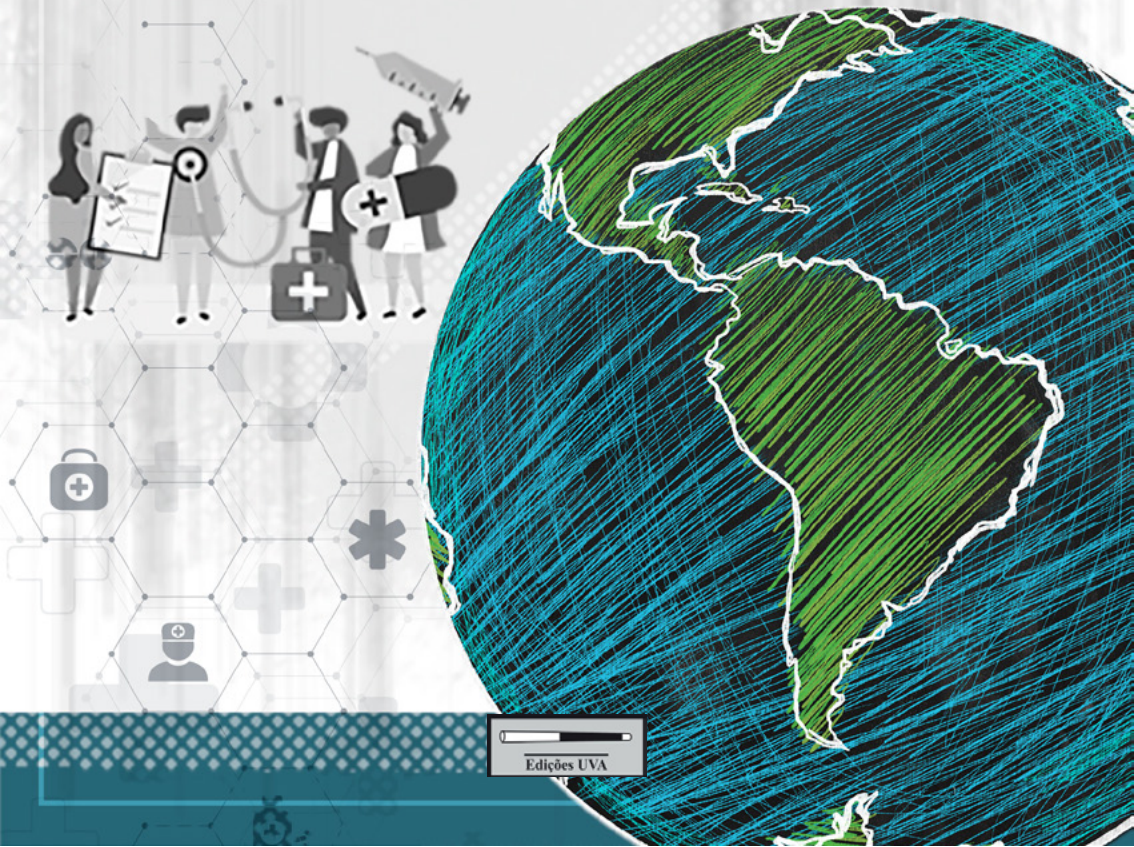


LUIZA JANE EYRE DE SOUZA VIEIRA
ANTONIO RODRIGUES FERREIRA JÚNIOR
VERÔNICA MARIA DA SILVA MITROS
(ORG.)

ARTEFATOS DA GESTÃO FRENTE AOS DESAFIOS LOCAIS E GLOBAIS NA SAÚDE DAS POPULAÇÕES



Edições UVA

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
Verônica Maria da Silva Mitros
(Org.)

Artefatos da gestão frente aos desafios locais e globais na saúde das populações

Sobral - Ceará
2022

Artefatos da gestão frente aos desafios locais e globais na saúde das populações
© 2022 Copyright by Luiza Jane Eyre de Souza Vieira |
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior | Verônica Maria da Silva Mitros (Orgs.)



Av. da Universidade, 850 *Campus* da Betânia – Sobral-CE
CEP 62040-370 Telefone: (88) 3611.6613

Filiada à



Reitor | Fabianno Cavalcante de Carvalho
Vice-Reitora | Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Diretora das Edições UVA | Maria Socorro de Araújo Dias

Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente)	Maria Somália Sales Viana
Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo	Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Ana Iris Tomás Vasconcelos	Raquel Oliveira dos Santos Fontenelle
Carlos Augusto Pereira dos Santos	Renata Albuquerque Lima
Claudia Goulart de Abreu	Simone Ferreira Diniz
Eneas Rei Leite	Tito Barros Leal de Ponte Medeiros
Eliany Nazaré Oliveira	Virginia Célia Cavalcanti de Holanda
Francisco Helder Almeida Rodrigues	Revisão de texto
Israel Rocha Brandão	João Ribeiro
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque	Revisão normativa
Maria Adelane Monteiro da Silva	Karina Maria Machado Matos
Maria Amélia Carneiro Bezerra	Editoração e capa
Maria José Araújo Souza	Éder Oliveira França

CIP - Catalogação na Publicação

A787 Artefatos da gestão frente aos desafios locais e globais na saúde das populações. / Organizado por Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Antonio Rodrigues Ferreira Júnior, Verônica Maria da Silva Mitros. - Sobral- CE: Edições UVA, 2022.

500p.

ISBN 978-65-87115-27-6 (E-book)

1. Saúde. 2. População. 3. Gestão. I. Vieira, Luiza Jane Eyre de Souza. II. Ferreira Júnior, Antonio Rodrigues. III. Mitros, Verônica Maria da Silva. IV. Título.

CDD 362.10981

SUMÁRIO

Prefácio	12
<i>Ana Carine Arruda Rolim</i>	

Introdução

Nexos conceituais e reflexivos sobre a gestão em saúde reflexões e enfrentamento em tempos de pandemias.	16
<i>Antonio Germane Alves Pinto</i>	

PARTE I

CONCEPÇÕES SOBRE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE	41
--	-----------

Capítulo 1

Velas ao vento: planejamento em saúde à deriva	42
<i>Carlos Garcia Filho, José Jackson Coelho Sampaio & Raimunda Magalhães da Silva</i>	

Capítulo 2

Gerenciamento de casos como estratégia de boas práticas em saúde mental	64
<i>Girliani Silva de Sousa & Amanda Márcia dos Santos Reinaldo</i>	

Capítulo 3

Contratualização como ferramenta de gestão para as instituições hospitalares	80
<i>Gracyelle Alves Remigio Moreira, Andreia Paula de Oliveira Aguiar & Cristiane Ribeiro dos Santos Farias</i>	

Capítulo 4

Gerenciamento de equipamentos odontológicos
na Atenção Secundária 105

Larissa Adeodato Galvão, Paulo Leonardo Ponte Marques, Cesar Luiz Silva Junior, Lucianna Leite Pequeno & Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Capítulo 5

O trabalho nas equipes multiprofissionais da
Estratégia de Saúde da Família sob a ótica gerencial 124

Ana Neiline Cavalcante, Geison Vasconcelos Lira, Verônica Maria da Silva Mitros & Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Capítulo 6

Auditoria e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa.. 150

Anna Paula Prado Pontes Moura e Silva, Isabelle Cerqueira Sousa & Ana Maria Fontenelle Catrib

Capítulo 7

Avaliação das competências dos gerentes dos
Centros de Saúde da Família..... 172

Darliane Kelly Barroso de Sousa, Phalloma Mercia Lima Albuquerque, Marcos Aguiar Ribeiro, Maria do Socorro Melo Carneiro & Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Capítulo 8

Organização do fluxo de gestantes e parturientes
na Rede de Atenção Materno-infantil 192

Rosane Sales Lima, Janaina de Almeida Prado, Maria do Socorro Melo Carneiro, Fernando Daniel de Oliveira Mayorga & Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Capítulo 9

Análise da gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde em municípios cearenses215

Kerma Márcia de Freitas, Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa & Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Capítulo 10

Primeiro contato: atributo essencial da atenção primária sob a perspectiva do usuário.....250

Kerma Márcia de Freitas, Brenda Pinheiro Evangelista, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, João Paulo Xavier Silva & Breno Pinheiro Evangelista

PARTE II

INTERCONEXÕES DA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE282

Capítulo 11

Inquéritos em nutrição no Brasil: potencialidades e limitações para a Saúde Coletiva283

Ilana Nogueira Bezerra, Suellyne Rodrigues de Moraes, Thais Meirelles de Vasconcelos & Amanda de Moura Souza

Capítulo 12

Papel dos profissionais na coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.....303

Átila Chagas de Araújo, Ana Carolina Bezerra Ribeiro, Cynthia Maria Santiago Ribeiro, Neide Sheyla de Melo Araújo & Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Capítulo 13

Estratégias utilizadas pelo homem na diminuição
ou cessação do tabagismo 330

*Cristina César Praça Brasil, Silvana Souza Ferreira Pacheco da Cunha,
Raimunda Magalhães da Silva, Tainah Brandão Ribeiro & Luiza Jane Eyre
de Souza Vieira*

Capítulo 14

Intoxicações por psicofármacos e a interface com políticas
públicas de saúde 355

*Igho Leonardo do Nascimento Carvalho, Ana Paula Antero Lôbo, Clayre
Anne de Araújo Alencar, Ana Paula Vasconcellos Abdon & Adriana Rolim
Campos*

Capítulo 15

Construções sociais da masculinidade intervindo no
comportamento de busca por serviços de saúde 383

*Kerma Márcia de Freitas, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Aline Veras
Morais Brilhante, Raimunda Magalhães da Silva & Ildernandes Vieira Alves,
Josué Barros Júnior*

Capítulo 16

Conhecimento da mulher na escolha do
método de contracepção: revisão integrativa 402

*Camila Lima Ribeiro, Giselly Cristine Sousa Rocha, Hedyeny Pereira dos
Santos & Tamara Braga Sales*

Capítulo 17

Potencialidades e desafios na formação de professores na
prevenção do bullying425

*Geisy Lanne Muniz Luna, Liana Maria Moreno Moreira, Antonio Rodrigues
Ferreira Júnior & Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

Capítulo 18

Medos, incertezas e superações no ensino remoto
em tempos de pandemia.....457

*Paula Michelle Vieira de Andrade, Robson Ramos, Lia Sara dos Santos
Muniz, Samuel da Silva Nobre & Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

Prefácio

Ana Carine Arruda Rolim

As discussões que envolvem a temática da gestão em saúde no Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), têm assumido muitas faces. Na primeira década do SUS, a incipiência na condução de um sistema universal e popular orientou a produção técnica e científica com o propósito de dar as bases para implementação das políticas de saúde daquela época. Nos anos 2000, com novas prioridades na agenda de saúde brasileira, as produções estavam mais orientadas para o fazer estratégico de consolidação dos programas e políticas, sobretudo na atenção básica e urgência e emergência. A década passada se desdobrou em pesquisas e estudos que resgataram as dimensões do planejamento e avaliação em saúde e a temática da gestão do SUS ganhou destaque à medida que o sistema esteve, ao mesmo tempo, contraditoriamente, em consolidação e sob permanente ataque. As preocupações atuais envolvem garantir que as práticas de gestão favoreçam o cumprimento dos valores e princípios do sistema de saúde, presentes na constituição brasileira.

