiredo e Sales (2010), são denominados por Controle Interno, Controle Externo e Controle Social, os quais avaliam um conjunto de regras aplicáveis de acordo com legislações específicas.

O Controle Social foi afeiçoado como um direito básico civil na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, alicerçando-se como uma forma democrática de controle e definindo-se como um instrumento e/ou como um mecanismo de intervenção da sociedade na construção, fiscalização e avaliação da gestão de políticas públicas (BRASIL, 2010).

A importância desse mecanismo decorre da sua funcionalidade, pois a participação da sociedade por meio do Controle Social visa garantir que dadas políticas públicas sejam efetivas no atendimento das necessidades da população (BRASIL, 2010).

As formas que representam e que amparam o Controle Social, previstas, constitucionalmente (BRASIL, 1988), são definidas nos três poderes do Estado brasileiro (Poder Legislativo, Poder Judiciário e Poder Executivo). Cada um deles possui maneiras diferenciadas de acesso e de funcionamento participativo (AGUIAR; FIGUEIREDO; SALES, 2010).

No Poder Legislativo, segundo os autores supracitados, a participação social ocorre através do voto em eleições e em plebiscitos, de forma a escolher representantes para “lutar” pelos direitos dos cidadãos. No âmbito do Poder Judiciário, de acordo com os mesmos autores, esse tipo de controle se dá por júri popular, o qual visa julgar crimes de atentado à vida. No Poder Executivo, Aguiar, Figueiredo e Sales (2010) asseveram que o Controle Social acontece por meio de conferências, de conselhos e de comitês de políticas públicas, se tornando uma espécie de canal direto de comunicação entre os cidadãos com o Poder Público no sentido de formalizar, encaminhar e fiscalizar questões pertinentes aos interesses básicos da população (Saúde, Educação, Alimentação, Assistência Social, etc.).

Esses três poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário) estabelecem diretrizes administrativas de um mecanismo denominado como Controle Interno. Mecanismo esse que é exercido dentro do poder Executivo sob a forma de administração pública, como, por exemplo, sobre servidores públicos, auditores fiscais, auditor de patrimônio. Assim, designando os cuidados de investimentos do dinheiro coletivo (franqueado a todo cidadão) e objetivando a criação de condições indispensáveis à eficácia do controle externo, com o intuito de assegurar a regularidade e a avaliação dos funcionamentos das gestões públicas (AGUIAR; FIGUEIREDO; SALES, 2010).

Além do controle interno, que aponta irregularidades na gestão pública, outra instância que realiza a fiscalização de atividades financeiras desse tipo de administração, e que faz a verificação do exercício regular

das competências atribuídas pela lei, é denominada como Controle Externo, o qual, segundo Aguiar, Figueiredo e Sales (2010), é uma função exercida pelo Poder Legislativo (Congresso Nacional no âmbito federal; Assembleias Legislativas no âmbito estadual; Câmara Legislativa no âmbito do Distrito Federal; Câmaras Municipais de Vereadores no âmbito municipal) com o auxílio dos respectivos Tribunais de Contas. De acordo com Aguiar, Figueiredo e Sales (2010), uma integração entre as três formas de controle atingiria os objetivos de forma mais eficaz.

Essa integração, além de ocorrer entre as instituições que exercem o controle estatal dos gastos públicos deve, também, fomentar o aumento da interação com a sociedade como um todo, no intento de fortalecer o Controle Social através da participação.

Com esse tipo de participação o cidadão passaria a exercer o que se chama de Controle Social (SILVA et al., 2012), pois aquele atuaria fiscalizando, articulando espaços e utilizando os Conselhos como um importante meio de fortalecimento de cidadania.

O Controle Social (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2008) pode ser definido, sumariamente, como a participação da sociedade na gestão pública, visando garantir aos cidadãos espaços de acesso a discussões e as interações possibilitadoras de uma espécie de poder decisório em políticas públicas. Além disso, o Controle Social (participação sociodemocrática dos cidadãos em questões de políticas públicas) oportuniza o acompanhamento, a avaliação e a fiscalização das instituições governamentais, assegurando certa gerência popular desses mecanismos por parte da população (salvaguardando os interesses da sociedade). Sendo, então, um espaço de articulação entre governo e sociedade, o Controle Social baliza-se sobre preceitos de transparência e de uso adequado de recursos públicos.

Para Arantes, Mesquita e Machado (2009), o Controle Social em Saúde ratifica as diretrizes básicas do conceito de Controle Social, uma vez que se configura como um instrumento baseado em princípios sócio organizativos do Sistema Único de Saúde, visa endossar a participação da comunidade sociocultural no processo de formulação e de controle de políticas públicas de Saúde. Assim como os autores acima citados referem, o Controle Social é uma ferramenta indispensável para auxiliar no trabalho de planejamento, de implantação, de execução e de avaliação dos programas e dos projetos.

Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde representa um espaço de atuação e de legitimidade do Controle Social, o que para Arantes, Mesquita e Machado (2008), muitas vezes, é considerado como uma zona conflituosa e de disputa de poder. Pois os interesses pessoais prevalecem sobre os interesses coletivos, por conta da interação e da integração entre representantes com diversos e com diferentes projetos ou posicionamentos políticos.

De acordo com Oliveira e Pinheiro (2008), esses Conselhos possuem a atribuição de fiscalização e de apontamento das demandas da sociedade

e são mais burocráticos do que resolutivos. Porém, o Ministério da Saúde define os Conselhos de Saúde como a forma estruturada do Controle Social que tem como função fiscalizar, formular e deliberar sobre as políticas de Saúde. Diferentemente de outros Conselhos, os Conselhos de Saúde possuem a capacidade de gerir e de implantar políticas de Saúde. Esta capacidade deliberativa é descrita por Mattos (2001, p.173) como o ato de “discutir para resolver alguma coisa: analisar”.

Dentre as atribuições dos Conselhos de Saúde, apontadas pelo Ministério de Saúde (2006), estabelecem-se duas atuações centrais: a formulação de estratégias de operacionalização de políticas de Saúde e o Controle Social da execução de políticas de Saúde. Esses dois fatores atitudinais, exigem que os conselheiros sejam capazes de intervirem, de apontarem, de questionarem e de, principalmente, serem ativos ao atuar em conselhos.

A falta de participação ativa desses conselheiros poderá ter como consequência o desvio dos interesses gerais da comunidade, afetando assim o exercício da cidadania.

O que se tem como hipótese é que a conduta do gestor poderá vir a influenciar os comportamentos dos integrantes do conselho, sendo, aquele, capaz de dissociar a participação, ou, em certos momentos, afastar-se do seu compromisso ético, o que poderá produzir seu descrédito em relação à população.

A falta de orientação e de capacitação dos conselheiros dos Conselhos de Saúde, por vezes, poderá gerar conflitos e confusões frente ao seu papel social, uma vez que se modifica a funcionalidade do conselheiro e o direciona, em certos momentos, para o angariamento de vantagens pessoais. Conforme Arantes, Mesquita e Machado (2009), o mau uso da máquina pública por parte dos conselheiros de saúde erige-se, sobremaneira, na busca por vantagens particulares, por exemplo, por melhores atendimentos médicos e consultas médicas antecipadas, entre outras.

Outra inferência dessa pesquisa é que a falta de esclarecimento e de definição das funções de conselheiro gera a desmotivação de suas participações em conselhos, elevando o número de desistência e/ou a rotatividade desses atores do Controle Social. Arantes, Mesquita e Machado (2008) identificam a desistência da participação dos conselheiros em conselhos de Controle Social como a “cultura de não participação” devido à falta de consciência política.

O Ministério da Saúde (MS) contempla, em suas normativas, a garantia de educação permanente, no intuito de promover e de difundir o conhecimento em relação ao funcionamento do conselho (BRASIL, 2006). Da mesma forma que fica estabelecida, pela normativa do MS, a garantia de funcionamento do conselho, fica a critério da lei orgânica do município (Lei Municipal nº 1577) os parâmetros de funcionamento dos conselhos de Controle Social, ao passo que devem (a normativa do MS e a lei orgânica municipal) estar de acordo com a legislação federal, a qual estabelece questões de paridade na representação.

Os Conselhos Municipais de Saúde estão amparados pela Lei 8.142/90, pela Resolução nº 453/03, do Conselho Nacional de Saúde e por leis municipais, por exemplo, a Lei Municipal nº 1577, de 08 de julho de 1991 (que dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde). O Decreto nº 3.441, de 27 de novembro de 2009, aprovou o Regimento Interno do Colegiado do Conselho Municipal de Saúde.

A Lei Federal nº 8.142/90, a qual dispõe sobre a participação da comunidade civil na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde, considera que o SUS contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias: Conferência de Saúde; Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, conforme a Lei Federal nº 8.142/90, é de caráter permanente e deliberativo. É um órgão colegiado composto por representantes de governo, por prestadores de serviços de saúde, por profissionais de saúde e por usuários do setor. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

O funcionamento dos Conselhos de Saúde segue diretrizes, entre elas, está a organização de reuniões ordinárias, as quais devem acontecer conforme calendário aprovado no primeiro encontro do ano, com acontecimento mínimo mensal. Essas reuniões são abertas ao público (à sociedade como um todo), a qual pode se manifestar frente a cada assunto em pauta, mas sem ter direito a voto, o que poderá desestimular a participação popular.

O Conselho Municipal de Saúde deverá ter comissões permanentes, as quais têm a responsabilidade de examinar, de orientar e de apresentar pareceres técnicos sobre os assuntos (inclusive processos e projetos) encaminhados à apreciação do conselho, além de sugerir planos pertinentes à política municipal de Saúde.

A função de conselheiro (NEDER, 1996), no âmbito dos Conselhos de Saúde, é de relevância pública, e, em vista disso, seu cargo não pode ser remunerado e a sua dispensa do trabalho (emprego/profissão) não pode acarretar prejuízo (pessoal, financeiro, etc.) a ele. Isso pelo fato de que seu encargo é de interesse sócio-político e humanitário durante o período das reuniões, das capacitações e das ações englobadas dentro do Controle Social.

Benelli e Costa-Rosa (2012) atestam que os Conselhos devem funcionar com configuração democrática e representativa, considerando também um formato de poder, principalmente no que se refere às questões de tomadas de decisões.

A democracia está relacionada à conquista de direitos e acaba sendo um fator determinante de como as pessoas conviverão coletivamente. Essa configuração pela garantia e pela ampliação dos direitos está interligada pela conquista de maior dignidade, pela qualidade de vida e pela melhor resolução dos problemas que surgirem.

Para os autores mencionados, o Estado também tem como tarefa a consolidação, ou a realização concreta da democracia, haja vista que, através de políticas públicas ele procura organizar ações com o intuito de fazer valer direitos civis fundamentais e busca firmar o cumprimento de leis que supram demandas sociais.

O governo é colocado diante de situações problemáticas e acredita-se que seja capaz de apresentar resoluções materiais (práticas) para as demandas apresentadas. Com o advento da democracia, através dos controles sociais, em específico os conselhos de Controle Social, modificaram-se os espaços de acesso e de participação da sociedade nas tomadas de decisões de políticas públicas, as quais não mais ficam somente a cargo do Estado (BENELLI; COSTA-ROSA, 2012).