Julgo essa breve contextualização importante, pois a obra **“Artefatos da gestão aos desafios locais e globais na saúde das populações”** revela, problematiza e explica muitas questões práticas que desafiam o campo da gestão em saúde com um olhar atual, mas considerando a importância histórica do momento em que vivemos, bem como o seu resgate. Os textos desse livro, as-

sertivamente produzidos e organizados pelo(as) querido(as) Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Antônio Rodrigues Ferreira Júnior e Verônica Maria da Silva Mitros, confrontam o imaginário de distanciamento academia - práticas de saúde e, precisamente, analisam questões nevrálgicas da saúde brasileira, historicamente retratadas.

As frequentes e velozes transições que o SUS tem enfrentado ao longo dos trinta anos de sua existência são reconhecidas e mencionadas nos textos dessa obra, que também aponta os desafios inerentes às práticas de gestão nesse contexto de mudanças. Corajosamente, os(as) autores(as) e organizador(as) desvelam e problematizam tais desafios, por vezes, denunciando a existência de alternativas de superação de crises na saúde e oferecendo recomendações de natureza inovadora.

O olhar honesto que a obra direciona aos contextos de crise e dificuldade, que circundam aspectos de gestão em saúde em nosso país, confere credibilidade à leitura, pois traz precisão na análise de questões reconhecidamente complexas. A chamada crise crônica do SUS é assumida já no texto do primeiro capítulo e apresenta as implicações dos(as) autores(as) no contexto enfrentado por todos os cidadãos brasileiros.

Afastando-se de narrativas vazias de aplicação prática, os capítulos tratam de temas urgentes e necessários no contexto do fazer real da gestão. De início, a obra explora aspectos importantes do planejamento em saúde, tema que vem sendo, recentemente, mais valorizado nos estudos sobre gestão.

Os capítulos voltados ao estudo do planejamento em saúde

marcam um compromisso com o debate completo das dimensões da gestão e suas ferramentas e são um importante diferencial do livro pela leitura honesta e madura do cenário em que vivemos. As potencialidades conferidas por instrumentos de planejamento de ações e serviços são igualmente problematizadas, convidando o(a) leitor(a) a refletir sobre os arranjos e artefatos da gestão para execução de ações que respondam às necessidades de saúde da população brasileira. Necessidades estas que estão colocadas nesta obra de forma variada, incluindo políticas e ações de saúde mental, saúde da mulher e do homem, atenção nutricional, odontológica, entre outros.

A avaliação e monitoramento em saúde são dimensões da gestão também tratadas nos capítulos dessa obra. Desde a avaliação de impacto de inquéritos em saúde, até investigações sobre estratégias de qualificação de ações e serviços. O livro traz questões inquietantes sobre algumas das ferramentas mais utilizadas na prática e nas pesquisas acadêmicas.

No entanto, a obra não trata somente daquilo que é consenso. Junto às revisões de políticas e práticas de gestão do SUS, experiências pioneiras e (por que não dizer?) ousadas também são descritas aqui. Isto é, os trabalhos de autores experientes no tema da gestão em saúde, acompanhados de todo o prestígio que lhes é conferido, somam-se às análises de contexto daqueles que estão se inserindo na temática e revelando toda a potência transformadora dos novos conceitos e das novas práticas de gestão.

Estou honrada com a leitura dos trabalhos dessa obra e me sinto privilegiada em contribuir nesse espaço. Parabenizo a

todos(as) os(as) autores e ao(às) organizador(as) responsáveis por esse deleite. Na condição de acadêmica da Saúde Coletiva, sinto-me apoiada para a execução de minhas práticas de docência e de pesquisa a partir do contato com os textos aqui reunidos. Na condição de apoiadora das práticas de gestão locorregionais, sinto-me amparada por esta obra, pelo compartilhamento de desafios presentes também no meu fazer, o que possibilitou vários momentos de identificação e autorreconhecimento. Na condição de participante de movimentos sociais e de conselheira de saúde, sinto que o livro aponta caminhos para efetivar o compromisso de executar a gestão democrática e participativa tanto pretendida. Finalmente, na condição de defensora irrestrita de um SUS público, forte e universal, a obra é um resgate da esperança de um projeto de sistema compatível com as necessidades do povo brasileiro. Não um sonho, desses que estão longes de ser alcançados, mas um projeto, de fato, que carrega em si os artefatos de superação dos desafios da realidade.

Ainda que não se possa afirmar que os(as) leitores(as) estarão afetados igualmente a mim, arrisco-me, sem receio de errar, que todos(as) serão agraciados(as) com uma obra rica e de muita qualidade.

Boa leitura!

Ana Carine Arruda Rolim
Doutora em Saúde Coletiva pela
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Professora da Universidade Federal
do Rio Grande do Norte – UFRN

Introdução

NEXOS CONCEITUAIS E REFLEXIVOS SOBRE A GESTÃO EM SAÚDE

Antonio Germane Alves Pinto

Entre o planejar, gerir e cuidar em saúde: reflexões e enfrentamentos em tempos de pandemias

As reflexões sobre gestão em saúde no contexto brasileiro exigem resgastes históricos e esforços contemporâneos para delinear a multiplicidade paradoxal entre o caos e a criatividade inovadora. Os arranjos assistenciais e a promulgação ético-jurídica da atenção à saúde são nossos levantes vitoriosos. Entretanto, as práticas em saúde ainda remetem a alcances insuficientes para população quanto a integralidade e equidade.

Pitacos reflexivos sobre a gestão em saúde na defesa da vida

Paim (2008) nos cativa com sua crítica e compreensão sobre a Reforma Sanitária Brasileira. Dispõe que o processo revolucionário na atenção à saúde, embora seja reconhecida institucionalmente pelo Estado, deve supor um campo aberto à inventivi-

dade, à emancipação e à solidariedade. Nesse espaço de produção democrática, a inovação se dá com projetos de sociedade que se impliquem com as transformações política e social.

Os enfrentamentos endêmicos ou pandêmicos compõem a história da saúde pública no Brasil, a doença sempre foi pauta principal. Arouca (1976) já apontava sua crítica ao modelo da História Natural das Doenças por sua neutralidade aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Em suas proposições, à época, já indicava que a sistematização excessiva nos níveis de prevenção, alijadas de uma discussão sobre a relação da atenção médica com a sociedade, exacerba a equivalência de troca, na perspectiva capitalista. A saúde como mercadoria se expande nas relações individualizadas, em detrimento do coletivo e social.

Em necessária reflexão sobre as práticas de gestão, agora emergentes, faz-se jus reconhecer a história da atenção à saúde com sua revolucionária atuação, bem como exige um olhar à contraposição, em tudo que se hegemonzou ou não, na assistência à saúde brasileira. Em nossa convivência assistencial, as relações privatistas e públicas, algumas vezes, entrelaçam-se, mesmo com objetivos tão díspares. Eis que o tempo e as situações de saúde vividas, outrora impõe ao Estado, resgatar para sua gestão, saberes e fazeres que deem conta da atenção e do cuidado em saúde, em ambas as perspectivas relacionais.

Matus (1996), em sua obra “Adeus Senhor Presidente: governantes governados”, ao indicar seus questionamentos para a possibilidade de planejar em situações adversas, relações de forças intensificadas, poderes compartilhados ou conflitos econômi-

cos e políticos, dispõem-nos a pensar na perspectiva de atribuir ao agir em saúde, viabilidade, credibilidade e, principalmente, resolutividade.

Em tempos tão parecidos com aqueles que nos apontaram para o Planejamento Estratégico Situacional, as indagações precisam ocorrer para o resgate de nossas práticas, projetos e governabilidade. Ao se reconhecer os limites e as possibilidades para gestão em saúde, as ações se tornam estratégicas. Para tanto, os canais de comunicação e informação bem como as atitudes políticas devem transparecer na direção da pactuação de responsabilidades sociais.

As análises situacionais se estabeleceram em múltiplas dimensões, com a incorporação dos meios digitais e dos grandes bancos de dados. As informações sobre a população e seus modos de vida têm um registro contínuo, quase sempre, relacionado às suas práticas de consumo e de assistência. E ainda, os canais de divulgação têm expressiva adesão entre as pessoas, na vida contemporânea.

O “Triângulo” de governo composto pelos seus vértices de Projeto político, Capacidade de governo e governabilidade (MATUS, 1997), ao ser proposto conceitualmente, já indicava a necessária compreensão dos conhecimentos sociológicos, políticos, psicológicos, entre outros. As incertezas também compõem esse processo de reconhecimento situacional, algo essencial para a dinâmica social, em sua criatividade e imaginação produtivas.

O processamento estratégico situacional está implicado com os problemas sociais. Nessa perspectiva, incorpora as inte-

grações possíveis para resolução. As divisões setoriais e lineares da organização social são remetidas à um olhar subjacente e somente são postas, quando se faz necessário aprofundar alguma ação de natureza específica daquela área. A intersetorialidade se expressa no gerir estratégico, pois se conecta com o vivido e com atores ativos, responsabilizados pela ação (MATUS, 1989).

A organização dos serviços de saúde no Brasil e os diferentes momentos de sua operacionalização requisitaram em sua prática, a aplicação de instrumentos estratégicos de planejamento. A programação das ações de saúde incorporou, quase sempre, relatórios das condições de morbimortalidade e demandas de atendimento para melhor indicar soluções assistenciais ou preventivas (SCHRAIBER, 1993).

Entre nossos enfrentamentos endêmicos, no País e na Região da América Latina, os organismos internacionais de integração das práticas em saúde aplicaram suas tecnologias de planejamento com o limiar estratégico possível. É fato que a dimensão estratégica exigiu rupturas, nem sempre com alcance pleno quanto a descentralização de poderes, democratização das decisões e avaliação permanente (TEIXEIRA, 2010).

Entre os labirintos da vida cotidiana, a gestão em saúde se mantém em práticas de equilíbrio para garantir a execução de serviços, procedimentos e fornecimento de insumos, entre outros. Entretanto, os investimentos em saúde e a proporcionalidade entre o que se precisa e o que se tem para custear tudo isso, ainda é um imenso abismo para o caminhar da atenção à saúde universal.

A plenitude do custeio é uma imagem-objetivo a ser se-

guida, pensada e modelada, porém, no dia a dia e em nossa história, a priorização é o que fomenta a decisão para a ação. E, nesse ínterim, cabe a movimentação participativa para que a prioridade seja algo construído de modo coletivo, com ética e cidadania.

Em sua roda de cogestão, Campos (2000) coloca a possibilidade do diálogo em coletividade. A movimentação dos problemas, dilemas e enfrentamentos se dinamiza quando há corresponsabilização nas proposições, ações e avaliação de todo o processo. Existem pressupostos que expandem ou limitam essa prática, porém, a depender do reconhecimento dos sujeitos em si e por si, juntos é possível revolucionar com resolutividade em defesa da vida.

Para mobilizar pessoas é preciso implicações. Os motivos devem se expor ao outro para proporcionar reconhecimento de fragilidades ou potencialidades comuns. Os problemas sociais engatam parcerias para a luta, resistência e inovação das práticas. Em encontros implicados, têm-se a comunhão para cidadania, e assim, garante-se direitos sociais, no educar, no cuidar e na atenção plena em saúde (CECCIM; FERLA, 2008).

As decisões em saúde, ainda centralizadas, permeiam as demandas recorrentes. Sem dispor destas, é preciso uma eficácia resolutiva que exige competências inovadoras. A participação social indica o que dá certo ou não, mas para tanto deve estar envolta de poder, plenamente dissolvido e comprometido pelo reconhecimento do Estado. Sem essa tônica, permanecem as demandas e os ecos distantes das determinações sociais em saúde (FLEURY; LOBATO, 2009).

Os avanços nas tecnologias analíticas da epidemiologia impulsionam as evidências causais da vida. Ayres (2002) ao discorrer sobre os paradoxos entre a epidemiologia, o risco e a promoção da saúde, enfoca as composições do processo saúde-doença e do cuidado. Nesse sentido, a informação em saúde e, muitas vezes, em doença, deve-se acrescentar de atributos intersubjetivos. As relações de cuidado são potentes para estabelecer caminhos resolutivos, inclusive, na prevenção de agravos e, claro, na promoção da saúde.

Tão simples e tão complexo, eis o paradoxal dilema do fazer atenção à saúde. É mesmo um labirinto que se indefine pelo efeito ou pela causa, pelo custo ou pelo benefício, pela prevenção ou pela remediação. Em tempos decisórios, com recursos sempre escassos e gestão em melhoria, é preciso ativar as subjetividades em suas relações participativas, inovadoras e criativas. A prioridade humana, em sua essência, vai ser a vida e a vida só se dá em sociedade, coletiva. Como parafraseou Onocko Campos (2003) no paradoxo do labirinto, a entoação de Bi Ribeiro, Gilberto Gil, Herbert Vianna e Joao Barone, na música “A novidade”, a adversidade contemporânea continua com nossa infeliz condição de “mundo tão desigual”.

**Mas, o que já construímos socialmente na gestão em saúde?
Pautas, conquistas e desafios para a atenção universal, integral e equânime**

Em síntese, a gestão em saúde é movida pelos desafios sociais. Estes, interpõem-se entre as entidades, organismos e, por vezes, pelo próprio Estado, quando a intenção é a vida, os pactos exigem essa complexidade. No mundo, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) pautam o direito a dignidade da vida humana. Ao se expressar para todos, esse desafio resgata iniciativas para superação das dificuldades vivenciadas na vulnerabilidade social, ou mais diretamente, na pobreza. E nessa pactuação, escutar quem vive na miséria é essencial para criar possibilidades reais de resolução (FREITAS *et al.*, 2017).

A partir da compreensão da vida como direito, a cidadania se plenifica e se torna uma condição magna para sociedade. Pressupondo as recomendações da Promoção da Saúde, a gestão da Atenção Primária em Saúde (APS) é capaz de atingir as condições de cidadania humana. Para tanto, é preciso um processo multidirecional de investimento formativo e valorização do gerenciamento local estratégico (NUNES *et al.*, 2018).

E nessa capilaridade territorial, assume-se a base da convivência humana que são os contextos das relações sociais. O processo de gestão tende à reprodução da lógica da resposta à demanda aparente. Ao se regionalizar, a gestão em saúde assume o planejamento integrado às demandas mais consistentes, em seus diferentes níveis de complexidade. As possibilidades quando pactuadas em processos regionalizados efetivam a integralidade em rede para atenção à saúde (MEDEIROS *et al.*, 2017).

E assim, constroem-se modelos e perspectivas para gerir a atenção à saúde. Em nenhum momento, há uma aclamação

operativa daquele que se sobrepõe, em um sentido cotidiano prático. Embora, as promulgações regimentais e legais disponham um sistema unívoco, coexistem modelos e aportes metodológicos para fazer a gestão em saúde no Brasil, ainda assim, com intensa necessidade de análises e indicações de caminhos resolutivos para seus processos na prática (RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2018).

Contudo, soluções para ampliar a atenção médica e a acessibilidade da população desprovida da consulta profissional em suas demandas, já foram implantadas e conseguiram resultados positivos. Porém, há um espaço ainda carente de intervenções políticas no que concerne à regulação no mercado de trabalho, diferenças geográficas de acessibilidade e nas relações coexistentes entre o público e privado, inclusive, para o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Eis que o fim é também o começo da história de reconstrução, pois ao se garantir minimamente aquilo que se permite abster os desequilíbrios e adoecimentos, mesmo que procedimentalmente simples, abrem-se possibilidades para a vida. Na régua cortante dos investimentos deve haver uma sensibilidade à para a proteção às vulnerabilidades emergentes e recorrentes. Infecções, infartos, crises, acidentes, metástases exigem intervenção, no agora.

Entretanto, o cuidado em saúde, quando operado, traz consigo suas exigências processuais. As relações entre as pessoas, ora trabalhadores de saúde, ora gestores, ora pacientes ou usuários, são providas de condições. Historicamente, no cotidiano dos serviços, a formação para o cuidado e trabalho em saúde foram

estrategicamente pautadas. Os limiares mínimos para a Educação Permanente em Saúde foram disparados no intuito de ampliar as condições para a efetividade da atenção, participação, trabalho e ensino (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Em processo de implementação de políticas ou práticas instituintes, a permanência temporal das ações é relevante para a sensação de continuidade, para uns; e para a institucionalidade da proposição, em um conceito referido. Quando se rompe ou fragiliza politicamente e, em modo mais específico, financeiramente, o custeio das inovações, os resultados deixam de acontecer e ainda impossibilitam a motivação para mudanças ou implementações subsequentes.

Quando se indica conceitualmente a gestão do cuidado, a perspectiva imaginária remetida para esse processo é talvez algo sistematizado e ou estabelecido por fundamentos teóricos e metodológicos. Entretanto, esse processo é a amplitude daquelas rupturas, fragilidades e demandas que se disparam na rede de atenção à saúde com a requisição social da necessidade.

Com isso, embora frágil, a Atenção Primária em Saúde (APS) assume a coordenação do cuidado no arranjo assistencial vivido no cotidiano. Em uma rede que ainda não é própria, implementa os convênios. Para um custo que ainda é preciso, transfere-se o pagamento dos procedimentos, exames e insumos. E, de modo exitoso, já se organiza regionalmente e até entre entes federados, para se garantir o cuidado em saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; BOUSQUAT *et al.*, 2017).

É preciso avaliar a ainda recente inserção das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão da APS e do SUS. Os mecanismos de regulação e controle do Estado dependem da capacidade de monitoramento, acompanhamento e fiscalização para plenificar as auditorias e deliberações quanto a acreditação, qualidade e eficiência. No país, são inúmeras iniciativas que implementam a gestão subjacente aos modelos de gestão das OSS (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016).

As conquistas da gestão em saúde, em suas implementações, ainda indicam os enfrentamentos perante culturas arraigadas em nossa sociedade e seu modo gerir as práticas públicas. Aos interesses privados do clientelismo, mais vale arranjos assistenciais circunstanciados pela intervenção favorecida no âmbito pessoal do que a garantia planejada de modo ético e participativo do direito público e universal à saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Na contemporaneidade, as adversidades e os referenciais para as soluções são mais dinâmicos. Para a gestão da clínica, os tensionamentos que se vivenciam na assistência permanecem e se modificam, continuamente. A abertura para a inovação requisita práticas com diálogo, reflexão e proposições centradas nas necessidades das pessoas. O agir clínico se torna potente quando é saber compartilhado e decisão segura para vida e saúde da população (PADILHA *et al.*, 2018).

A integração da teoria com a prática relacionada com aos processos de gestão em saúde dispôs o Método Paideia com o apoio institucional. Em sua articulação gestão, clínica, cuidado e

formação, com reflexão e análise coletiva, o apoio institucional é uma possibilidade para os processos decisórios ascenderem da base. As tensões são mais compreendidas pela vivência nos territórios, serviços comunitários e nas relações intersubjetivas que, em conjunto, podem fazer uma cogestão resolutiva (MACHADO *et al.*, 2018).

As práticas de incentivo a cogestão são oportunidades para inovação e melhoria da qualidade do acesso e da assistência em saúde. Há uma aproximação da gestão com os processos de trabalho das equipes de saúde, com intensidade subjetiva e participativa nas relações que se estabelecem nas redes de coletivos. Em sua perspectiva democrática, as decisões são processadas por diálogos e permeadas pela ética da vida (CARDOSO; OLIVEIRA; FURLAN, 2016).

Para a capacidade de governo, os gestores em saúde apresentam um perfil diferenciado, ao longo da história do SUS. Já temos um aumento no grau de escolaridade e a ampliação da inserção feminina nas funções de secretário municipal de saúde, por exemplo. Os processos de gestão apresentam cada vez mais uma complexidade cotidiana, exigindo um perfil ativo para as resoluções. Entretanto, quanto à representatividade social, tais espaços ainda têm poder centralizados em perfis diferentes da diversidade da população brasileira (ARCARI *et al.*, 2020).

Em estreita relação com o perfil dos gestores, destaca-se também a capacidade dialógica da gestão em integrar serviços em rede, de modo regional. As conquistas da descentralização como diretriz estruturante do SUS, exigem diálogo, reflexão e ação por

parte dos gestores. De modo central, as iniciativas integradas se fortalecem com a participação ativa da sociedade e na problematização do cotidiano assistencial, pautas estas com intensa possibilidade de cooperação e comunicação (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

As premissas da regionalização ainda apresentam entraves no território nacional, pois o regime federativo do País exige arranjos inovadores para a planificação das relações interfederativas. Por isso, as estratégias exitosas devem ser expressas como possibilidades para todo o sistema e, assim, em cooperação e diálogo, fazer a transição para um modelo mais próximo das necessidades de saúde, com foco na promoção da saúde e integrado cooperativamente com governança regional (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

Entretanto, as distinções em um país tão amplo se dão também em projetos distintos para o SUS. A concepção de rede de saúde tende ao apagamento dos limites federativos para construção de pactuações em diferentes instâncias. Porém, para uma negociação ampla, os preceitos da integralidade e a composição estratégica das iniciativas para atenção em saúde devem ter um limiar de congruência intergovernamental (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Quando o território apresenta essa tendência comum para consolidar a atenção à saúde de modo universal, integral e equânime com processos de gestão legitimados pela participação e descentralização, torna-se possível vivenciar a regionalização plena. Para tanto, os processos de descentralização regional pre-

cisam ser vivos, inovados com gestão potente para transformação e alcance da qualidade assistencial, capaz de superar a burocracia instituída e promover a vida para toda população (REIS *et al.*, 2017).

A vivacidade do SUS em sua gestão plena se inicia pelas práticas no território. A representatividade múltipla de um contexto tão diverso exige a dinâmica situacional das relações sociais. Com isso, as instâncias deliberativas, principalmente, os Conselhos de Saúde devem se constituir como lugares de participação, envolvimento comunitário e debates sobre as questões do cotidiano.

Eis um movimento a ser estimulado: o planejamento local em saúde, com base comunitária, antecedendo as formulações municipais, com ampla capilaridade dos bairros, distritos e localidades, com suas pessoas, modos de vida e culturas. O povo brasileiro deve ser o protagonista da atenção à saúde, em suas necessidades, demandas e desejos de uma vida melhor, para si, com todos.

E cá chegou a COVID-19, como gerir a saúde na adversidade pandêmica?

Ao tempo esperado que não se quer, as situações possíveis chegam ao território, em todos, pelo mundo e por todos os povos. Se planejar é estar preparado, talvez as fragilidades do SUS vão ecoar intensamente, mas não podem ser mais intensas que as possibilidades gestoras para o atendimento às pessoas adoecidas e na

execução do controle, vigilância e promoção da saúde em meio a tantas adversidades: assistenciais, comportamentais, sociais, econômicas e culturais.

Nesse espaço temporal agitado pela urgência do agir e por salvar vidas, também há lugar para se pensar nossas relações públicas, institucionais e sociais na garantia do direito à saúde. Até mesmo na implementação de políticas emergentes, estas precisam compor um arcabouço ético e territorialmente sustentável. Urge evitar ainda mais as práticas fragmentadas, privatizantes e individuais na atenção à saúde da população (ROCHA, 2020).