Controle e Conselho, aparelhado e com funcionalidade.

Os aspectos políticos que estão envolvidos nas construções das políticas públicas se referem ao significado da dualidade do que é público e do que é privado, assim como as condicionalidades das políticas partidárias e das políticas públicas. Uma vez, que o Estado democrático no Brasil é relativamente recente e ainda possui resquícios de uma lógica de interesses partidários.

Nessa dualidade e também ambivalência, parte-se para questão do que se é funcional e do que se é aparelhado nos sistemas de Conselhos Municipais de Saúde.

Ao tentar transpor essa questão, tenta-se configurar os usos das palavras que denominam, ou que nomeiam os instrumentos utilizados pelo Estado, que é restrito ao seu uso Institucional, que se impõem aos diversos atores e os vários agentes que se constituem como representantes dessas políticas.

Conforme Baremlitt (1992), as instituições são um conjunto complexo de normas, de leis e de regras que regulamentam a atividade humana. Mas para vigorar essa regulamentação, são necessários dispositivos concretos denominados de organizações, os quais são responsáveis pela efetivação das instituições (normas, leis e etc).

Essas organizações são compostas por unidades menores que são os estabelecimentos. Assim, podemos compreender que existe a Saúde como uma instituição, que necessita para sua efetivação uma organização, composta por Ministério da Saúde e, conseqüentemente, pelo Conselho Nacional de Saúde. Estes são instâncias máximas de deliberação do Sistema Único de Saúde e, por consequência, o Conselho Estadual de Saúde, os quais são compostos de unidades menores, que nesse caso são os Conselhos Municipais de Saúde.

Para o funcionamento dessas instituições, faz-se necessário significar as palavras no intuito de compreender e de saber determinar cientificamente os limites de cada uma delas e as suas funções institucionais. Desse modo, visou-se, significar as palavras de maior predominância nesse relato de experiência: controle, social, aparelhado e funcionalidade.

A palavra “controle”, segundo Mattos (2001), refere-se ao “ato de controlar, um instrumento em que se comanda uma máquina ou aparelho” e diz respeito a “fazer com que a pessoa ou coisa tenha o comportamento que se espera”.

Ao se observar o significado da palavra “social” no dicionário, menciona Mattos (2001), como se vê que ela está para o sentido de ordem da sociedade, designando um conjunto que tem uma vida organizada e que aceita regulamentos que possuam afinidades em comum.

Para tais mecanismos, o Conselho Municipal de Saúde serviria de ponte para a interligação do Estado com a comunidade, sendo que o significado do vocábulo “conselho”, conforme Mattos (2001), descreve um “conjunto de pessoas que têm como função dar opiniões sobre assuntos de uma organização”.

O Conselho de Saúde, então, deveria referir-se a um conjunto de pessoas que tem por função opinar e pensar (refletir) sobre determinados assuntos condizentes com as demandas de Saúde da sua comunidade. Conforme Castro (2012), os Conselhos de Saúde ainda não atingiram uma maturidade que permitiria efetivamente assumir todas as suas atribuições.

A definição de aparelhamento restringe-se à existência de equipamentos necessários para alcançar determinada finalidade, diferentemente da funcionalidade, a qual está ligada ao exercício de certa função (estar em atividade). Conforme Landerdhal et al. (2010), os Conselhos de Saúde, em sua estrutura, acabam operacionalizando somente de forma burocrática e aparelhada, com o objetivo de dar conta das questões que são de necessidade para o funcionamento de conselhos de Controle Social e de políticas públicas, sem espaço para discussão e para construção de um pensar.

Conforme Borges (2010), a expressão “aparelhar o Estado” visa “atingir especificamente metas do instrumental proporcionado pela administração pública com objetivo de atingir determinados materiais políticos e econômico-sociais, servindo-se da máquina administrativa do Estado”.

Os cuidados nessas questões referem-se ao uso do aparelhamento pois, em políticas públicas, pode-se observar que o aparelhamento do Estado pode vir a atender um projeto de poder e não um projeto de país.

MÉTODO

A metodologia utilizada é o relato de experiência (TAFNER, 1999), o qual é um método de descrição menos formal dos fatos e sem a rigidez exigida da exposição de resultados de pesquisa, que são incorporados ao longo do texto científico o que dá, muitas vezes, dinamismo e definição para a leitura.

O relato de experiência desse trabalho foi construído e desenvolvido na participação em um Conselho Municipal de Saúde (com encontros mensais), em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, pertencente a 6ª Coordenadoria Estadual de Saúde. A participação dá-se na condição

de conselheiro e de representante de entidade governamental dos serviços socioassistenciais.

As anotações e as observações das reuniões do Conselho Municipal de Saúde pesquisado foram realizadas no período de janeiro a junho de 2014, em sete encontros do referido conselho, sendo anotadas em diário de campo, como instrumento norteador, em que o pesquisador anota suas percepções, seus sentimentos e os acontecimentos observados.

O diário de campo é apontado por Dal Molin (2007), que escreveu sua experiência em um bairro no qual ele observou questões de políticas públicas e de formações da rede de uma comunidade, como um mecanismo de registro que pode descrever e analisar os dados observados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos momentos vivenciados junto ao Conselho Municipal de Saúde, foi possível observar diversos aspectos quanto à participação dos membros conselheiros, sendo paritários e representantes de diversos segmentos e repartições públicas e privadas, alguns possuíam cargos políticos temporários e poucos concursados efetivos, com diferentes profissões e cargos.

As reuniões do conselho ocorriam mensalmente e nas terças-feiras de cada mês, com horário após as atividades laborais dos serviços públicos. Esse horário era escolhido levando-se em conta a possibilidade de os representantes das demais entidades participar das reuniões. Isso demonstra que não ocorria a dispensa do trabalho para garantir a presença dos conselheiros, conforme descrito por Neder (1996).

A troca de conselheiros nas reuniões dava-se em diversos momentos. A cada reunião percebia-se que outra pessoa ocupava o lugar do representante anterior. Também, verificou-se que não havia controle efetivo de quais instituições se faziam presentes nestes encontros.

Questionou-se a presidente referente ao regimento interno, (instrumento interno e norteador do conselho municipal de saúde), para compreender como o conselho trabalha com as faltas dos conselheiros. Quanto a isso, foi informando que o regimento aponta para atenção ao número de faltas que os conselheiros podem ter, que são três. Após esse número, deverá ser enviado um ofício para a entidade que o conselheiro representa e que a mesma substitua o representante, com risco de penalidade de ser desligado do Conselho.

Outra questão de averiguação foi a situação da eleição da mesa diretora para o conselho (da presidência, da vice-presidência, do secretário e do segundo secretário), em que se percebeu que a mesa foi composta de forma indicativa (pelo fato de nenhum membro expressar interesse em participar dessa função), acabando os cargos de presidência e de secretário mantendo-se e trocando-se os de vice-presidente e de segundo secretário.

Outro fato ocorrido nas reuniões do conselho: a pessoa indicada para vice-presidente representava uma secretaria municipal, e, no mês sub-

sequente da “eleição” do conselho, essa pessoa foi transferida para outra secretaria na já havia conselheiro representante. Isso levou à mudança de titulares, pelo fato do vice-presidente ser o novo titular, e por esse fato, o conselheiro titular passou a ser suplente, tendo somente direito a voz e não mais a votos, ocorrendo rotatividades no trabalho.

No entanto, após um período de tempo, o representante eleito como vice-presidente foi exonerado; fato que fez com que ocorresse retorno da pessoa como titular do conselho e, conseqüentemente, o Conselho ficou sem a figura do vice-presidente. Não houve questionamentos dos demais conselheiros frente ao fato, o que interpretamos como a presença da não legislação específica frente aos cargos de mesa diretora, quanto à permanência ou não de sua representatividade.

A disponibilidade de material e de um espaço físico para se obter informações sobre o funcionamento do conselho demonstravam ser bastante precárias, pois, ao tentar subsidiar tecnicamente esse relato de experiência e após algumas solicitações não serem atendidas pela busca de materiais, buscou-se averiguar os livros que se encontravam em uma estante na sala da coordenação da secretaria municipal de Saúde, local em frente ao espaço onde ocorriam as reuniões do conselho.

O não atendimento das solicitações de materiais acabava ocasionando uma situação desconfortável. Tal situação vai ao encontro da reflexão proposta por Benelli e Costa-Rosa (2012), de que os Conselhos Municipais são locais onde os funcionários públicos não possuem o interesse em dividir o material, locais de um não querer disponibilizar, principalmente documentos orçamentários, ou até mesmo locais de sentimentos de propriedade de material. Ocasionalmente reflexão das relações políticas no conselho, sendo como um espaço de estratégia política ou como espaços de garantias de permanências do poder nesse lugar.

O pouco material disponível existia e foram encontrados após algumas solicitações e algumas buscas pelos mesmos. Nesse momento, percebeu-se que não seria pela falta de intenção de empréstimo, ou de divulgação dos mesmos. O possível motivo da dificuldade de acesso poderia ser pelo fato de os materiais estarem na sala da coordenação e a pessoa responsável pelo espaço encontrava-se “assoberbada” com tarefas administrativas.

Na busca do material junto à Secretaria Municipal de Saúde, encontrou-se um manual do Ministério da Saúde, que também disponibilizava um site eletrônico (www.conselho.saude.gov.br) no intuito de oferecer orientações para os Conselhos de Saúde, o qual é nomeado como SIACS-Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Todos os Conselhos deveriam estar cadastrados nesse sistema até 2012, sendo ele um canal para “escutar” as demandas, orientar os conselheiros e proporcionar um sistema de informação através da internet. No entanto, encontrava-se com acesso indisponível, ou “fora do ar”.

A sensação de “coleguismo” predominava nas reuniões do conselho, pois dificilmente se escutava, ou se abordavam questionamentos dian-

te das situações apontadas nas reuniões. O que se percebia em alguns momentos de questionamentos: a pessoa que interpelava acabava sendo rotulada como impertinente e que atrapalharia o andamento dos trabalhos. Isso se comprovava nas falas paralelas entre os conselheiros e em situações logo na saída das reuniões.

O cumprimento dos prazos e a organização das questões burocráticas (inerentes às práticas estabelecidas pelos controles: interno e externo) eram as determinantes (questões centrais) das reuniões do conselho, demonstrando que as datas limites acabavam sendo fatores de urgência e que não possibilitavam maiores problematizações ou aprofundamentos do que estava sendo votado.

O que se observava é que os conselheiros estariam preocupados em cumprir prazos, ou devido à falta de capacitação cumpriam o que lhes era solicitado sem questionar, ou sem discordar. Em todas as pautas os votos eram unânimes.

Entre as divisões que compõem o Conselho de Saúde observado, há uma separação de acordo com características das entidades que participam dele (governamentais, não governamentais e trabalhadores da Saúde). Percebia-se que os trabalhadores da Saúde estavam inteirados das temáticas discutidas, pois em certos momentos questionavam ou explicavam os motivos das votações e da importância de aprovação das mesmas, no intuito de organizar e de garantir a formulação e controle das políticas públicas em pauta.