A desigualdade social já estampada pelo acesso iníquo dos serviços públicos pela população, assina ainda mais quando as pessoas precisam de condições mais específicas para trabalhar, locomover-se, autocuidar. As vulnerabilidades já presentes se acentuam nos territórios das cidades, com a pandemia COVID-19, aumentamos mais um fator para as necessidades sociais da população (ZAZO-MORATALLA; ÁLVAREZ-AGEA, 2020).

Mas na emergência da crise, o território continua como lugar para solução. A cidadania é um caminho de reconhecimento social e, para tanto, exige interações sociais para garantia de direitos da população. Os desafios perante a COVID-19 são enfrentados com êxito quando se reconhece a vida das pessoas em seus lugares de vida. Proporcionar ações adequadas ao modo social de sobrevivência da população se torna relevante para o êxito protetivo em saúde (CÓRDOVA; VILLANUEVA; NÚÑEZ, 2020).

E até na morte, o território nos desvela as iniquidades desse modo de viver ou sobreviver. Em Fortaleza, capital do Estado

do Ceará, a concentração da renda se expressa na distribuição territorial da infecção e sua mortalidade. O número de mortes nos bairros mais pobres é superior aos óbitos em bairros considerados “nobres”. E até em tempos pandêmicos, a vulnerabilidade socioambiental é silenciada, pois as medidas mais requeridas pautam apenas as possibilidades medicamentais, imunização ou proteção biológica. Nesses espaços populares, permanece a precariedade da infraestrutura e a quase ausência dos serviços públicos básicos para a saúde e vida humana (DANTAS; COSTA; SILVA, 2020).

Do transporte público seguro e confortável ao saneamento básico em cada moradia, transversalizam-se demandas para vida humana. A disposição do acesso é diferenciada quanto aos perfis de renda e condição econômica. Para a transmissão do novo coronavírus ou de outros microrganismos já conhecidos, na prevalência das cronicidades e seus agravos, ou na promoção da saúde e qualidade de vida da população, é preciso estabelecer iniciativas efetivas de ação pública em infraestrutura, serviços básicos e cobertura assistencial.

A APS é a linha de base para o controle da COVID-19 e a redução dos seus danos junto às pessoas no território. As práticas educativas em saúde e as relações comunitárias para prevenção são potentes para o enfrentamento da pandemia. Entretanto, as unidades de saúde devem manter condições de atendimento adequado à demanda, equipamentos de trabalho em saúde e valorização das equipes de trabalhadores (FARIAS *et al.*, 2020).

Para a gestão das redes, as ações circulam todos os níveis

de atenção à saúde. As tensões na rede hospitalar, com picos ou extrapolação da capacidade de atendimento, exigem logística colaborativa ou até compulsória na oferta de leitos, vagas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entre outros. Ofertar mais, distribuir bem são premissas para decisões racionalizadas pela gestão em saúde (MOREIRA, 2020).

E as dificuldades agudizam as fragilidades da atenção à saúde, principalmente, em seu financiamento ainda limitado e com baixo potencial de investimento. Na crise, pela necessidade da assistência em tempo urgente, os recursos se vão em muito para iniciativa privada. A conta do gasto será um aprendizado para a reorganização do SUS, se não for um fator de desestruturação futura, em caso de desatenção pública para o financiamento dos setores sociais no Brasil (DANTAS, 2020).

Mas nem só de problemas é composto o enfrentamento da COVID-19. As ações cotidianas expressam a potencialidade do agir das equipes de saúde, da capacidade técnica do SUS e de sua gestão. Na Espanha, em meio à crise sanitária, a população tomou consciência da relevância da pesquisa em saúde para a melhoria da qualidade de vida (CASTRO, 2020). Com as iniciativas de inovação já implantadas, é possível entoar tal sentimento na sociedade brasileira para atitudes de prevenção e fomento às pesquisas aplicáveis ao SUS.

Também no Ceará, a gestão em redes se consolida pela integração regional em iniciativas de regulação pactuada entre gestores de diferentes esferas, localização geográfica e perfil assistencial. As possibilidades efetivas para o enfrentamento resul-

tam de composições públicas e arranjos de gestão para ampliação da rede hospitalar especializada, unidades de atenção secundária para saúde e, principalmente, qualificação do acesso e cuidado na atenção integral à saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Consensualmente, o caminho para gestão de soluções efetivos no combate a pandemia COVID-19 se dá pela cooperação e colaboração entre políticos, cientistas e população. Infelizmente, no Brasil ainda é um desafio harmonizar esse conjunto representativo da ação pública, porém se amplia quando a solidariedade e o entendimento que as medidas de saúde e suas políticas têm um sentido comum a todos: salvar vidas (SIMÕES E SILVA; OLIVEIRA; MARTELLI, 2020).

Na lida do gerir a saúde, principalmente no Brasil, onde se tem 25% da população abaixo da linha da pobreza, a modulação de medidas públicas resulta diretamente na vida de todos, em especial, dos menos favorecidos. Em momentos de perdas excessivas de idosos e adultos, em sequelas a muitos que se recuperam, a atenção à saúde brasileira vivência discrepâncias na regência federativa. O fio da navalha é precisamente cortante e, no desequilíbrio político institucional da gestão, no falseamento da informação, ou ainda, na ausência da vontade de resolver, muitos pagarão o preço. Infelizmente, com perdas, desemprego e mais fome (RIBEIRO; LEIST, 2020).

A capacidade humana em reagir para vida é uma potencialidade. Em todo esse tempo, insiste-se em resgatar cada possibilidade subjetivada em atitudes que, em comum, geram resoluções efetivas. Embora, vez ou outra, no Brasil e no mundo, possa ser

vivenciado incongruências administrativas, a gestão em saúde tende ao cuidado e a proteção das pessoas.

Em síntese, o paradoxo pode se ilustrar pelos ditos de dois poetas, gente que fala para gente, João Saramago e Rubem Alves, respectivamente. O primeiro ao ditar assim: “A propósito, não resistiremos a recordar que a morte, por si mesma, sozinha, sem qualquer ajuda externa, sempre matou muito menos que o homem.” E o segundo, em nossa possibilidade de vida, assim expressa: “Viver ao ritmo de alegrias e tristezas é ser sábio”. Em nosso cenário de adversidades, que homens mais vida possibilitem suas sabedorias.

Referências

ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais.

Saude soc., São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-129020160002

00320&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil.

Ciênc. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4527-4540, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413

-81232019001204527&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

ARCARI, J. M. *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte

populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200407&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

AROUCA, A. S. S. A história natural das doenças. **Saúde debate**, São Paulo, n. 1, p. 15-19, 1976.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, p. 28-42, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/article/rbepid/2002.v5suppl1/28-42/pt/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401141&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARDOSO, J. R.; OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Gestão democrática e apoio institucional na atenção primária no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00009315, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300706&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2020.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401155&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

CASTRO, A. B. S. Momentos de crisis, momentos para aprender. **Nure Inv.**, v. 17, n. 105, 2020. Disponível em: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1952/916>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

CÓRDOVA, H.; VILLANUEVA, P. G.; NÚÑEZ, S. R. La economía política de las prácticas de autonomía en las comunidades y actores locales: apuntes para la reflexión. **Polis**, v. 56, 2020. Disponível em: <http://journals.openedition.org/polis/18987>. Acesso em: 20 jul. 2020.

DANTAS, A. V. Coronavírus, o pedagogo da catástrofe: lições sobre o SUS e a relação entre público e privado. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00281113, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1981-77462020000300304&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

DANTAS, E. W. C.; COSTA, M. C L.; SILVA, C. L. S. Fortaleza, de uma contaminação derivada dos lugares turísticos à transformação dos espaços de moradia em territórios de adoecimento e de morte. **Confins**, v. 45, 2020. Disponível em: <http://journals.openedition.org/confins/29971>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FARIAS, L. A. B. G. *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev. Bras. Med. Fam. Com.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FREITAS, M. A. *et al.* Quem são, o que falam e quem escuta os pobres? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3859-3882, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203859&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

MACHADO, S. S. *et al.* Apoio Institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 813-825, set. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1414-32832018000300813&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. *In*: RIVERA, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente: governantes e governados**. São Paulo: Fundap, 1996.

MATUS, C. **Los tres cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma**. Caracas: Fundación ALTADIR, 1997. 261 p.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100129&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

MOREIRA, R. S. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00080020, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000505007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

NUNES, L. O. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 42. 2018. Disponível em: </pmc/articles/PMC6386122/?report=abstract>. Acesso em: 20 jul. 2020.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401165&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

PADILHA, R. Q. *et al.* Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4249-4257, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204249&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, maio 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501511&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

RAVIOLI, A. F.; SOAREZ, P. C.; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00114217, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000402001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

REIS, A. A. C. *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401045&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

RIBEIRO, F.; LEIST, A. Who is going to pay the price of Covid-19? Reflections about an unequal Brazil. **Int. J. Equity Health**, v. 19, n. 91, 2020. Disponível em: <https://doi-org.ez152.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12939-020-01207-2>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ROCHA, A. S. Globalização, gestão e acesso aos sistemas público e privado de saúde: a Baixada Fluminense no contexto da pandemia. **Esp. Econ.**, v. 18, 2020, Disponível em: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/12672>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00172214, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SCHRAIBER, L. B. (org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA, V. C.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1365-1376, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SIMÕES E SILVA, A. C.; OLIVEIRA, E. A.; MARTELLI, H. Coronavirus Disease Pandemic Is a Real Challenge for Brazil. **Front. Public Health**, v. 8, 5 jun. 2020.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em Saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba, 2010.

ZAZO-MORATALLA, A.; ÁLVAREZ-AGEA, A. Ciudad COVID 19: una nueva inequidad en el espacio y el tiempo urbano. **Urbano**, v. 23, n. 41, p. 04-09, 31 maio 2020.

PARTE I

***CONCEPÇÕES SOBRE
PLANEJAMENTO E GESTÃO
EM SAÚDE***

Velas ao Vento: planejamento em saúde à deriva

*Carlos Garcia Filho
José Jackson Coelho Sampaio
Raimunda Magalhães da Silva*

Introdução

O direito à saúde é uma das maiores conquistas da sociedade brasileira nas últimas três décadas. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi o caminho escolhido para materializar esse direito, concebido durante o processo de redemocratização do Estado brasileiro tal qual um esforço civilizatório e subvertendo a lógica da saúde como mercadoria ou caridade e postulando-a como direito social e dever do Estado. Não se pode compreender esse processo sem considerar as contradições do desenvolvimento histórico brasileiro, país latino-americano, capitalista, periférico, dependente e detentor de forte herança cultural escravagista e patrimonialista. Também é necessário considerar o modelo de atenção à saúde anterior ao SUS, que separava ações de prevenção e promoção das ações de cura e de reabilitação, e dividia os usuários nos segmentos da filantropia, previdência e desembolso direto.

O movimento democrático e emancipatório que resultou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na Constituição Federal, em 1988, caracterizou-se por uma concepção ampliada da determinação do processo saúde-doença e por defender,

coerentemente, propostas de intervenção também abrangentes para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. Discutindo, inclusive, projetos alternativos ao hegemônico para que fosse organizada a produção e a distribuição de riqueza.

Por outro lado, a implantação do SUS não representou ruptura com as estruturas tradicionais de capital que forneciam, e ainda fornecem, suporte ao modelo biomédico de atenção à saúde. A implantação da Reforma Sanitária Brasileira-RSB, segundo Paim (2008), caracteriza-se como uma reforma parcial setorial, aproximando-se do conceito gramsciano de revolução passiva. A dialética do mudar para conservar resultou na manutenção de um modelo assistencial baseado na lógica de mercado, com o Estado desempenhando o papel de grande comprador de bens e serviços de saúde, mas preservando os interesses das forças do capital, representadas pelos defensores do modelo assistencial biomédico privatista. A militância de trabalhadores, acadêmicos e usuários arrefeceu e foi aparelhada e burocratizada. Os pressupostos de transformação radical da sociedade, que apontavam para ampliação de seu caráter solidário, foram substituídos pela defesa de interesses individuais, corporativos ou partidários.

Ocorreu, de certo modo, uma distorção do direito à saúde em direito ao consumo de bens e serviços de saúde. Seu resultado concreto é a crise permanente enfrentada pelos serviços públicos de saúde. Na superfície, os vilões recorrentes são o financiamento insuficiente e a gestão ineficiente. Contudo, uma aproximação crítica permite divisar a contradição entre produção e consumo como o fundamento da crise na saúde. O planejamento em saúde

é uma das opções possíveis para reflexão e ação, visando superar essa crise, desde que sejam alcançados seus determinantes profundos, como a precarização no mundo do trabalho, a desigualdade de renda e de propriedade e o enfraquecimento da democracia, com fortes recuos na garantia de direitos.

Planejamento pode ser definido, de modo preliminar, como a atividade humana de pensar antes de agir. O objetivo do planejamento é a efetivação do possível, mediando técnica e política, para escolher ações que devem ser realizadas em um futuro de encontros inesperados. O planejamento considera que o futuro contingente é transformado em passado necessário pela ação humana. Essa prioridade da ação humana, como definidora do curso do tempo, sofreu importante valorização com a compreensão científica do mundo, que abrandou o prestígio do poder do sobrenatural sobre o destino humano.

Um caleidoscópio de técnicas, autores e perspectivas oferecem possibilidades para o planejamento. Onocko-Campos (2003), após empreender discussão hermenêutico-crítica sobre a literatura disponível sobre planejamento em saúde, usa a metáfora do retorno de Ulisses para iniciar sua síntese final e apontar pistas para guiar a jornada pelo labirinto do planejamento. O navegador experiente é convocado como guia para anunciar novas possibilidades de desbravar esse campo do conhecimento e da ação.

Não foi apenas o retorno a Ítaca que assegurou fama eterna a Ulisses. Um dos epítetos desse herói é “o de muitos ardis”. Personagem célebre pela astúcia, sugeriu a construção do cavalo de madeira que permitiu a vitória na guerra contra os troianos.

Desdobrando essa característica de Ulisses como metáfora para o planejamento, pode-se associar o herói ao uso da estratégia para superar situações adversas.

A astúcia, porém, não era exclusividade de Ulisses, Odisseu para os gregos. Enquanto Penélope, sua esposa, esperava o retorno do rei – somente a guerra contra Troia durara dez anos –, um grupo de pretendentes, à rainha e ao trono, acercava-se do palácio. A pressão por um novo casamento crescia à medida que o retorno do herói parecia mais incerto. Mas Penélope também era ardilosa, prometeu aos pretendentes que escolheria seu favorito após terminar de tecer uma tapeçaria. Todas as noites, a esposa fiel desfazia a trama que havia urdido durante o dia. Essa tática é adotada até o retorno de Odisseu, que se disfarça de mendigo, sempre sagaz, extermina os pretendentes e retoma seu trono e sua rainha.

A relação entre estratégia e tática, representada no contraste entre os mitos de Ulisses e de Penélope, é central no planejamento em saúde. O objetivo desse capítulo, recorte da Tese de Garcia-Filho (2016), é discutir, no contexto da crise crônica do SUS, as aproximações e distanciamentos dos conceitos de estratégia e tática, estabelecendo um diálogo entre alguns dos autores clássicos do planejamento em saúde na América Latina e os pensamentos de Michel de Certeau, Jean-Pierre Vernant e Marcel Detienne.

O cânone: estratégia e tática

De acordo com Testa (2007), a estratégia é uma maneira dos atores organizarem sua ação quando existe a necessidade de disputa para resolução de um conflito. A estratégia é intrínseca ao desenvolvimento de disciplinas como a guerra, o jogo e a política. Por outro lado, é incorporada às disciplinas como a administração e o planejamento quando os atores compreendem que diante das situações de conflito que emergem em sua prática é relevante agir estrategicamente. O autor aponta que se pode ter a opção de não agir estrategicamente em uma situação de conflito, mas sob ameaça contundente de fracasso nessas circunstâncias. Essa aproximação inicial com o tema é sintetizada por uma comparação militar, a estratégia seria uma manobra para se ganhar liberdade de ação.

Testa (2007) segue discutindo o que considera as duas estratégias principais para conquistar o poder político de um país: a guerra de trincheiras e o assalto ao poder. A primeira caracteriza-se por um avanço lento de posições adversas para posições mais privilegiadas, fortalecendo as posições conquistadas e aguardando a conjuntura favorável para seguir avançando. A segunda consiste em uma ação rápida, definitiva e abrangente para a conquista do poder. A transformação ou a manutenção de uma situação social são os dois objetivos para luta pelo poder identificados pelo autor, que utiliza a Revolução de 1917 como estudo de caso sobre como as duas estratégias foram combinadas para a conquista do poder com objetivo de transformação social.

Para Matus (1996), estratégia é um termo que admite quatro interpretações úteis e significativas: 1- qualidade daquilo que é importante para alcançar um objetivo em um futuro distante e transcendente, portanto definindo o que deve ser feito para alcançá-lo no longo prazo; 2- modo de superar obstáculos em jogo esportivo, concentrando-se, portanto, nas operações necessárias para vitória em um cenário com regras explícitas e tempo determinado; 3- cálculo interativo, formalizado e estudado por um ramo da Matemática, a teoria dos jogos, refere-se a problemas bem estruturados e com possibilidade de descrição exaustiva; e 4- modo de interação no jogo social, buscando na relação com outros atores, os modos de vencer suas resistências ou conseguir suas colaborações.

Ainda segundo Matus (1996), a estratégia importante para o planejamento é a última descrita. Ela contrasta com a grande estratégia, pois também enfoca objetivos de prazo mais curto. Difere da estratégia esportiva, pois lida com jogos contínuos e com regras opacas ou desiguais. Distingue-se da estratégia matemática, pois seus problemas não são bem estruturados e não aceitam descrições exaustivas. A estratégia do jogo social é considerada essencial não apenas ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), mas também à vida humana em sociedade. O cotidiano do homem é apresentado como um jogo constante, no qual a análise estratégica é sua aliada desde a infância nas decisões para alcançar seus objetivos por meio de cooperação ou competição. De modo similar a Mário Testa, Matus (1996) recorre à experiência militar para discutir estratégia e tática, utilizando, inclusive, cita-

ção do general prussiano Carl von Clausewitz.

As abordagens de estratégia em Mario Testa e Carlos Matus são convergentes. Trata-se de um cálculo racional para organizar meios para atingir um fim, não por via direta, mas articulando mudanças situacionais que sejam favoráveis a ambos os atores, no caso da cooperação, ou favorável a um ator e desfavorável ao outro, no caso da competição. Nessas mudanças situacionais convergem os conceitos de tática de Carlos Matus e de ganhar espaço de manobra de Mario Testa. Os dois autores recorrem a metáforas militares, que sinalizam uma ênfase no confronto em detrimento à cooperação para solução dos conflitos que a estratégia se propõe a solucionar.

Os pesquisadores que recorrem à análise institucional no campo da Saúde Coletiva, como Baremlitt (2012), embora tenham como ponto de partida uma matriz teórica substancialmente diferente da utilizada por Carlos Matus e Mario Testa, apresentam definições convergentes para tática e estratégia.

Dissonância conceitual sobre estratégia pode ser encontrada na perspectiva comunicativa do planejamento. Em sua leitura de Carlos Matus, a partir do referencial teórico habermasiano, Rivera (1995) aponta que existe uma submissão da ação estratégico-comunicativa à ação estratégica no PES, em vista disso sem demarcação clara de suas diferenças com a ação estratégico-conflitiva ou cooperativa e com tendência à reificação do outro. Diferente da perspectiva habermasiana, que distingue de modo explícito o agir estratégico – orientado para o êxito – e o agir comunicativo – orientado para o entendimento – e que é utilizada

como base para a uma gestão organizacional por compromissos, entendidos como “o acoplamento da intencionalidade dos agentes ensejado pela comunicação, enquanto uso prático da linguagem” (RIVERA, 1995, p. 209). Embora Rivera (1995) desenvolva um contraponto crítico à racionalidade puramente estratégica do planejamento, admite que seu objetivo não é negá-la, mas ampliar seus horizontes.

Buscando uma alternativa entre os impasses gerados pelo “Agir segundo Regras” e o “Agir Estratégico” na gestão e no trabalho em saúde, Campos (2003) propõe o “Agir Paidéia”, que resgata o conceito grego clássico de formação integral do homem e tenta avançar em relação ao “Agir Comunicativo”. O “Agir Paidéia”, contribui para compreensão de como ocorre a construção da subjetividade por meio da autoanálise, da análise do contexto e da intervenção sobre si e mesmo e sobre o contexto. Aproxima-se, portanto, segundo o autor do “velho conceito grego de *práxis*”, que Marilena Chaui utiliza para defini-la como “atuar segundo finalidades, construindo o sentido e o significado para a ação, agir sobre o mundo de modo reflexivo, alterando o agente junto com a reconstrução do contexto” (CAMPOS, 2003, p. 41).

Digressão: retornando aos gregos

O “Agir Paidéia” permite uma compreensão ampliada sobre as potencialidades do trabalho em saúde como construtor de subjetividade por meio da *práxis* e foi operacionalizado em vários serviços de saúde brasileiros com sucesso, possibilitando a insti-

tuição de arranjos organizacionais mais efetivos e democráticos. Porém, Campos (2003) utiliza um conceito de *práxis* anacrônico, que organiza a construção da subjetividade em torno do trabalho. Segundo Chauí (2002) e Petrovic (1988), na filosofia grega antiga, Aristóteles classificava as atividades básicas do homem em três categorias – *theoría*, *práxis* e *poíesis* – que correspondiam a três tipos básicos de conhecimentos – teóricos, práticos e produtivos – e a três tipos de finalidades ou objetivos – a verdade, a própria ação e a produção de algo. A *práxis* era entendida uma ação livre, pois tinha em si mesma a sua finalidade, diferente da *poíesis*, cuja finalidade era a produção de algo exterior a si mesma; portanto Aristóteles considerava a *práxis* superior a *poíesis*. E, dentro das *práxis*, a política era considerada superior à ética, pois é a ela que se recorria para decidir sobre os assuntos da pólis, ou seja, a política tinha como objeto as ações humanas que visam o bem humano. A definição de *práxis* que fundamenta o “Agir Paidéia” localiza-se entre a *práxis* e a *poíesis* e se aproxima do pensamento marxista, que considera a *práxis* como o fundamento de uma nova filosofia, capaz de transcender a compreensão do mundo para empreender sua transformação revolucionária.

A perspectiva de construção da subjetividade para além do trabalho avança, mas o encontro com a *paídeia* repete-se. O estudo clássico sobre ela foi realizado por Jaeger (2013), que a define como o principal vetor de desenvolvimento da história e cultura dessa civilização, pois a educação para formação de um tipo ideal de homem era considerada o objetivo final da comunidade e individualidade humana. O conhecimento próprio, o cui-

dado de si e a inteligência clara eram o ápice do desenvolvimento do homem grego. Esse fato resultou em uma mudança de posição do homem diante da sociedade. Nas civilizações pré-helênicas, reis divinos exerciam seu poder solitário sobre uma massa amorfa de servos e escravos, essa situação é cristalizada, por exemplo, na construção maciça das pirâmides egípcias, também em medida sobre-humanas, como o poder dos reis. Os gregos trazem um elemento novo, a criação de individualidade e de subjetividade, manifesta em todas as suas criações culturais. Esse fenômeno revela uma proximidade entre o homem moderno e o homem grego, o que torna a expressão desta cultura muito mais inteligível que a das civilizações pré-helênicas. *Paideia*, portanto, não é um conjunto de ideias abstratas sobre educação elaboradas pelos gregos.