Para Arantes, Mesquita e Machado (2008), esse ato dos trabalhadores da Saúde estaria de acordo com a participação social enquanto uma ferramenta indispensável para a construção e para a formulação de demandas.

Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) descreveram que a falta da participação social e que a desinformação dos conselheiros acontece em vista de diversos aspectos. Desde o desconhecimento do regimento interno até o/e principalmente pelo fator do desconhecimento do Plano Municipal de Saúde (o qual deveria estar à disposição dos conselheiros para consultas frequentes).

A falta de conhecimento e de qualificação e as divisões encontradas no conselho observado nessa pesquisa atestam o que Cotta, Cazal e Rodrigues (2009, p. 10) apontam como “desigualdade de poder e de acesso à informação entre os representantes”. Essa situação gera preocupação pelo fato dessa desigualdade dificultar a participação de forma ativa, o que confunde a implantação de conquistas legais.

A participação popular deveria ser garantida em todas as esferas do sistema através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, o chamado Controle Social.

Essa participação, no que se refere ao posicionamento ou não dos participantes nas reuniões do conselho observado, pode atrelar-se ao que Drucker (1981) apontou: que cada indivíduo pode perceber e sentir o seu trabalho a partir de uma dualidade, como algo bom ou ruim, como

algo penoso ou necessário. Assim, o trabalho pode ser considerado como uma extensão da personalidade do indivíduo, como uma realização em que o sujeito culturalmente faz e refaz uma significação de valores quanto ao seu lugar na humanidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao construir a trajetória desse relato, muitas foram às indagações e os questionamentos quanto ao funcionamento e quanto ao aparelhamento do Conselho Municipal de Saúde e como esse estaria representado de forma consistente e pouco contribuindo para as demandas da comunidade.

Percebe-se que os conceitos de funcionamento e de aparelhamento são movimentos necessários e fundamentais para analisar e questionar as atividades desenvolvidas nos Conselhos Municipais de Saúde.

O Conselho de Saúde deve ser um espaço democrático, em que prevaleçam debates sobre políticas públicas, sobrepondo-se aos interesses político-partidários. Dessa maneira, seria um espaço de reflexões, de levantamentos de demandas sociais e de menor preocupação com prazos e com burocracias.

O aparelhamento ocorrido nas reuniões do Conselho de Saúde observado é diferente do aparelhamento apontado em políticas públicas (no que se refere à manutenção do poder das políticas partidárias), pois não se percebeu o objetivo de manter o poder, mas sim o de cumprir-se prazos impostos pelo Estado. Essa urgência pelo cumprimento de prazos (em termos gerais, de burocracias) e esse pouco espaço para capacitações colaboram para a acomodação, para a adaptação e para a unificação das ações dos conselheiros.

A diversidade de referências bibliográficas, em sua maioria escritas por profissionais da área da Saúde, demonstram e apontam a falta de capacitação dos conselheiros. No entanto, dentro dessa falta de capacitação, dever-se-ia buscar os motivos implícitos e explícitos que levam representantes de entidades e instituições a participarem dos Conselhos Municipais e qual autonomia os mesmos possuem para exercerem seus direitos de “voz” e de voto.

Esta diversidade e essa ampla referência nas pesquisas e nos estudos sobre essa temática demonstram que o material é existente para compreender a dinâmica do Controle Social. Contudo, essa busca pode tornar-se massiva e conforme for o aparelhamento do Conselho Municipal de Saúde visado em cumprir a burocracia, gera sentimento de dever cumprido no papel de conselheiro.

No decorrer da experiência realizada, pode-se observar a existência de aspectos relacionados à comunicação, aos jogos de força, ao poder, ao saber, às alianças e à lideranças, os quais foram verificados no modo de divisão do trabalho e na burocratização do trabalho. Para Guirado (1987), a burocratização é uma organização política que estabelece uma

relação de poder “que atravessa toda vida social”. É a organização da separação, isto é, da decisão da execução, do pensar e do saber.

Para Guirado (1987), a relação de burocratização é uma relação entre desiguais, “quanto ao poder de definir o que deve ser feito e como deve ser feito”.

Assim, devido aos fatos apresentados, das observações relatadas e dos aspectos do aparelhamento, ou do funcionamento do Conselho, pode-se perceber que os objetivos das reuniões ocorriam para dar conta das demandas do tempo, da operacionalização de ações, caracterizando-se como um sistema de controle direcionado a manter a estrutura atual.

Cabe expressar a necessidade de fomentar a capacitação dos membros conselheiros, com propósito de alavancar a participação ativa e consciente nas reuniões dos conselhos. Isso para que o sistema não seja utilizado como aparelhagem política, mas como método de avanços das políticas públicas.

Outro fator referente ao não funcionamento dos conselhos de Controle Social diz respeito à possibilidade de que os Conselhos (de Saúde, de Assistência, de Saneamento, etc.) serem mal conduzidos quanto aos seus reais objetivos.

A pouca participação perpetua a desigualdade e mantém as relações de poder, uma vez que a falta de qualificação técnica e política concretiza o controle da sociedade com o designo de social, embasado na falta de apropriação da população com o controle social.

A experiência vivenciada como membro conselheiro, representante de serviço público, proporcionou o pensar quanto ao papel que é exercido e o sentimento de falta de maiores conhecimentos da função e da importância do espaço para discussão e para reflexões das demandas que poderiam vir a ser apresentadas nas reuniões dos Conselhos. Desse modo, gerando frustração por não conseguir desempenhar o papel de participação cidadã de forma efetiva em um Controle Social.

Esses sentimentos influenciaram, também, na produção desse relato de experiência, pois em cada parágrafo desenvolvido questionava-se qual burocracia deveria ser desempenhada. O que leva a acreditar que o espaço em que se encontra um conselheiro é um espaço mecanicista, com imposições implícitas dentro de paradigmas institucionais, cumprindo com prazos e com poucas resolutividades e gerando o questionamento de que forma exercem-se a cidadania.

Ao se buscar conclusões sobre formas de atuações de conselheiros de conselhos de Controle Social, em suma, encontrou-se vários fatores das dificuldades de obter capacitações e informações. Assim como o cumprir com aspectos burocráticos, que embasam o fazer do conselheiro, sugerindo que esses fatores levam para uma atuação de forma insegura e passiva, ao qual se deve atentar para os riscos que estas formas de atuação poderão ocasionar no funcionamento adequado de um Conselho de Saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, U. D.; FIGUEIREDO, A.; SALES, P. Â. **O papel do controle externo.** (2010). Disponível:<http://www.tcm.ce.gov.br/site/_arquivos/servicos/downloads/2010/curso_controle_social/tcm-03.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2014.

ARANTES C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO M. L. T. Controle Social na Saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 4, p. 417-421, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a11v22n4.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes, teorias e práticas.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BENELLI, J. S.; COSTA-ROSA, A. Conselhos Municipais: Prática e Impasses no cenário Contemporâneo. **Psic. em Est.** Maringá, v. 17, n. 4, p. 577-86, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000400004>. Acesso em: 08 abr. 2014.

BORGES, D. **O custo do aparelhamento do Estado petista.** Jornal do Brasil. (2010). Disponível em: < <http://www.jb.com.br/> >. Acesso em: 14 abr. 2014.

BRASIL. CASA CIVIL. Lei 8.142/90. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 29 mar. 2014

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em 07 fev. 2017

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no Controle Social do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Guia de atuação das instâncias de Controle Social do programa bolsa família.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010.

CASTRO, L. F. C. **Dicionário de Políticas Públicas.** Barbacena: Ed. UEMG. 2012.

COTTA, M. M. R.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So103-73312009000200010>. Acesso em: 06 mai. 2014.

DAL MOLIN, F. **Redes Sociais e Micropolíticas da Juventude**. 220 p. Tese (Doutorado em Sociologia) _ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/11395>>. Acesso em: 5 abr. 2014.

DRUCKER, P. F. **O que sabemos sobre o trabalho, o trabalhador e suas atividades**. In: DRUCKER, P. F. Fator Humano e Desempenho. São Paulo: Pioneira, 1981.

GUIRADO, M. Análise Institucional de Georges Lapassade. In: GOFFMAN, E. **Psicologia Institucional**. São Paulo: EPU, 1987.

LANDERDHAL, C. M. et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de Controle Social ou documento burocrático? **Rev Ciên e Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500017>. Acesso em: 25 mai. 2014.

MARAU. GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE MARAU. **Lei 1577/91**. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/a/rs/m/marau/lei-ordinaria/1991/157/1577/lei-ordinaria-n-1577-1991-cria-o-conselho-municipal-de-saude-cms-o-fundo-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias.html>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

NEDER, C. Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus Conselheiros. Visando a municipalização dos serviços de Saúde. Ministério da Saúde. Informação Educação Comunicação. Brasília, v. 614, n. 81, p. 38-44, 1996. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/conselhos-conselheiros.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2014.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de Saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500020&script=sci_arttext. Acesso em: 21 mai. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 453 da Lei 80.80/90. **Define o funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html>. Acesso em: 21 de mai. 2014.

SILVA, S. M. L. et al. Análise da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, n.1, p.117-125, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/10.pdf>>. Acesso em 21 de mai. 2014.

TAFNER, M.; TAFNER, J.; FISCHER, J. **Metodologia do trabalho acadêmico**. Curitiba: Juruá. 1999.

DESAFIOS NA GESTÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edenilson Freitas Rodrigues: Enfermeiro, residente multidisciplinar da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR).

Rafael Marcelo Soder: Enfermeiro, Professor adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/Campus Palmeira das Missões (RS), Brasil.

Luiz Anildo Anacleto da Silva: Enfermeiro, Professor adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/Campus Palmeira das Missões (RS), Brasil.

Gianfábio Pimentel Franco: Enfermeiro, Professor adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/Campus Palmeira das Missões (RS), Brasil.

RESUMO

O seguinte trabalho relata a experiência, em caráter descritivo, de uma gestão municipal de saúde e assistência social em um município de pequeno porte, localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, em fronteira com a Argentina, durante os anos de 2013 e 2014. O objetivo deste estudo é trazer à luz da discussão os desafios encontrados na gestão em saúde, abordando suas singularidades na cobertura das ações e serviços das políticas públicas de saúde. Concluiu-se a necessidade de repensar os direitos sociais, de modo a acompanhar a expansão dos direitos econômicos em espaços internacionais. Reflexões estas que, de forma contínua, devem proporcionar um maior apoio no âmbito do planejamento das ações e serviços de saúde, tanto a nível local quanto regional, tendo em vista a magnitude de seus impactos.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Áreas de fronteira; Políticas públicas.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de extensão continental, com uma área de 8,5 milhões de quilômetros quadrados e com uma população de, aproximadamente, 180 milhões de habitantes. Também é um país complexo e desigual, onde emergem nítidas diferenças sociais, econômicas, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões e, dentro destas, entre seus distintos nichos sociais. Isso, por si só, traz para as políticas públicas premissas para fortalecer cada vez mais a descentralização da saúde (MENDES, 2011).