Retomando a República, observa-se que a posição sobre essa *tékhnē* de governar a cidade e sua relação com o cuidado de si tornam-se mais radicais no Platão maduro. O governo da cidade ideal deve ser entregue a uma categoria especial de homem, o rei filósofo. Essa personagem não conduz a pólis de acordo com uma *tékhnē*, com uma habilidade para fazer algo, mas por meio de sua *epistéme*, ou seja, o conhecimento da Verdade. Platão aponta a necessidade de reformar a *paideia*. A sociedade grega originária é considerada um Estado saudável e ser necessário manter apenas um mínimo de profissões diferentes para garantir a subsistência de todos. Com seu desenvolvimento, torna-se uma sociedade enferma de elefantíase, devido à necessidade de novas profissões para prover as coisas supérfluas da vida. Esse Estado enfermo é empurrado para a guerra, pois esse é o único caminho para o

aumento da riqueza, que se origina da conquista de território para exploração agrícola. A guerra é o caminho para a dissolução da cultura e da sociedade, por isso deve ser evitada sempre que possível. Seu comando não deve ser entregue aos nobres, que buscam defender seus interesses pessoais, e não os do Estado. A solução é a formação de uma categoria especializada de guerreiros, os guardiões da cidade, e de reis filósofos, os governantes da cidade (JAEGER, 2013).

A formação do guerreiro deveria fundamentar-se na ginástica e na música e a do governante na filosofia. O conhecimento do bem, da verdade e da justiça são apresentados como condições necessárias para o governo de outros homens. A educação não pode ser baseada na *dóxa*, na opinião emitida a partir do conhecimento dos objetos pelos sentidos. A *dóxa* é falaciosa, é um simulacro da verdade, nenhum conhecimento do real pode emanar dela. A filosofia permite aproximar-se da *epistême*, o conhecimento verdadeiro, ideal, que se encontra além das idiosincrasias dos sentidos. O caminho para desenvolver esse conhecimento é uma atitude dialética frente aos objetos, com momentos de contemplação e reflexão (JAEGER, 2013).

As disputas democráticas nos discursos inflamados da *agorá* eram disputas de *dóxa*. A democracia entre os gregos apresentava forte viés elitista, contudo a sustentação de consensos é inerente a essa forma de governo. A condição para o consenso é a capacidade dos indivíduos ou grupos em conflito realizarem mediações entre as posições em jogo. Essa flexibilidade e relativismo são impensáveis em um Estado regido pela Verdade dos

filósofos, por natureza ideal e imutável.

Em uma reflexão sobre o papel da *epistême* e da *tékhne* na contemporaneidade, pode-se delinear dois tipos de Estado. O primeiro, governado pela *epistême*, traz a marca do autoritarismo da verdade absoluta e indiscutível. O segundo, o da *tékhne*, é caracterizado pela supremacia da habilidade de fazer sobre o que deve ser feito, portanto é autoritário também, pois deixa o poder de fazer e decidir concentrado em quem sabe fazer. Novamente emergem duas distopias.

A melhor proposta de Estado, ou a menos ruim, é uma mistura entre *tékhne* e *epistême*, mas sem desprezar a *dóxa*. A *epistême* pode oferecer uma baliza segura quanto aos valores que devem nortear a sociedade como o bem, a verdade e a justiça, contudo, esses valores devem ser aplicados em situações concretas e históricas, portanto é fundamental que a *dóxa* realize o contraponto entre o ideal e o empírico. A *tékhne* pode ser pervertida em fazer por fazer, um processo alienado da real necessidade dos governados. Novamente, é imperativo que a *dóxa* realize a mediação entre o que se faz e a necessidade de fazer.

Contraponto: tática e estratégia

Todas essas descrições de estratégia foram produzidas por pesquisadores e técnicos do planejamento e disseminaram-se pelos sistemas e serviços de saúde. Embora algumas dessas metodologias ou abordagens de planejamento tenham sido produzidas de modo coletivo ou participativo, em algum momento tiveram de ser sintetizadas e empacotadas para serem distribuídas para o uso

de trabalhadores, gestores e usuários dos sistemas e serviços de saúde. Os pacotes podem apresentar como proposta maior ou menor flexibilidade e complexidade, adaptando-se mais ou menos às singularidades dos cenários em que são aplicados sendo, muitas vezes, avaliados de acordo com sua capacidade de fornecer respostas coerentes a situações concretas.

De outra forma, pouca atenção tem sido dada à outra face da produção das técnicas de planejamento, o seu consumo. Certeau (2014, p. 89) estuda, em contexto mais abrangente que o do planejamento, a arte de utilizar aquilo que é produzido e imposto pelo outro. A produção “racionalizada”, “centralizada”, “expansionista”, “espetacular” e “barulhenta” é contraposta ao consumo astucioso, que opera silenciosamente seu “esfarelamento em conformidade com as ocasiões”. No consumo correm subversões e inversões discretas, quase invisíveis, que operam em sentido oposto ao que é prescrito pela produção.

Em sua discussão sobre produção e consumo, Certeau (2014) analisa os conceitos de tática e estratégia de modo diferente dos autores do planejamento ou da administração. Para Matus (1996, p. 35), “a estratégia é a arte do líder”. Para Certeau (2014, p. 95), “a tática é a arte do fraco”. A comparação dos fragmentos de texto, quase aforismos, sintetiza uma distinção sobre a essência ética e política de estratégia e tática como práticas. A compreensão de suas diferenças teóricas e programáticas exige uma citação mais longa de Certeau:

Chamo de estratégia o cálculo (ou a manipulação) das relações de forças que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um exército, uma cidade, uma instituição científica) pode ser isolado. A estratégia postula um lugar suscetível de ser circunscrito como algo próprio e ser a base de onde se podem gerir as relações com uma exterioridade de alvos ou ameaças (os clientes ou os concorrentes, os inimigos, o campo em torno da cidade, os objetivos e objetos da pesquisa etc.). Como na administração de empresas, toda racionalização ‘estratégica’ procura em primeiro lugar distinguir de um ‘ambiente’ um ‘próprio’, isto é, o lugar do poder e do querer próprios. Gesto cartesiano, quem sabe: circunscrever um próprio num mundo enfeitado pelos poderes invisíveis do Outro. Gesto da modernidade científica, política ou militar (CERTEAU, 2014, p. 94).

[...] chamo de tática a ação calculada que é determinada pela ausência de um próprio. Então nenhuma delimitação de fora lhe fornece a condição de autonomia. A tática não tem por lugar senão o outro. E por isso deve jogar com o terreno que lhe é imposto tal como o organiza a lei de uma força estranha. Não tem meios para se manter em si mesma, à distância, numa posição recuada, de previsão e de convocação própria: a tática é movimento ‘dentro do campo de visão do inimigo’, como dizia von Bullow, e no espaço por ele controlado. Ela não tem, portanto, a possibilidade de dar a si mesma um projeto

global nem de totalizar o adversário num espaço distinto, visível e objetivável. Ela opera golpe por golpe, lance por lance. Aproveita as ‘ocasiões’ e delas depende, sem base para estocar benefícios, aumentar a propriedade e prever saídas. O que ela ganha não se conserva. Este não lugar lhe permite sem dúvida mobilidade, mas numa docilidade aos azares do tempo, para captar no voo as possibilidades oferecidas por um instante. Tem que utilizar, vigilante, as falhas que as conjunturas particulares vão abrindo na vigilância do poder proprietário. Aí vai caçar. Cria ali surpresas. Consegue estar onde ninguém espera. É astúcia (CERTEAU, 2014, p. 94,95).

As técnicas de planejamento, com suas matrizes, vetores e linhas de ação, persistem como “gestos cartesianos” para resolução de conflitos por meio do confronto ou da cooperação. A racionalidade estratégica ou comunicativa é entregue em pacotes para ser aplicada de modo participativo ou não, de modo crítico ou não. Mesmo quando se definem como ofertas ou convites flexíveis, desconsideram que se transformam em práticas apenas quando são consumidas, portanto pervertidas ou subvertidas. Também desconsideram que não são consumidas conservando sua individualidade e formalismo, mas são lançadas em misturas imprevisíveis de qualidade questionável, que podem se revelar como boas surpresas. A opção dessa Tese é analisar o consumo das técnicas de planejamento. A metáfora militar dos criadores das metodologias de planejamento é substituída pela metáfora do pirateamento dessas metodologias operado pelos seus consumidores.

Retomando a leitura anacrônica de um Estado ideal – ou menos ruim – por meio das categorias *epistême*, *tékhne* e *dóxa*, e confrontando-a com a concepção de tática segundo Michel de Certeau, é possível resgatar e agregar a essas inquietações mais uma categoria grega antiga, a *métis*, estudada por Détienne e Vernant (2008). A *métis* é uma maneira de pensar, um tipo de conhecimento diferente da *epistême* dos filósofos, pois não se dirige à contemplação de essências universais e imutáveis, mas às dificuldades práticas, com sua fluidez e singularidades.

Para Détienne e Vernant (2008), a *métis* é um saber prático, relacionado às habilidades manual e verbal, destreza, prudência, engenho, astúcia, fingimento, sagacidade, sutileza de espírito, senso de oportunidade e trapaça. Ela opera em realidades mutáveis, desconcertantes e ambíguas, portanto quando não é possível balizar uma ação pelo raciocínio exato. Geralmente, é pela *métis* também que se invertem as regras do jogo em uma disputa, é a astúcia que coloca o fraco em posição vantajosa em relação ao forte. Exemplos de *métis* são o saber do piloto engenhoso, que utiliza ventos e correntes marinhas adversas para conduzir uma embarcação a seu destino, o saber do auriga astucioso, que a despeito dos animais inferiores que guia é capaz de usar a trapaça para vencer uma corrida, o saber do político prudente que consegue farejar com antecedência o curso dos acontecimentos incertos.

A *métis* aproxima-se da *tékhne*, por exemplo na arte de fazer uma armadilha concreta pelo caçador ou verbal pelos sofistas. Mas seus aspectos essenciais para o debate sobre o Estado menos ruim são suas capacidades de dar conta de realidades fluidas e

hostis e de inverter as relações de forças instituídas. Portanto, a *métis* pode ser compreendida como um conceito consanguíneo de tática, aliada dos fracos nas lutas contra os fortes, concebendo uma subversão astuciosa das relações de poder.

Certeau (2014) reconhece a contribuição da *métis* para a discussão sobre a tática e a estratégia, conceitos que podem ser transpostos para a compreensão do planejamento em saúde como prática. Uma proposta de planejamento para superar os desafios do SUS é substituir as estratégias panópticas por táticas astuciosas, menos *epistême* e mais *métis*, questionando a relação entre meios e fins para conquista do poder e o próprio poder, independente de quem o exerça e como o exerça.

Retornando ao labirinto

A metáfora do labirinto é adequada para descrever os diferentes caminhos a que cada uma das correntes teóricas do planejamento em saúde pode levar o pesquisador. A multiplicidade de teorias, métodos, ferramentas e interesses nesse campo do conhecimento exige um navegador experiente e seguro como Ulisses. Na literatura nacional, encontra-se bons guias em Giovanella (1991), Merhy (1995), Onocko-Campos (2003) e Teixeira (2010), que produziram sistematizações críticas sobre esse tema.

Por outro lado, a metáfora do labirinto descreve a prática do planejamento de modo incompleto. Embora o Minotauro perambule pelo labirinto, pronto para imolar suas vítimas em um arroubo de violência cega, o maior desafio do labirinto é o pró-

prio labirinto, o fio de Ariadne é mais célebre que a espada de Teseu. No labirinto de Creta havia apenas um Minotauro, no do planejamento brasileiro existem muitos. A violência, simbolizada por esse monstro, é um dos vetores fundamentais da história brasileira, emergindo com diversas faces: violência contra o indígena, contra o negro, contra o mestiço, contra o sertanejo, contra a mulher, contra o operário, contra o louco, contra o homossexual, contra o pobre. A implantação e a evolução do modo de produção capitalista são os processos-chave para compreender os aspectos sociais da violência. A transformação do trabalho em mercadoria não é um processo indolor e sem sequelas. A classe dominada busca formas de resistência concreta e simbólica. A classe dominante não receia em responder com mais violência. Os motivos concretos para a violência estão distantes das justificativas oficiais: salvar a alma dos indígenas, combater o fanatismo religioso, defender a família, garantir a ordem.

A metáfora de Ulisses também não é a mais adequada à prática do planejamento no Brasil. Embora esse herói seja astucioso, tático, também utiliza a violência para vencer seus inimigos, afinal, é um guerreiro e um rei. O herói do planejamento na cadeia seria um “tipo amarelo”, como João Grilo, personagem do *Auto da Compadecida* de Ariano Suassuna. Astúcia temperada com malícia garantem sua sobrevivência em um cenário extremamente adverso, a presença da ameaça e do medo – da fome, doença, peia, miséria, morte – são constantes, a violência não é um recurso à sua disposição, resta a ele valer-se da esperteza. A prática do planejamento, portanto deveria ser direcionada pelos

oprimidos, que utilizariam a tática para enfrentar situações instituídas de violência e carência de recursos. Por fim, o auxílio sobrenatural, o “valei-me Nossa Senhora”, pode ser emparelhado com a atenção e a valorização dos bons encontros, ou seja, do papel do acaso e da contingência no planejamento.

A manutenção da crise no SUS está conduzindo o Estado e a sociedade a um sentimento de impotência e conformismo, acarretando banalização da própria crise. Retomando os conceitos do Planejamento, é urgente a adoção de medidas táticas e estratégicas associadas a uma abordagem dialética e crítica dessa crise. As contribuições teóricas mais recentes no campo do Planejamento, como a perspectiva comunicativa e a valorização da subjetividade de gestores, trabalhadores e usuários, podem ser articuladas ao pensamento estratégico para produção de novos arranjos, mais flexíveis e mais eficientes, que subsidiem práticas que materializem o direito à saúde. O desafio não é apenas apontar caminhos para atingir um objetivo antigo, a universalização do direito à saúde, mas atuar de modo efetivo para a construção dessa utopia sem a pretensão de se considerar o senhor da utopia, mas um de seus operários.

E diante de condições adversas e inesperadas, um Planejamento contingencial emerge de forma abrupta para construir estratégias de enfrentamento a pandemia de COVID-19. É fato que este cenário agravou as contradições da crise crônica da saúde pública no Brasil ao incorporar novos desafios para equalização do direito à saúde e do direito ao consumo de produtos e serviços de saúde. A velocidade do contágio e da disseminação de infor-

mações – reais e falsas – sobre a doença evidenciou a dificuldade na articulação da gestão do SUS em nível federal, estadual e municipal. O diálogo, repetidas vezes, foi substituído pelo conflito pautado por interesses político-partidários e antecipação da disputa eleitoral. As consequências desse cenário adverso para o planejamento em saúde foram imediatas, exigindo dos gestores municipais a adoção de perspectiva tática para enfrentamento da crise.

Referências

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática**. 6. ed. Belo Horizonte: Fgb/ifg, 2012. 260 p.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paideia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer**. Tradução: Ephraim Ferreira Alves. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 316 p.

CHAUÍ, M. **Introdução à história da Filosofia: dos Pré-Socráticos a Aristóteles**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 539 p.

DÉTIENNE, M.; VERNANT, J. P. **Métis: as astúcias da inteligência**. Tradução: Filomena Hirata. São Paulo: Odysseus, 2008. 301 p.

GARCIA FILHO, C. **Articulação entre Políticas de Saúde e**

Epidemiologia: pesquisa-ação participante sobre planejamento municipal em saúde. 2016. 284 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/CARLOS%20GARCIA%20FILHO.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, mar. 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-0102-311X1991000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2013.

JAEGER, W. **Paideia:** a formação do homem grego. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013. 1433 p.

MATUS, C. **Estratégias políticas:** Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. Tradução: Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996. 294 p.

MERHY, E. E. Planejamento como Tecnologia de Gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento:** Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995. p. 117-194.

ONOCKO-CAMPOS, R. **O planejamento no labirinto:** uma viagem hermenêutica. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 166 p.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Fio-cruz, 2008. 356 p.

PETROVIC, G. Práxis. In: BOTTOMORE, T. *et al.* (ed.). **Dicionário do pensamento marxista.** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge

Zahar Editor, 1988. p. 292-296.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 213 p.

TEIXEIRA, C. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010. 160 p.

TESTA, M. **Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso salud.** Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.

Gerenciamento de casos como estratégia de boas práticas em saúde mental

*Girliani Silva de Sousa
Amanda Márcia dos Santos Reinaldo*

Introdução

Este capítulo de livro tem por objetivo discutir algumas questões sobre Gerenciamento de Caso (GC) em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como estratégia de boas práticas nessa área específica.

É inegável o avanço ocorrido nas últimas três décadas no campo da saúde mental com práticas de cuidado com caráter não manicomial no Brasil. Pode-se dizer que, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), em um primeiro movimento foram criados novos dispositivos de tratamento, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Economia Solidária, Programa de Volta para Casa e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, instituindo uma rede de serviços em todo o país. A consolidação dessa rede aconteceu com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual envolve a atenção básica, a especializada em saúde mental, a hospitalar e urgência e emergência (BRASIL, 2011). Entretanto, a sustentação de novos modos de acolhimento, tratamento, matriciamento e gerenciamento dos casos de pessoas em sofrimento

psíquico na esfera pública impõem uma reflexão sobre as boas práticas de cuidado nesse campo, a partir de impasses encontrados.

Esses impasses se encontram permeados por tensões entre o cuidado que privilegia o sujeito, velhos modelos de assistência, novos objetivos políticos que flertam com a mercantilização da loucura e o risco de perder os direitos mínimos de uma população tradicionalmente excluída do convívio social.

Como temos observado, nos últimos anos, o processo de construção de práticas em saúde mental pautados na reabilitação psicossocial vai de encontro a movimentos contraditórios que impõem retrocessos em relação ao cuidado a usuários de transtornos por uso de substâncias psicoativas, com a criação das Comunidades Terapêuticas, em que, boa parte possui viés de cunho religioso e é alvo de denúncias de maus tratos e a ênfase dada as Internações Compulsórias.

E o mais recente e alarmante cenário, a inclusão dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a volta dos ambulatórios em saúde mental que se configuram como retrocessos imperiosos em relação a algumas conquistas que pareciam consolidadas (BRASIL, 2017). Desse modo, urge necessário lutar pela sustentação e consolidação de boas práticas em saúde mental, com o resgate da cidadania dos usuários, o acolhimento e gerenciamento dos casos com a equipe multiprofissional e a RAPS tendo como eixo a clínica de cada sujeito em sua singularidade.

Nessa linha de raciocínio, este capítulo se debruça sobre a compreensão do Gerenciamento de Caso (GC) como modelo de boas práticas em saúde mental, que busca atender as necessidades individuais e prover cuidados contínuos e compreensivos para a pessoas em sofrimento psíquico.

Boas Práticas em Saúde Mental

As boas práticas em saúde mental se sustentam com *base na ética* que se refere aos princípios fundamentais e conceituais que deverão orientar a forma de condução do planejamento, da oferta da assistência e da avaliação dos serviços. Nesse sentido, os conceitos construídos em torno da ética encontram abrigo no novo campo da práxis conhecida como Atenção Psicossocial (COSTA ROSA, 2013).

A ética que rege a Atenção Psicossocial ultrapassa o modelo biomédico e a ideia positivista de centrar-se na sintomatologia psíquica em busca de diagnosticar e tratar o paciente com uma postura verticalizada entre profissionais e pacientes. Inicialmente, nos despimos da terminologia paciente para usuário em uma busca incessante de autonomia e protagonismo do sujeito sobre sua vida (AYRES, 2004). Posteriormente, buscamos transformar as relações entre profissionais e usuários para a produção de vínculos em um sentido de relações horizontalizadas, em que mais importante do que identificar os sintomas é compreender como estes se cristalizam e são percebidos pelo usuário.

Aqui entra em cena, a apropriação do saber e do poder dos usuários como boas práticas em saúde mental. Não é novidade

que a garantia dos direitos dos usuários só será possível se houver uma relação entre profissionais e usuários norteada pela comunicação terapêutica, a qual exige uma sutileza e delicadeza em criar uma nova direção de cuidado que vai além do saber científico para o saber sobre si mesmo e sobre o outro.

Nesse paradigma, o saber acerca da experiência de adoecimento fica amenizado em um diálogo corrompido, nos quais o usuário diz aquilo que o médico e a equipe esperam ouvir, centrando-se em orientações sobre o receituário de medicamentos, e estes lhes respondem com um repertório usual baseado em bulários farmacêuticos. A comunicação é reduzida à verificação de sintomas, sua gravidade e à prescrição de medicações, ficando de lado os múltiplos sentidos dos não ditos do sofrimento (RODRIGUEZ; PERRON; OUELLETTE, 2008).

Não obstante, a realidade na sociedade contemporânea está permeada pela medicalização da vida. No contexto brasileiro, desperta atenção o consumo excessivo de benzodiazepínicos como estratégia de cuidado para o manejo do sofrimento psíquico. Adicionalmente, os elevados índices de adoecimento mental e a presença da depressão como uma das doenças mais incapacitantes no mundo, afasta os indivíduos de suas rotinas, o que inclui suas atividades trabalhistas (WHO, 2020).

Há, portanto, que se inquietar-se e buscar sentidos na criação de novas relações entre os usuários e a equipe de saúde. O importar-se com si e com o outro cria a possibilidade do cuidado compartilhado, permite uma nova atitude no encontro terapêutico para possibilitar a participação do usuário nas decisões relacio-

nadas a seu tratamento, com vistas a garantir a qualidade de vida desses indivíduos.

Por meio da ética, os princípios do diálogo encontram terreno fértil para o respeito à diversidade e da valorização das narrativas de vida, proporcionando avançar numa formação profissional em saúde mental voltada para a construção coletiva dos projetos terapêuticos singulares dos usuários.

Outro eixo norteador das boas práticas em saúde mental é a *prática baseada em evidências*. A própria terminologia é alvo de críticas por nos remeter a ideia do positivismo em saúde. Campos, Onocko Campos e Del Barrio (2013) sinalizam que há uma soberania dos estudos extremamente positivistas como evidências no campo científico. Portanto, há que se ter cautela com o império das evidências, principalmente, no campo da saúde mental, em que a construção do conhecimento pode se dar de maneira indutiva, com caminhos epistemológicos que possam subsidiar práticas emancipatórias nessa área.