A descentralização e a municipalização, incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), permitiram alterações na gestão do setor de saúde, tornando-a mais democrática e participativa. Com a descentralização, o poder de decidir sobre a gestão das organizações de saúde é levado

para junto dos usuários e contextualizado de acordo com suas realidades. Com esse novo perfil organizacional, transformou-se o formato institucionalizado e setorizado, alterando as práticas e valores fundamentados na cultura das organizações públicas, que determinam a maneira de gerenciar o setor (MENDES, 2011).

Nesse contexto, a gestão pública de atenção à saúde oferece respostas sociais deliberadas conforme as necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização ou reorganização do Sistema Único de Saúde, deve-se partir de uma análise das necessidades de saúde expressas em sua população (CORBO et al., 2007). A situação de saúde deve ser analisada nos seus aspectos sociodemográficos e epidemiológicos. A atenção à saúde baseada na população constitui a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos e variáveis, de se implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e, ainda, de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura (STARFIELD, 2002).

Entendendo que a gestão em saúde é o cerne do complexo sistema e dos serviços de saúde, há particularidades e singularidades específicas no cenário dos municípios de fronteira. Nesse quadro, os serviços e ações de saúde tomam um importante papel para seus municípios, bem como para as pessoas que trafegam nesses espaços, ainda que não pertençam ao sistema municipal de saúde.

Além da população adscrita e cadastrada a fim de que as políticas públicas atinjam sua totalidade, somam-se, nos municípios de fronteiras, pessoas advindas de outros países. Essas pessoas chegam, muitas vezes, por imigração clandestina, sem documentos legais, com todas as cargas socioculturais e necessidades humanas básicas, sujeitando-se à marginalidade das políticas públicas brasileiras. Muitas vezes, por não possuírem documentação legal, ficam impossibilitadas de acessar os serviços de saúde, tornando-se apenas a opção de atendimento a partir da média e alta complexidade, ou seja, quando os fatores de saúde preveníveis já se tornaram agravos.

Pode-se considerar que são vários os fatores que determinam ou limitam o acesso desses usuários a estes serviços. Como, por exemplo, a diferenciação da qualidade do cuidado, as tecnologias empregadas, a agilidade e o custo financeiro destes. O viés da questão está em como delimitar os direitos humanos e à cidadania frente à logística de construções de redes de atenção à saúde (NOGUEIRA, 2006).

Nesse contexto, podem ser visualizadas diferentes formas e trajetórias na prática da gestão em saúde. Não se intenta pautar uma fórmula correta dos caminhos a percorrer, e sim a construção dos caminhos que melhor se adaptem à realidade local, considerando as legislações pertinentes, os dados de base epidemiológicos, determinantes e condicionantes sociais locais e, principalmente, a efetiva participação social neste processo.

A relevância do estudo sustentado na gestão municipal de um município de pequeno porte pauta-se em contextualizar as diversas formas de atuação da gestão em saúde, influenciadas por cenários característicos e envolvendo traços singulares, culturais, demográficos, epidemiológicos e estruturais. Pretende-se, no transcorrer deste trabalho, relatar a experiência, em caráter descritivo, de uma gestão municipal de saúde e assistência social em um município de pequeno porte localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, em fronteira com a Argentina, durante os anos de 2013 e 2014.

A importância das reflexões trazidas por este relato de experiência dá-se a partir da necessidade de conhecermos as práticas e desafios encontrados na forma de atuação da gestão de um município de pequeno porte no município de fronteira na área da saúde. A partir de tal elucidação, poderemos refletir e contribuir em temas como a qualificação das ações de saúde na área da gestão em determinado cenário e as repercussões do processo de integração dos sistemas de saúde entre países.

O objetivo deste estudo é trazer à luz da discussão os desafios encontrados na gestão em saúde, em um município de pequeno porte em região de fronteira, abordando suas singularidades na cobertura de ações e serviços das políticas públicas de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e observatório, acerca da experiência do autor do trabalho enquanto gestor municipal de saúde e assistência social em um município de pequeno porte localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul. O período de análise perpassa os anos de 2013 e 2014 quando atuou junto à gestão municipal.

As descrições de cunho observatório partem dos caminhos percorridos, das ações e demandas emergidas de forma cotidiana e da opinião acerca da gestão deste município. Têm como base analisar pontos delimitados, pertinentes a posicionamentos e reflexões, no intuito de ampliação das formas de visualizar o processo de gestão em um município de pequeno porte e de zona de fronteira.

Considera-se o relato de experiência como um dos recursos amplamente utilizados em artigos de periódicos científicos, principalmente nas ciências humanas e sociais, enriquecendo a fundamentação teórica do texto com a própria vivência profissional ou pessoal do autor, sem a formalidade de enquadrar o conteúdo numa metodologia de estudo de caso, ou de outros recortes metodológicos e científicos.

O relato de experiência, portanto, constitui-se como uma descrição, de maneira mais informal, e sem o rigor exigido na apresentação de resultados de pesquisa, formatando-se a um texto de caráter analítico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização do município

O município e o processo de gestão em saúde que são relatados no presente estudo possui cerca de 3.925 habitantes, sendo dividido em 39,5% de residentes da área urbana e 60,5% na zona rural. A economia baseia-se, principalmente, na agropecuária, constituindo uma realidade típica do meio rural. A indústria e o comércio estão presentes de forma incipiente, tendo pouca representatividade na composição do valor adicionado à economia do município. A população é formada, basicamente, pelas etnias alemã, polonesa e italiana (NOVO MACHADO, 2013).

A área de extensão do município é de 218,325 km², tendo a maioria das residências localizadas na zona rural. O acesso até o município é dado por via asfáltica; no entanto, todos os demais caminhos que ligam as comunidades são constituídos por estradas não pavimentadas.

O município encontra-se localizado na limitação com a Argentina através do rio Uruguai. No entanto, não possui zona portuária, controle de fluxo migratório e porto alfandegado, fazendo com que existam serviços clandestinos de transporte de pessoas e mercadorias entre os dois países (NOVO MACHADO, 2013).

Estrutura da rede municipal de saúde e assistência social

A secretaria municipal de saúde e assistência social neste município possui uma subdivisão em duas diretorias, constituindo um órgão único, sendo que o gestor fica responsável pelo gerenciamento das duas áreas.

Quando divididas as áreas de saúde e de assistência social, as estruturas são configuradas da seguinte forma:

Assistência social:

1 unidade de Centro de Referência de Assistência Social – CRAS

1 unidade de Centro de Convivência de Idosos

Entre técnicos da área e trabalhadores com ações específicas somam um total de 11 funcionários.

Saúde:

2 unidades de Saúde da Família

2 unidades satélites (unidades de saúde vinculadas a uma unidade de Saúde da Família)

1 academia polo de saúde

2 equipes de apoio, sendo um Núcleo de Saúde da Família (NASF) e um Núcleo de Apoio a Atenção Básica em Saúde Mental (NAAB)

Entre as equipes de saúde da família, profissionais da área técnica de saúde e demais trabalhadores, perfazem um total de 57 funcionários (NOVO MACHADO, 2013).

O município não possui serviço de pronto atendimento de urgências e emergências, sendo que os serviços demandados são referenciados para o município vizinho a 10 km, onde se localiza um hospital de pequeno porte com plantão médico 24 horas. Também é o único município

de sua região de saúde que não possui cobertura do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU 192), serviço financiado pelo Estado do Rio Grande do Sul, pela União e pelo Município.

Os serviços de transporte, remoção e atendimento necessários são feitos por servidores do município. O município possui uma frota de sete veículos tipo passeio, uma ambulância e um micro-ônibus. O serviço é feito a partir das 18 horas, horário de término das atividades nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), até as 07 horas do dia seguinte, nos dias úteis, e 24 horas por dia nos finais de semanas e feriados.

A comunicação entre o usuário e o serviço de transporte é feita através de ligação telefônica direta ao motorista escalado. Esse número é amplamente divulgado pela equipe de saúde da família. O usuário é transportado até o hospital de referência, onde é feito o serviço de avaliação dos riscos e, se necessário, atendimento médico de urgência e emergência.

O gerenciamento das ações em saúde municipal resume-se pela execução e vigilância de serviços na área da atenção primária em saúde, com foco de fortalecimento nas duas equipes completas da Estratégia de Saúde da Família, possuindo cobertura de 100% do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família foi oficialmente implantada, em 1994, pelo Ministério da Saúde, como um programa e, posteriormente, em 1997, alçada à condição de estratégia de reorganização do modelo assistencial. Define-se como um conjunto de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2012).

A ESF destaca-se como estratégia de organização dos serviços na APS, sendo prioritária no leque das políticas públicas de saúde, fortalecendo a rede e colaborando para a reorientação do modelo assistencial. Tem como um de seus objetivos acompanhar, através de ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde, a população adscrita à sua área de abrangência. O fundamental no trabalho da ESF é o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento do trabalho a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território às demandas e necessidades em saúde da população (CORBO et al., 2007).

Com isso, a ESF tem o intuito de obter um cuidado integral, baseando-se no conceito ampliado de saúde, no âmbito da prevenção e promoção da saúde, no trabalho em equipe e na busca pela qualidade e resolutividade da assistência ao usuário (BRASIL, 2012). Demanda, portanto, uma integração efetiva e contínua entre as políticas públicas para que a assistência prestada ocorra de maneira integral e assegure o direito ao atendimento dos usuários em suas necessidades de saúde.

Todo o trabalho previsto para a ESF apresenta vinculação direta com o conceito de intersetorialidade, entendida como a integração contínua desde o planejamento, a execução e a avaliação das ações desenvolvidas entre as instituições e serviços dos diferentes setores (BRASIL, 2012).

Relação entre a gestão em saúde e a gestão em assistência social

A ideia explícita na concepção do Sistema Único de Saúde é de que o modelo de saúde proposto deve estar direcionado às necessidades sociais da população, com olhares atentos no âmbito da saúde coletiva, reafirmando o direito de cidadania (CAMPOS, 2000).

Implantado algum tempo após o SUS, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) trouxe muitos fundamentos espelhados do SUS, com direção descentralizada e princípios e diretrizes semelhantes ao primeiro. Essa semelhança reforça a ideia de ambos como constituintes da seguridade social prevista na Constituição Federal, complementando os direitos básicos da sociedade (BRAVO, 2002).

Com a premissa de caracterizar-se como um município de pequeno porte e financiamento de forma limitada, algumas das áreas dos serviços públicos são administradas de forma conjunta. Neste cenário, encontra-se a fusão entre a secretaria municipal de saúde e a assistência social, constituindo um segmento único da administração municipal.

A organização deste órgão acontece a partir da divisão em duas diretorias em suas áreas, localizadas, no entanto, no mesmo espaço físico. Diversas vezes, por manter a cobertura de serviços públicos para a mesma população e pela considerável demanda quando comparada a outros serviços disponíveis, fica em evidência a não clareza por parte dos municípios sobre as áreas específicas de atuação e de acesso.

A intersectorialidade desses serviços constitui-se como uma forma de integração entre políticas públicas, incluindo também, nesse contexto, a educação. Por serem os serviços públicos mais próximos da comunidade e, tradicionalmente, inseridos no território onde o indivíduo vive, possuem histórica importância para a população. Com a perspectiva de integralidade no desenvolvimento do trabalho, os setores devem buscar, de forma coletiva, o enfrentamento às situações presentes no cotidiano dos usuários – neste caso, referentes às políticas de saúde e de assistência social (CAMPOS, 2000).

O trabalho que permeia essas duas áreas neste município possui diversas interfaces. Há situações de dificuldades em conseguir classificar os propósitos das ações, devido à considerável procura/demanda por parte da população, uma vez que as unidades de saúde da família e o centro de referência da assistência social estão localizados no centro da comunidade, facilitando o acesso da população. Por outro lado, há benefícios proporcionados pelo trabalho multiprofissional de uma rede muito próxima, facilitando a comunicação e reduzindo as barreiras que, por diversas vezes, são as mesmas encontradas pelos serviços no momento da execução das ações.

É de grande importância que haja integração das estratégias e ações, o que pressupõe também a interação das demais políticas públicas. Isso constitui-se como um desafio que demanda articulações de redes e movimentos contínuos. Tanto no âmbito da saúde quanto no da assistência social, o foco sempre está centrado na lógica da seguridade so-

cial, transformando ações em garantias de direitos sociais e individuais (MARTINELLI, 1998).

Desafios na gestão em saúde de um município de fronteira

A faixa de fronteira brasileira possui até 150 km de largura, ao longo de 15.719 km da fronteira terrestre, abrangendo 588 municípios de 11 estados. Essa área corresponde a 27% do território brasileiro e reúne uma população estimada em dez milhões de habitantes, ou seja, 19% da população brasileira (GIOVANELLA et al., 2007).

O Brasil possui extensos limites fronteiriços com os demais países, especialmente com os pertencentes ao Mercosul, os quais têm originado preocupações, pois influenciam todo o país e, especialmente, os municípios de regiões de fronteira. O fluxo de intensificação do livre comércio reflete sobre o setor social. Além disso, a manutenção de questões ligadas à faixa de fronteira e à proteção social entre esses países se aguçam nestes espaços. Com isso, os municípios de fronteira do Brasil têm enfrentado dificuldades em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde, conforme preconizada pela Constituição Federal, pois fatores como recursos humanos, equipamentos de média e alta complexidade, distância entre os municípios e os centros de referência, dentre outros, sofrem interferências consideráveis (GIOVANELLA et al., 2007).

Tendo como base as ações de saúde no território relatado e as ações serem desempenhadas em sua totalidade a partir da coordenação das Estratégias de Saúde da Família e esta, por sua vez, trabalhar com população adscrita, a criação de vínculo fica comprometida. Nesse sentido, áreas prioritárias de saúde – como, por exemplo, gestantes e crianças – ficam à mercê dos fatores migratórios, interferindo diretamente nos dados epidemiológicos pactuados naquele local e dificultando, assim, a avaliação dos serviços municipais de saúde.

As regiões de fronteiras são territórios complexos, no âmbito jurídico formal, e de convivência, no âmbito cotidiano, pois nelas existem processos de integração e de conflitos. Linha ou zona de fronteira assinala um “espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades gêmeas” (NOGUEIRA et al., 2007, p. 228).

Alguns estudos apontam que, em municípios brasileiros de fronteira, foram identificadas dificuldades no que se refere à programação de imunização e à cobertura vacinal, visto que os recém-natos, filhos de mães estrangeiras que realizam seus partos hospitalares no Brasil, retornam ao seu país de origem sem que sejam vacinados (GIOVANELLA et al., 2007).

Ao ser identificada uma família que está sem documentação (imigrante ilegal) residindo no município, percebe-se que a equipe fica muitas vezes refém dessa situação. No caso da gestante, seria ilegal ofertar um acompanhamento de pré-natal a uma mulher estrangeira que sequer tem documentação para fins de registro. Se a equipe assim o fizer, poderá

ser apontada como conivente neste processo. Por outro lado, justificada pela morosidade do processo de denúncia junto aos órgãos competentes e processo de extradição, esta mesma usuária dará entrada nos serviços públicos em trabalho de parto, nos quais não poderá ser negada a assistência. Após o nascimento em território brasileiro, a criança adquire os direitos de cidadania, assim como quem possui sua guarda legal. Ou seja, qual situação tende a ser pior: receber uma criança e uma mãe sem ter tido acompanhamento pré-natal mínimo ou ser conivente com a imigração ilegal? Este é um dilema frequente no campo prático para os profissionais de saúde.

Dificuldades também foram apontadas em relação à utilização de estratégias arriscadas, por parte de usuários não brasileiros, para obtenção de acesso ao sistema, como, por exemplo, aguardar o agravamento da doença para o ingresso como emergência, situação em que o atendimento deve sempre ser realizado (NOGUEIRA et al., 2007).

No que se refere ao estrangeiro residente legalizado, este possui os mesmos direitos sociais dos brasileiros. Também é afirmado pelo Estatuto do Estrangeiro – Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980 –, na Secção Dos Direitos e Deveres do Estrangeiro, artigo 95: “o estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos, nos termos da Constituição e das leis” (BRASIL, 1980).

A comunicação dos serviços de saúde e a população

Apesar de estarmos em um cenário mundial tecnológico, a comunicação entre o serviço de saúde e a população ocorre de uma maneira peculiar. Hoje, presencia-se uma grande oferta de novas tecnologias no âmbito da comunicação, como, por exemplo, celulares e *tablets*, tornando-se parte da vida cotidiana e ofertando novas formas de comunicação e conforto. No entanto, na contramão mercadológica, a maneira mais eficaz de comunicação entre o serviço de saúde e a comunidade do município estudado dá-se através do rádio.

Segundo Roges et al. (2013), a implementação da linguagem de rádio no processo de educação estabelece uma nova alternativa para estimular o processo de ensino e aprendizagem, além de promover o acesso à informação, comunicação e interação social. Dessa forma, promove impactos favoráveis no que tange a proximidade entre a comunidade e os serviços de saúde.

Culturalmente, a população do meio rural mantém uma audiência fiel aos programas de rádios regionais, que se constituem como uma das maneiras encontradas para transmitir os comunicados diariamente para a população, em horários e programas específicos. Neste espaço, são comunicados informes relacionados às pessoas que necessitam entrar em contato com a secretaria ou, ainda, para tratarem assuntos de seu interesse que sejam vinculados à saúde ou à assistência social. Esses comunicados permeiam desde a informação da data de agendamento de consultas de média e alta complexidade e agendamento de transporte

aos municípios vizinhos até mesmo a disponibilidade de resultados de exames nas unidades.

Em primeira impressão, surgiu o questionamento quanto à exposição dos usuários do sistema, mas, após algum tempo de observação, chegou-se à conclusão que mais de 95% da população utilizava os serviços públicos de saúde, muitas vezes relatando a preferência por estes, quando comparados aos serviços privados (como consultas especializadas e procedimentos ambulatoriais). Essa situação está relacionada ao considerável vínculo desenvolvido pelas equipes de saúde da família com a comunidade, além da baixa rotatividade e do perfil desses profissionais.

Entende-se que o espaço radiofônico se configura como um recurso para as práticas de educação em saúde e que, através deste, há continuidade no processo de reconhecimento dos aspectos culturais e segmentos comunitários. Ao dispor desse acesso à informação, há uma efetiva promoção de saúde e reconstruções de valores e definições de padrões comportamentais em saúde (ROGES et al., 2013).

Algumas ferramentas de comunicação também são utilizadas; no entanto, não com a ampla cobertura que o rádio oferece naquele município, pois em muitos locais não há sinais de telefones, linhas de telefone ou sinal de internet. Inclusive, o serviço dos correios não acontece de maneira habitual como em centros maiores. Todos os produtos endereçados à comunidade que reside na zona rural ficam à disposição na unidade de saúde, pois não há condições de entrega nos endereços localizados no interior. Um dos complicadores deste fato é que há apenas um funcionário disponibilizado pela empresa dos Correios e Telégrafos para executar todos os serviços no município, que vão desde as atribuições da agência até a distribuição das correspondências.

Os agentes comunitários de saúde exercem um papel fundamental no elo dos serviços de saúde e a população, auxiliando muito no processo e trabalho de comunicação. No entanto, por possuírem áreas de abrangência muito extensas na zona rural, em razão desse auxílio na comunicação, ocorre uma quebra/desconstrução na logística de visitação no processo saúde-doença, fazendo com que o planejamento das ações da equipe fique, por vezes, descaracterizado.

O financiamento em saúde e o SIS Fronteira

O Ministério da Saúde lançou, em julho de 2005, através da Portaria 1.120, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (sis Fronteiras), um projeto de integração de ações e serviços de saúde nas regiões fronteiriças do país. Em novembro do mesmo ano, o sistema foi implantado primeiramente no município de Uruguaiana, fronteira oeste do Rio Grande do Sul, o qual possui divisa, através de uma ponte, com a cidade de Paso de los Libres, na Argentina. Com vistas a contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, o projeto tornou-se uma importante estratégia para uma futura integração entre os países da América Latina, espalhando-se por mais de 120 municípios de região de

fronteira por todo o país.

Tendo como seu principal objetivo o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, fez-se necessário mensurar diversos aspectos de forma quantitativa e qualitativa, dentre eles: socioeconômicos, geográficos, epidemiológicos, sanitários, ambientais e assistenciais.

As ampliações dos conceitos geográficos agregam o entendimento dos processos de saúde-doença na era da globalização, pois apresentam a manifestação social e o estudo do espaço e das práticas de gestão da saúde pública, devido às epidemias e fluxos em que as doenças se disseminam (FARIA; BORTOLOZZ, 2009). Por sua vez, o planejamento territorial ramifica-se no controle de doenças através das ações de saúde pública que consideram as diferentes características do território.

O município foco desse relato de experiência aderiu ao sistema SIS Fronteiras no ano de 2006, passando por mais duas pactuações, uma em 2009 e outra em 2012. Em um primeiro momento, foi financiado um montante de R\$ 7.005,96, a fim de custear a realização do diagnóstico local e o plano operacional no período de seis meses, após a homologação da adesão. Durante esse período, foram repassados recursos financeiros e realizadas pactuações, focando na aplicação de recursos em procedimentos de média e alta complexidade, como, por exemplo, atendimento especializado de cardiologia.

Após isso, durante o ano de 2013, houve comunicação do Ministério da Saúde, a fim de realizar um novo plano de investimento de recursos financeiros proposto pelo sistema. No entanto, até 2015, não houve retornos, tampouco investimentos financeiros voltados a este fim, impossibilitando algumas ações planejadas na área.

O sistema público de saúde brasileiro possui dificuldades em integrar as ações propostas no SIS Fronteiras, sendo uma delas a circulação de pessoas nessas regiões. Essa movimentação se dá, dentre outros motivos, pela procura de melhores serviços de saúde, sendo que a região sul do país possui a marca mais forte dessa ação (GIOVANELLA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada apontou no sentido de focar algumas interfaces da dinâmica que envolvia a gestão em saúde de um município de pequeno porte em região de fronteira. No entanto, os assuntos pertinentes às suas práticas e ao cenário local não se esgotam, tampouco são resumidos a resoluções pontuais. Essa experiência trouxe à luz reflexões sobre diferentes práticas impulsionadas pela municipalização e características únicas de cada cenário.

No contexto local, as políticas de saúde e assistência social tiveram diversos avanços, conquistados a partir da Constituição Federal de 1988, do controle social e de suas legislações específicas. Porém, analisando o contexto da legislação social, temos o direcionamento do Estado de Bem-Estar Social, ou seja, um Estado comprometido de fato com polí-

ticas sociais de caráter universalizado, emancipatório e societário, que, por muitas vezes, acaba por permanecer apenas no campo filosófico.

Ao unirmos a saúde e a assistência social para analisar a importância do trabalho e das ações desempenhadas de forma integrada entre ambas, encontramos, na intersectorialidade, um pressuposto essencial para a efetivação da integralidade no atendimento aos usuários destas políticas – situação que é potencializada a partir da articulação e da construção de uma rede de saúde onde há comunicação e complementaridade de fins semelhantes.

Ao abordar os processos de integração, foram descortinadas as exigências em se repensar os direitos sociais, de modo a acompanhar a expansão dos direitos sociais em espaços internacionais. Essas reflexões, de forma contínua, devem proporcionar um maior apoio no âmbito do planejamento às ações e serviços de saúde, tanto em nível local quanto regional, tendo em vista a magnitude de seus impactos.

A vivência aqui relatada, no âmbito da gestão em saúde, permite afirmar que há dificuldades no planejamento das ações e serviços ofertados pelo sistema. Além disso, nos deparamos com as fragilidades encontradas nos demais setores, como, por exemplo, na legalidade da migração e no desconhecimento dos acordos internacionais, deixando muitas vezes a gestão sem o devido embasamento das decisões a serem tomadas.

Nessa perspectiva, pode-se concluir que os diversos cenários de produção em saúde possuem a interferência de seus atores, deixando claro que a atuação destes interfere significativamente na continuidade do cuidado em saúde. Nesse sentido, necessita-se desde o olhar epidemiológico mais aguçado, de acordo com as áreas de fronteira, até a reformulação de políticas mais eficazes para a pluralidade fronteiriça brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Senado Federal. Estatuto do Estrangeiro. Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 ago. 1980. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6815.htm>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cortez, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CORBO, A. D. et al. Saúde da família: construção de uma estratégia de aten-

ção à saúde. In: MOROSINI, M. V.; CORBO, A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde**: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. Curitiba: Editora UFPR, 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007.

MARTINELLI, M. L. **Serviço social e saúde**. Campinas: Unicamp, 2002.

POTIARA, P. **Ser Social**. Brasília: UnB, 1998.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NOGUEIRA, V. M. R.; DAL PRÁ, K. R.; FERMIANO, S. A diversidade ética e a política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha de fronteira do Mercosul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 227-236, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R. **Tendência das políticas nacionais de saúde nos países do Mercosul**. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e Congresso Mundial de Saúde Pública: Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas, 8, 2006, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

NOVO MACHADO. **Plano Municipal de Saúde 2014/2017**. Novo Machado – RS, 2013.

ROGES, A. L.; et. al. Utilização do rádio pelo enfermeiro como estratégia em educação em saúde: uma revisão integrativa. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 274-281, jan./mar. 2013. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a31.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

FATORES RELACIONADOS A DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS NO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL, ENTRE 2000-2014

Mariana da Silva Formigheri: Farmacêutica, Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde - UFSM, Palmeira das Missões (RS), Brasil. Contato: marianaformigheri@yahoo.com.br

Pedro de Souza Quevedo: Médico Veterinário, professor da Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, Palmeira das Missões (RS), Brasil. Contato: pedrosquevedo@hotmail.com

Denise Maria da Silva Figueiredo: Médica Veterinária, Divisão Epidemiológica do Centro Estadual de Vigilância em Saúde/RS, Porto Alegre (RS), Brasil. Contato: denise-figueiredo@saude.rs.gov.br

RESUMO

As Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) constituem um problema de Saúde Pública crescente em todo o mundo, sendo responsáveis por altos custos econômicos e sociais. Este estudo caracteriza-se como descritivo do tipo transversal, analisando a ocorrência dos surtos de DTA – quanto ao número de surtos/ano, pessoas acometidas em cada evento, surtos/ano por coordenadorias regionais de saúde, agentes etiológicos, alimentos envolvidos, locais de ocorrência, fatores causais do consumo e locais de preparo dos alimentos –, ocorridos no Rio Grande do Sul, no período de 2000 a 2014. Os dados epidemiológicos dos surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, notificados no Rio Grande do Sul, foram obtidos através de bases de dados do Programa Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, Divisão de Vigilância Epidemiológica, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Secretaria Estadual de Saúde. Os resultados encontrados neste trabalho demonstram que há necessidade de maior cobertura dos programas de orientação e educação para a sociedade, principalmente em relação aos cuidados imprescindíveis na conservação, manipulação e consumo dos alimentos, às boas práticas de higiene e aos riscos provindos dos alimentos contaminados.

Palavras-chave: Bactérias; Contaminação; Ingestão de alimentos.

INTRODUÇÃO

A alimentação é necessidade básica para qualquer sociedade, pois interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo, tendo forte relação com a manutenção, prevenção e recuperação da saúde. Dessa forma, precisa ser segura para que não cause danos ao consumidor.

As Doenças Transmitidas por Alimentos constituem um problema de Saúde Pública crescente em todo o mundo. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), define-se como surto de Doença Transmitida por Alimento (DTA) o episódio no qual duas ou mais pessoas

apresentam doença semelhante, após ingerirem alimentos ou água da mesma origem, e a evidência epidemiológica ou análise laboratorial apontá-los como veículos da doença (SVS, 2005).

Vários são os fatores que contribuem para a ocorrência dessas doenças, entre os quais se destacam o crescente aumento das populações, a existência de grupos populacionais vulneráveis, o processo de urbanização desordenado e a necessidade de produção de alimentos em grande escala (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), são necessárias algumas orientações que precisam ser passadas ao notificante no momento do conhecimento do surto, para evitar que os alimentos suspeitos continuem a ser consumidos ou vendidos. Também é preciso guardar, sob refrigeração, todas as sobras de alimentos na forma em que se encontram acondicionados até a chegada da equipe para a investigação, preservar as embalagens quando a suspeita estiver relacionada a produtos industrializados e orientar os doentes a procurar o serviço de saúde.

É de suma importância que a notificação seja imediata, relatando o caso ao setor municipal de saúde responsável pela vigilância epidemiológica. A partir disso, verifica-se a consistência das informações, no momento da notificação, com o próprio notificante ou, a seguir, com outras fontes referenciadas. Se as informações coletadas caracterizarem a suspeita de um surto de DTA, inicia-se, então, o planejamento das ações, sendo que as informações coletadas precisam ser registradas no Formulário para Notificação de Surto de Doença Transmitida por Alimento (BRASIL, 2010).

É de grande relevância a brevidade com que a equipe designada chegará ao local onde foi preparada e/ou consumida a refeição suspeita, pois a agilidade dessa ação é muito importante para propiciar a coleta de amostras de material humano, antes que os doentes recebam medicação e os alimentos suspeitos sejam desprezados (GOTTARDI, 2003).

Após a coleta realizada, inicia-se a entrevista para o preenchimento do Formulário para Registro Individual de Informações dos Comensais de Surto de DTA. Através deste, se chegará à definição do surto de DTA e, após, será realizada a análise dos dados para descrever o surto (GOTTARDI, 2003).

Dessa forma, após concluída a investigação, é preenchido o Relatório Final de Investigação Epidemiológica de DTA, que deve ser encaminhado à Secretaria Estadual da Saúde, que, por sua vez, encaminha ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; GOTTARDI, 2003).

Porém, sabe-se que as DTA nem sempre são oficialmente notificadas, pois muitos sintomas das enfermidades transmitidas por alimentos são geralmente parecidos com gripes ou discretas diarreias e vômitos. Isso acaba dificultando o seu conhecimento e tratamento. Além disso, cabe também salientar que existem casos que, mesmo quando o caso de DTA é notificado à autoridade competente, nem sempre os procedimentos corretos são adotados (PRADO et al., 2014)

Considerando essas informações apresentadas, o objetivo do presente trabalho é analisar a ocorrência de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) no Rio Grande do Sul, no período de 2000 a 2014.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo do tipo transversal que analisa a ocorrência dos surtos de DTA ocorridos no Rio Grande do Sul, no período de 2000 a 2014, considerando como indicadores o número de surtos/ano e o de pessoas acometidas em cada evento, os surtos/ano por coordenadorias regionais de saúde, os agentes etiológicos, os alimentos envolvidos, os locais de ocorrência, os fatores causais do consumo e os locais de preparo dos alimentos.

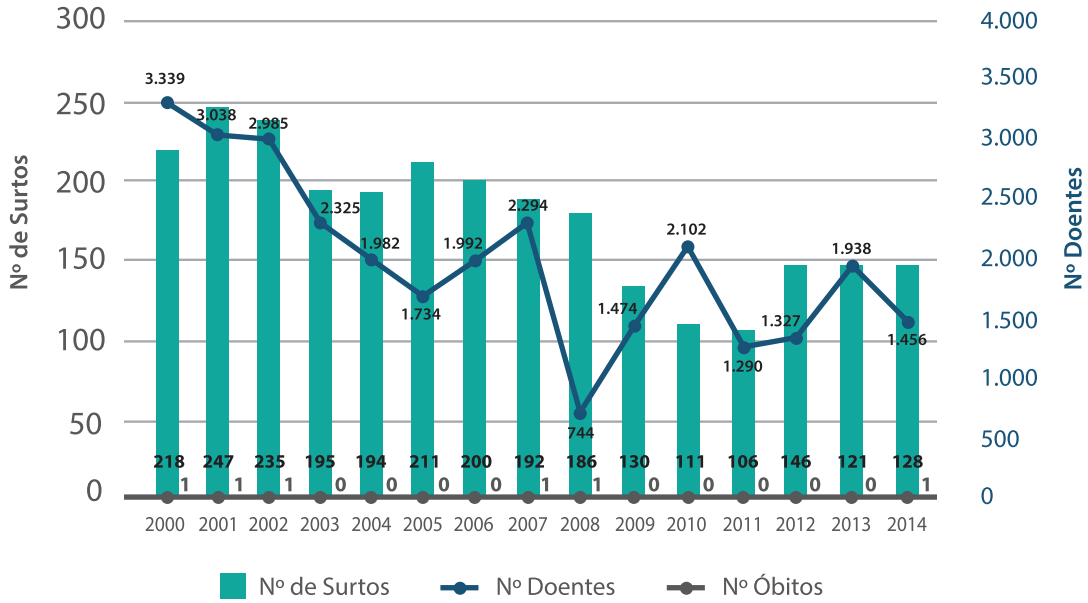
Os dados epidemiológicos dos surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA), notificados no Rio Grande do Sul, foram obtidos através de bases de dados do Programa Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (VE-DTHA) / Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) / Centro Estadual de Vigilância em Saúde-CEVS / Secretaria Estadual de Saúde (SES). Após a coleta, os dados epidemiológicos foram organizados em planilhas eletrônicas, pelo programa Excel®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Hobbs e Roberts (1999), a epidemiologia é definida como o estudo das doenças que acometem uma população e a frequência com que ocorrem, bem como sua distribuição, suas causas e controle.

No período compreendido entre os anos 2000 e 2014, no Rio Grande do Sul, foram notificados 2.640 surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (Figura 1). Estes surtos tiveram a manifestação clínica de seus efeitos observados em 30.020 doentes e causaram a morte de 6 pessoas. Observa-se que, em 2001, ocorreu o maior número de notificações (n=247 surtos), seguido dos anos 2002 e 2000 (n=235 e n=218 surtos, respectivamente).

Figura 1 – Surtos de DTHA, número de doentes e óbitos no Rio Grande do Sul, entre 2000-2014.



Total = 2.640 surtos, 30.020 doentes e 6 óbitos.

Fonte: autor, através de dados fornecidos por DVE/CEVS/SES-RS.

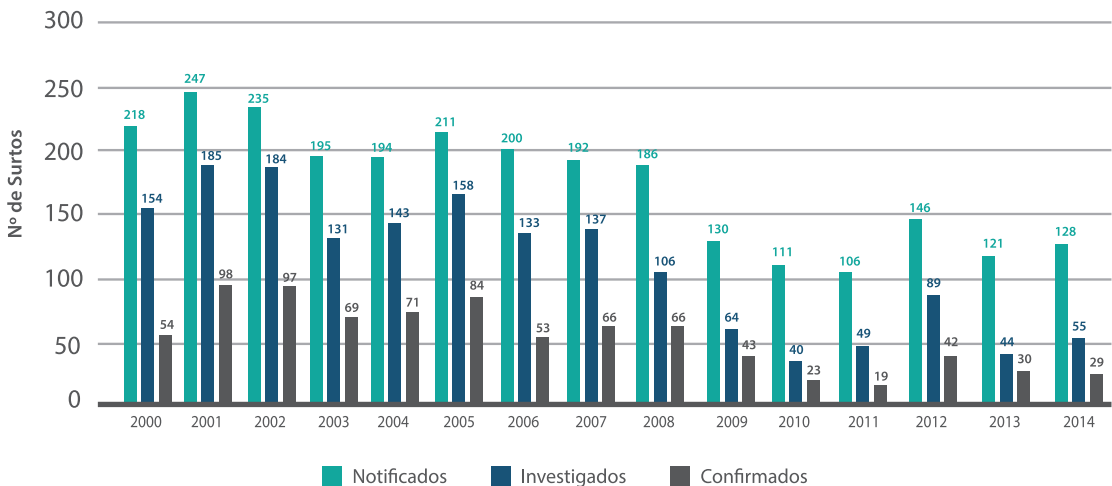
Em 2000, apesar de não ter sido o ano com o maior número de surtos, foi o ano com o maior índice de casos de pessoas doentes por DTA (3.339 pessoas doentes), seguido de 2001, com 3.038 pessoas doentes. Em 2008, apesar de um número elevado de surtos (186 surtos), teve-se um decréscimo no número de doentes (744 doentes), quando comparado aos demais anos.

Em comparação aos números indicados em todo o país, em 2005, houve o maior número de surtos de DTA (n=913 surtos). No Rio Grande do Sul, neste ano, foram notificados 211 surtos, representando 23% do valor nacional.

De acordo com Barbosa (2009), no Brasil, os dados sobre os casos de DTA ainda são incipientes, e as notificações realizadas ainda são muito baixas. Dentre as 27 unidades federadas, o Rio Grande do Sul é uma das que mais contribui notificando os surtos. Isso porque o número de surtos notificados está relacionado com o nível de implantação do sistema de VE-DTA (Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos) nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Sobre os surtos notificados, investigados e confirmados de DTA, no Rio Grande do Sul, entre 2000-2014, há alguns números. Do total de 2.620 notificações de surtos, foram investigados 1672 (63,81%) e, destes, 854 foram confirmados (51,07%), sendo que 2001 foi o ano com o maior número de surtos notificados (247), investigados (185) e confirmados (98) (Figura 2).

Figura 2 – Surtos notificados, investigados e confirmados de DTA no Rio Grande do Sul, entre 2000-2014.



Total = 2620 surtos notificados, 1672 surtos investigados, 854 surtos confirmados.
 Fonte: autor, através de dados fornecidos por DVE/CEVS/SES-RS.

De acordo com Figueiredo et al. (2013), de 2009 a 2012, observa-se um pequeno decréscimo no número de notificações. Essa situação está relacionada, segundo o autor, ao afastamento da gerente do programa nesse período, por motivo de doença. Porém, as reduções das investigações também podem ser decorrentes da insuficiência de profissionais, tanto nas coordenadorias regionais de saúde, quanto nas vigilâncias municipais, que realizam as atividades.

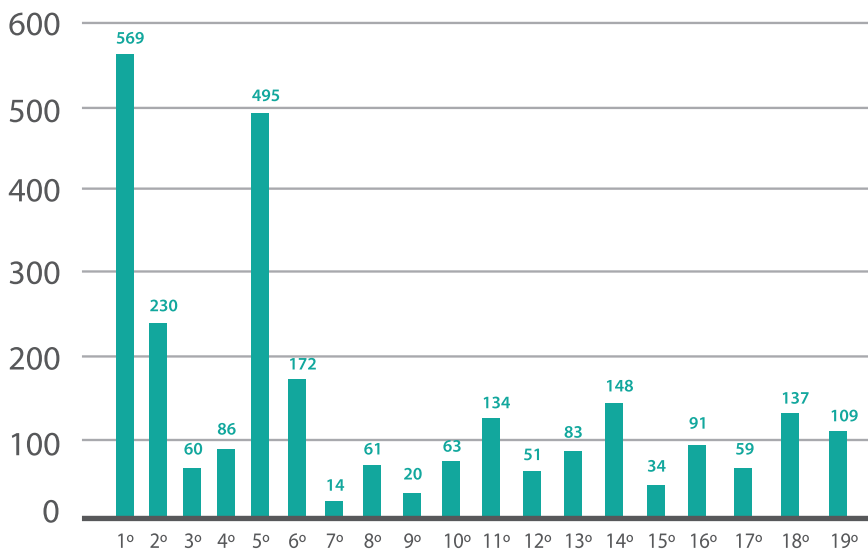
Cada região do estado tem um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde, denominada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). No Rio Grande do Sul, fazem parte 19 Coordenadorias: 1ª CRS (Porto Alegre), 2ª CRS (Porto Alegre), 3ª CRS (Pelotas), 4ª CRS (Santa Maria), 5ª CRS (Caxias do Sul), 6ª CRS (Passo Fundo), 7ª CRS (Bagé), 8ª CRS (Cachoeira do Sul), 9ª CRS (Cruz Alta), 10ª CRS (Alegrete), 11ª CRS (Erechim), 12ª CRS (Santo Ângelo), 13ª CRS (Santa Cruz do Sul), 14ª CRS (Santa Rosa), 15ª CRS (Palmeira das Missões), 16ª CRS (Lajeado), 17ª CRS (Ijuí), 18ª CRS (Osório) e 19ª CRS (Frederico Westphalen).

A CRS possui uma estrutura organizacional para implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional, realizar assessoramento na organização dos serviços nas regiões, repassar orientações, planejamento, acompanhamento, avaliação e monitoramento das atividades e ações de saúde, dentre outras atribuições.

Observa-se, na Figura 3, que a 1ª e a 5ª CRS foram as Coordenadorias que mais notificaram, pois, segundo Figueiredo et al. (2013), na 1ª CRS o volume maior de notificações é efetuado pelo município de Porto Alegre, e na 5ª CRS o número alto de notificações deve-se, principalmente, à nutricionista responsável pelo programa, que desempenha uma ótima assessoria.

De acordo com Carmo et al. (2005), o número de surtos notificados está diretamente relacionado com o nível de implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos (VE-DTA) nos municípios.

Figura 3 – Surtos notificados de DTA segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde/RS, 2000-2014.



Fonte: autor, através de dados fornecidos por DVE/CEVS/SES-RS.

De acordo com a distribuição anual, a partir da ocorrência de agentes etiológicos identificados em DTA, conforme Tabela 1, nota-se 865 agentes identificados, sendo cinco agentes de maior ocorrência: *Salmonella sp* (436), *S. aureus* (140), *Bacillus cereus* (97), *Escherichia coli* (55) e *Clostridium perfringens* (109). Houve grande variação entre os agentes identificados nesse intervalo de tempo, sem que houvesse crescimento ou decréscimo de algum deles.

Tabela 1 – Ocorrência de agentes etiológicos em DTA/RS, de 2000 a 2014

Agente Etiológico	Ano de Ocorrência															
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
<i>Salmonella sp</i>	74	100	116	77	78	70	56	84	53	33	22	15	9	11	5	436
<i>Staphylococcus aureus</i>	8	19	29	23	22	17	8	20	13	11	4	7	24	4	10	140
<i>Bacillus cereus</i>	0	17	8	7	10	13	16	8	16	7	4	11	8	2	2	97
<i>Escherichia Coli</i>	3	2	16	10	11	12	16	4	2	5	1	0	2	2	0	55
<i>Clostridium perfringens</i>	1	3	6	3	11	10	17	10	12	4	5	9	17	8	6	109
<i>Clostridium botulinum</i>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<i>Shigella sp</i>	7	6	4	4	1	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	6
Agrotóxico	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	5
Nitrito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
<i>Listeria monocytogenes</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Rotavírus	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Norovírus	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Curcubitacina	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Substâncias químicas	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	6
Vírus	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Ignorado	57	46	23	22	17	30	34	22	37	18	8	11	36	0	4	217
Total agentes identificados	94	148	179	125	78	128	121	127	97	62	38	44	63	27	25	865
Total geral	151	194	202	147	95	158	155	149	134	80	46	55	99	27	29	1082

Fonte: autor, através de dados fornecidos por DVE/CEVS/SES-RS.

Um dos microrganismos com maior envolvimento nos casos e surtos de doenças de origem alimentar em diversos países é *Salmonella sp*, inclusive no Brasil (FRANCO; LANDGRAF, 2005). *Salmonella sp* é uma bactéria da família *Enterobacteriaceae*, bacilos Gram-negativos, anaeróbios facultativos, que se localizam primordialmente no trato gastrointestinal das aves em geral, dos mamíferos domésticos e silvestres. Sua transmissão ocorre através de um ciclo de infecção entre o homem e os animais, pelas fezes, água e alimentos, particularmente os de origem animal (GERMANO; GERMANO, 2001).

A temperatura ideal para o crescimento de *Salmonella* é de, aproximadamente, 38°C, sendo a temperatura mínima de crescimento de 5°C. Essas bactérias são consideradas termossensíveis, podendo ser destruídas à temperatura de 60°C, por 15 a 20 minutos (FAUSTINO ET AL., 2002).

No Rio Grande do Sul, a *Salmonella sp* foi responsável por 50,4% dos surtos investigados entre 2000 e 2014. Isso pode ser explicado pela ingestão de um alimento bastante consumido pelos gaúchos, a maionese caseira manipulada com ovos crus (SANTOS et al., 2002; NADVORNY et al., 2004; AMSON et al., 2006; MALHEIROS et al., 2007).

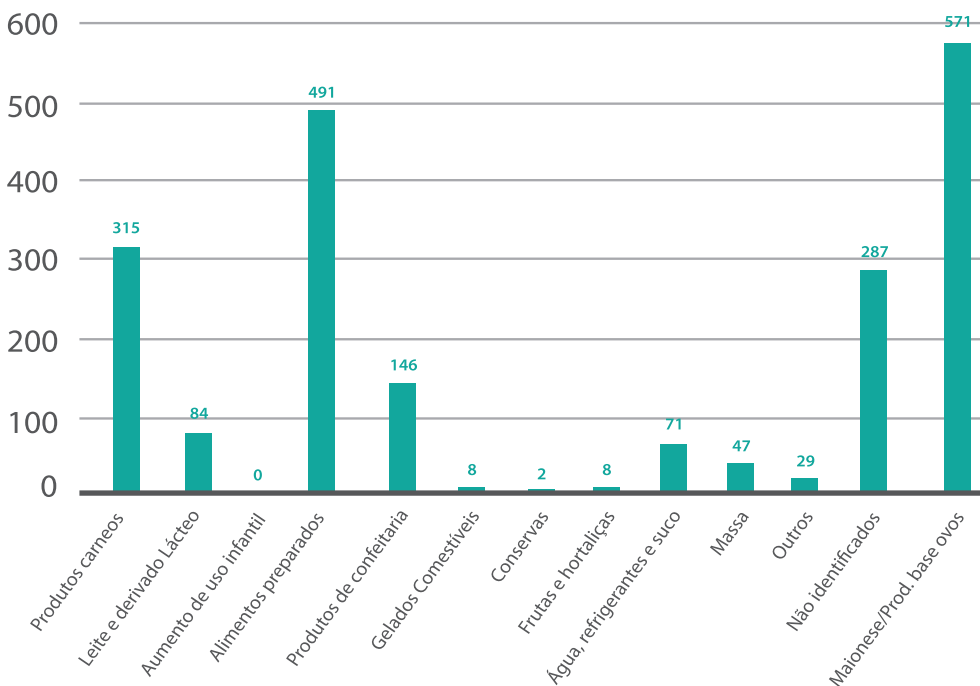
Os sintomas da doença surgem de 6 a 36 horas ou mais, após a ingestão do alimento contaminado, sendo que a manifestação clínica aguda é expressa por cólicas abdominais, náuseas, vômitos, diarreias, calafrios, febre e cefaleia (HOBBS; ROBERTS, 1999).

A salmonelose por *Salmonella enteritides* é particularmente importante, por ser veiculada pelo consumo de ovos crus ou mal cozidos, sendo um dos sorotipos mais comumente associados a DTA ao redor do planeta (MADALOSSO et al., 2008).

Porém, ainda é bastante elevado o número de agentes etiológicos ignorados (287 agentes) no RS, no período analisado. Este dado pode ser explicado por, muitas vezes, inexistirem amostras dos alimentos envolvidos ou comprovações de o alimento ter sido coletado de forma inadequada (NASCIMENTO, 2013).

Observa-se na Figura 4 que os surtos de DTA de acordo com o tipo de alimento com maior envolvimento, no RS, foram: maionese e produtos à base de ovos (571 surtos), seguidos de alimentos preparados (491 surtos) e produtos cárneos (315 surtos).

Figura 4– Surtos de DTA de acordo com o tipo de alimento envolvido no RS entre 2000-2014



Fonte: autor, através de dados fornecidos por DVE/CEVS/SES-RS.

No Brasil, no mesmo período analisado, os casos de surtos por alimentos não identificados somaram 4308, seguidos de 1570 por alimentos mistos e, após, por consumo de ovos e produtos à base de ovos, com 816 casos (SVS, 2014).

O baixo percentual de identificação do alimento ou agente causal pode ser explicado por vários motivos – pela demora em notificar um surto após sua ocorrência, pela dificuldade em entrar em contato com os comensais envolvidos, pela dificuldade em encontrar sobras do alimento e pela falta de informações precisas sobre o surto (NASCIMENTO, 2013).

O fato de ocorrerem notificações tardias também dificulta o trabalho da Vigilância Sanitária, levando em consideração que, com o passar dos dias, fica mais difícil encontrar os alimentos suspeitos. Dessa forma, a demora pode impossibilitar a determinação do agente etiológico.

De acordo com a distribuição dos fatores causais do preparo em DTA/RS, nos últimos 15 anos, constatou-se que o fator predominante foi a matéria-prima sem inspeção, com 28% (705/2536) das ocorrências, seguido da manutenção dos alimentos em temperatura ambiente por um período superior a duas horas, com 18,6% (472/2536).

A matéria-prima sem inspeção ainda é considerada um dos grandes problemas em nosso país, pois, como não passa por rígido controle de qualidade no processo produtivo, acaba refletindo diretamente na segurança do alimento que é designado à população.

Os locais de maior prevalência no preparo dos alimentos envolvidos nas DTA/RS foram as residências (46,3%) e o comércio (21,7%).

O comércio engloba restaurantes, lancherias, padarias e churrasqueiras, locais em que uma grande parcela da população realiza suas refeições – principalmente, a população com idade entre 20 a 49 anos, que realiza suas refeições nesses lugares devido ao estilo de vida –, ficando susceptível à contaminação (NASCIMENTO, 2013).

No Brasil, no mesmo período avaliado, as residências foram o local de maior prevalência no preparo dos alimentos notificados com DTA (3773), seguido de restaurantes e padarias (1492) (SVS, 2014).

Esses dados reportados, tanto no estado do Rio Grande do Sul como no Brasil, mostram que os surtos ocorrem, principalmente, dentro das próprias residências dos indivíduos envolvidos no surto, assim como no comércio, e podem ser explicados pela falta de boas práticas de preparo e/ou pela forma inadequada de conservação dos alimentos (LOPES, 2007).

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 216/04 estabelece os procedimentos de Boas Práticas para serviços de alimentação, a fim de garantir as condições higiênico-sanitárias do alimento preparado. Porém, os dados referentes ao local de preparo dos alimentos envolvidos nas DTA, no qual grande parte dos manipuladores desconhece os requisitos necessários para uma correta manipulação de alimentos (incluindo o armazenamento - locais, temperatura, tempo de armazenamento) e os malefícios que estas doenças causam, demonstram a ausência de programas de educação em segurança alimentar dirigidos à população (AMSON; HARACEMIV; MASSON, 2006)

Assim, planos de orientação e educação em segurança alimentar destinados à população deveriam ser elaborados e implantados pelas Secretarias de Saúde. Esse processo é necessário para que ocorra uma conscientização pública, contribuindo para a redução das doenças transmitidas por alimentos e, conseqüentemente, redução dos custos gastos com saúde pública.

CONCLUSÃO

Os resultados expostos neste trabalho são relevantes, permitindo a visualização de possíveis causas de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos no Rio Grande do Sul. Dessa forma, demonstram que se deve ter uma maior preocupação e cuidado quanto às DTA, pois a ausência de

notificação, a carência de investigação dos surtos e a falta de informações aos consumidores são fatores que potencializam o aumento da incidência dos surtos e ocorrências dessas doenças. Assim, planos de orientação e educação em segurança alimentar destinados à população deveriam ser elaborados e implementados corretamente, com a finalidade de redução destas doenças, minimizando problemas de gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

AMSON, G. V.; HARACEMIV, S. M. C.; MASSON, M. L. Levantamento de dados epidemiológicos relativos a ocorrências/ surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTAs) no Estado do Paraná - Brasil, no período de 1978 a 2000. **Ciência e Agrotecnologia**, Lavras, v. 30, n. 6, p. 1139-1145, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cagro/v30n6/a16v30n6.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

BARBOSA, T. C. R. **Surto de algumas doenças transmitidas por alimentos no Brasil**. 2009. 28 f. Monografia (Microbiologia do Instituto de Ciências Biológicas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CARMO, G. M. I. et al. Vigilância epidemiológica das doenças transmitidas por alimentos no Brasil, 1999-2004. **Boletim Eletrônico Epidemiológico**, n. 6, p. 1-7, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_eletronico_an005_06.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.

FAUSTINO, J. S. et al. **Microbiologia da Segurança Alimentar**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FIGUEIREDO, D. et al. Programa de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídricas e Alimentares – VE-DTHA. **Boletim Epidemiológico**, v. 15, n. 3, set. 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1427141122_BE%20V15%20-%20N3%20-%20SETEMBRO.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.

FRANCO, B. D. G. M.; LANDGRAF, M. **Microbiologia dos alimentos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

GERMANO, P. M. L.; GERMANO, M. I. S. **Higiene e vigilância sanitária de alimentos**. 2. ed. São Paulo: Varela, 2001.

GOTTARDI, C. P. T. **Surtos de toxinfecção alimentar notificados e investigados no município de Porto Alegre no período de 1995 a 2002.** 2003. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina Veterinária) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

HOBBS, B. C.; ROBERTS, D. **Toxinfecções e controle higiênico sanitário de alimentos.** São Paulo: Varela, 1999.

LOPES, R. L. T. **Fontes de contaminação de alimentos.** Belo Horizonte: CETEC, 2007.

MADALOSSO, G. et al. Surto alimentar por Salmonella entérica sorotipo Enteritidis em restaurante. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 5, n. 55, jul. 2008.

MALHEIROS, P. S.; DE PAULA, C. M. D.; TONDO, E. C. Cinética de crescimento de Salmonella enteritidis envolvida em surtos alimentares no RS: uma comparação com linhagens de outros sorovares. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 751-755, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cta/v27n4/13.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

NADVORNY, A.; FIGUEIREDO, D. M. S.; SCHMIDT, V. Ocorrência de Salmonella sp. em surtos de doenças transmitidas por alimentos no Rio Grande do Sul em 2000. **Acta Scientiae Veterinariae**, v. 32, n. 1, p. 47-51, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19909/000460638.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

NASCIMENTO, C. B. **Surtos de toxinfecção alimentar notificados e investigados no município de Porto Alegre no período de 2003 a 2011.** 2013. 36 f. Monografia (Especialização em Produção, Higiene e Tecnologia de produtos de origem animal). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72697/000884572.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 set. 2016.

PRADO, D. M. A. et al. **Padronização da notificação de doenças transmitidas por alimentos para vigilância sanitária: fluxograma descritivo.** 2014. 61 f. Monografia (Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária) - Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa, Belo Horizonte, 2014.

SANTOS, L. R. et al. Salmonella Enteritidis isoladas de amostras clínicas de humanos e de alimentos envolvidos em episódios de toxinfecções alimentares, ocorridas entre 1995 e 1996, no Estado do Rio Grande do Sul. **Higiene Alimentar**, v. 16, n. 102/103, p. 93-99, 2002.

svs. Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos, **Boletim Eletrônico Epidemiológico**, ano 5, n. 6, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_eletronico_anoo5_06.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

svs, **Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos**, 2014. Disponível em: <http://www.anrbrasil.org.br/new/pdfs/2014/3_PAINEL_1_ApresentacaoRejaneAlvesVigilanciaEpidemiologica-VE-DTA-Agosto_2014_PDF.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.