Por práticas emancipatórias compreendem-se aquelas que possibilitam refletir sobre a origem dos problemas de saúde e os determinantes do processo saúde-doença (CAMPOS, 2013). Essas práticas instrumentalizam os usuários a acessar direitos e a lutar por eles, bem como, incentivam valores de solidariedade e resgatam a condição humana como condição social, em contraposição ao sujeito como ser biológico (CAMPOS, 2013).

Mas como garantir os direitos ao usuário de saúde mental? E quando se instala a crise e há o julgamento prejudicado sobre seu estado de saúde? Como exercer práticas emancipatórias nesse cenário?

Trazemos à tona a proposta da clínica ampliada, que tem por finalidade responder ao paradoxo entre loucura e razão para agir na interlocução entre cuidado e reabilitação. Campos (2002) sinaliza a necessidade de romper com o abismo que se abre entre a doença e o sofrimento psíquico – nesse entrelaçamento reside a experiência concreta e cotidiana na vida do indivíduo que deve ser valorizada no cotidiano da assistência.

Os princípios da RPB devem encontrar uma base sólida nas práticas de cuidado em saúde mental para ações que contemplem o sofrimento existencial dos sujeitos e sua relação com o mundo.

A loucura ou o usuário em crise não devem ser vistas meramente pelas alterações biológicas ou físicas, incapacidades e até as desigualdades sociais. O usuário de saúde mental não pode ser reduzido ao papel social de *doente mental sem inabilidade para exercer a cidadania* ou como espaços de captura, com a persistência do estigma e de manejos tutelares que ancoram ainda na suposta “falta de racionalidade” dos pacientes graves (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010).

Nunes e Onocko-Campos (2014) fazem o apelo para que a clínica ampliada em saúde contemple o sujeito e sua singularidade no contexto do território e da sua complexidade no direcionamento para a reabilitação social, a promoção da cidadania e da equidade.

Nessa linha de pensamento, para alcançar as boas práticas em saúde mental temos que utilizar os dispositivos e a subjetividade das *experiências produzidas nos encontros entre profissionais e usuários*. A Atenção Psicossocial se apoia na elaboração

dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que pretende superar o modelo prescritivo, com um verdadeiro encontro entre profissionais e usuários. O PTS se traduz por uma construção coletiva de intenções, realizado com uma equipe multiprofissional, com a participação do usuário e também de seus familiares. É um processo de compartilhamento de múltiplos saberes, em que os atores buscam junto com o usuário o sentido de seu sofrimento e sua história de vida. Trata-se de uma estratégia de cuidado de forma contínua, pactuado para o alcance de necessidades e desejos, produção de autonomia, protagonismo e inclusão social para que as mudanças tenham real sentido para o usuário e se mantenham ao longo do tempo (CAMPOS; AMARAL, 2017).

Assim, o encontro entre profissionais e usuários pode produzir novas experiências, superar os velhos modelos de saúde mental e ter na assistência os princípios da RPB. O afeto se mostra um alicerce fundamental para o cuidado com o outro. Os profissionais ao se importarem e se afetarem pela história do outro produzirão olhares mais ampliados para as necessidades sociais e de saúde apresentadas pelo usuário.

Portanto, o PTS, além de estratégia de Atenção à Saúde, também pode constituir-se como estratégia para efetivação da clínica ampliada, humanização da assistência e organização de serviço.

Desse modo, o intuito de integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, principalmente no que tange ao sofrimento psíquico visa

garantir boas práticas de cuidado em saúde mental dentro da Rede de Atenção Psicossocial.

A Rede de Atenção Psicossocial está inserida no território em que o usuário reside. Isso favorece o trabalho da equipe interprofissional e sua articulação com os diversos serviços da RAPS, em que se busca a construção conjunta e o acompanhamento dos PTS dos usuários.

Gerenciamento de Caso (GC): implicações para o cuidado em saúde mental

O Gerenciamento de Caso (GC) é uma estratégia de cuidado desenvolvida nos Estados Unidos (EUA) após a desinstitucionalização, na década de 60, como componente essencial de um sistema de apoio comunitário para pessoas em adoecimento psíquico. Com a desospitalização e o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a reinserção das pessoas na comunidade exigiu novos modos de cuidado efetivos para garantir a continuidade do cuidado das pessoas em adoecimento psíquico nos serviços comunitários.

A reinserção dos pacientes ora institucionalizados por longo prazo para a comunidade emergiu diversos desafios: necessidades econômicas, visto que o retorno do usuário ao lar familiar recaí encargos pelo seu cuidado; necessidades sociais, com espaços comunitários para acolhimento dessas pessoas com objetivo de estimular suas potencialidades, superando o estigma e o preconceito; necessidades de suporte aos familiares para lidarem com as demandas advindas das doenças e também dos usuários

que estavam desabilitados de estabelecerem vínculos familiares e relacionais com a comunidade (REINALDO; LUÍS, 2008).

Desse modo, o GC se fortaleceu nos anos 70 e se consolidou nos anos 90 com os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde e trabalhos com equipes interdisciplinares (HERRICK; BARTLETT, 2004).

Trata-se de uma abordagem colaborativa com ênfase na avaliação, intervenção precoce, monitoramento e utilização de resultados para a gestão de risco e coordenação do cuidado com planejamento de ações e mobilização de diversos serviços e recursos, a fim de atender às necessidades dos indivíduos ao longo prazo.

A potencialidade do GC se constitui em ser um sistema de integração vertical e horizontal que de acordo com as necessidades dos indivíduos, irá de modo cooperativo com equipe interdisciplinar diagnosticar, planejar, implementar, coordenar e avaliar opções e serviços por meio dos recursos disponíveis no território. Espera-se, portanto, uma melhor comunicação e relação entre os serviços para promover resultados de custo, efetividade e de qualidade.

No Brasil, ainda é incipiente a implementação dessa tecnologia na RAPS, dada a ineficácia dos sistemas de informação e de comunicação interdisciplinar, o que faz com que os sistemas de referência e contrarreferência se tornem processos burocráticos e as pessoas se percam nos fluxos de atendimento e de encaminhamento. Essa realidade eleva o custo/efetividade e diminui a qualidade dos serviços para suprir as necessidades dos indivíduos.

Nesse ensejo, a abordagem do GC para cuidados de saúde

mental pode ser utilizados em todos os serviços de saúde mental: a) nos cuidados intensivos – configurado como as internações psiquiátricas em hospital geral, enfermarias psiquiátricas e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na modalidade hospitalidade noturna; b) nos cuidados comunitários – atenção primária, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência (CC), Consultórios na rua; Unidades de Acolhimento (UA); Residências Terapêuticas; Centro de Referência Assistência Social (CRAS); c) modelo colaborativo – modelo interdisciplinar com a construção de projetos terapêuticos singulares com múltiplos olhares e perspectivas de diversos profissionais e d) modelo de gestão de doenças – focado na população que necessita de internações breves em enfermarias psiquiátricas e a articulação de sua alta e continuidade do cuidado dentro dos serviços comunitários (HERRICK; BARTLETT, 2004).

A abordagem do GC pode ser aplicada nos casos de crises psíquicas que demandam atendimento em serviços de urgência, emergência e atenção especializada em saúde mental; casos de transtornos mentais leves cujos acolhimentos podem ocorrer na atenção primária; casos de reabilitação psicossocial de pessoas que passaram por processo de longa internação em hospitais psiquiátricos e para aquelas pessoas que possuem transtornos mentais graves e persistentes; cuidado agudo as pessoas que possuem transtornos mentais graves e persistentes.

Para o alcance dos objetivos do GC é necessária uma avaliação acurada das necessidades dos usuários, esta avaliação tem a perspectiva da clínica ampliada, em que o acolhimento e a

comunicação terapêutica permitem que o profissional de saúde identifique não apenas os sintomas, mas como eles se manifestam e se aglutinam na vida das pessoas. Nessa perspectiva, a escuta ativa tem o objetivo de compreender as circunstâncias da vida do indivíduo que o levaram ao adoecimento psíquico. O acolhimento nos diversos pontos de atenção da RAPS e a visita domiciliar são estratégias eficazes de gestão da clínica do usuário.

Os profissionais de saúde que atuam como gerentes de caso devem ter a habilidade de conhecer os serviços disponíveis no território para o encaminhamento seguro dos usuários até os recursos apropriados, segundo suas necessidades. Para isso, faz-se necessário ter uma comunicação com esses serviços, para saber sua capacidade, fluxos de atendimento e serviços ofertados.

Na realidade brasileira, os profissionais de saúde podem fazer uso do apoio matricial para potencializar a comunicação e o trabalho conjunto entre os serviços. Trata-se de um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CAMPOS, 2017). Essa proposta visa a horizontalização da comunicação entre os serviços de saúde, com processos de tomada de decisão e elaboração dos projetos terapêuticos singulares compartilhados. É uma alternativa para que equipe de referência – composta por profissionais da atenção primária com cuidado longitudinal dialoguem e atuem conjuntamente com a equipe matricial – composta por profissionais da atenção especializada em saúde mental. Desse modo, por meio de discussão de casos nos serviços de saúde; visita domiciliar com

profissionais de diferentes serviços da RAPS; interconsulta conjunta com profissionais da atenção especializada em saúde mental e atenção primária possa ampliar o seu campo de atuação e qualificar as ações.

O uso do apoio matricial por meio da equipe de referência é um recurso de gestão da clínica eficiente, porém, o profissional de saúde para exercer o papel de gerenciador de caso precisa ter habilidades específicas, como conhecimento da estratégia de GC; saber delegar tarefas para os outros; diálogo e comunicação assertiva com os diferentes profissionais com distintas formações e saberes para tomarem decisões que considerem as prioridades de cuidados; elaboração da avaliação colaborativa das necessidades de seus usuários e o acompanhamento do desenvolvimento do projeto terapêutico para cada indivíduo e o alcance dos objetivos específicos (HERRICK; BARTLETT, 2004).

Na prática, o gerenciador de caso é o coordenador do cuidado que oferta suporte individual para as necessidades dos indivíduos, garante que os serviços sejam acessados e coordenados de modo eficaz e a continuidade do cuidado seja estabelecida. O aprimoramento do projeto terapêutico singular exige ações interconectadas com construção do projeto terapêutico singular individualizado com estabelecimento de objetivos elaborados juntamente com o usuário; suporte familiar com encontros com os membros familiares responsáveis pelo cuidado ao indivíduo; monitoramento contínuo e revisão do projeto terapêutico, com ajustes de acordo com as necessidades e a avaliação e intervenções apropriadas; canal de comunicação com outros profissionais

no mesmo contexto ou em diferentes contextos assistenciais; e manutenção dos registros e documentação legais pertinentes.

O aspecto central do gerenciador de caso é o compromisso no cuidado aos indivíduos com transtornos mentais para o alcance da qualidade de vida com o melhor nível de funcionamento possível dentro da sociedade e a garantia que os indivíduos tenham assistência nos serviços que compõem a saúde mental, buscando resultados e suporte aos sujeitos (SOARES, 2009).

Nesse ensejo, revisão teórica sobre GC nos países que adotam essa estratégia de gestão clínica obtiveram diminuição no número de internações psiquiátricas; maior adesão ao tratamento, com reabilitação psicossocial, melhora do estado mental e maior qualidade de vida. A adoção do GC como boas práticas de saúde mental com estabelecimento do relacionamento interpessoal com o usuário e seus familiares; educação permanente contínua com o usuário e seus familiares sobre a doença, adesão medicamentosa; informações sobre os serviços de saúde; ter uma relação horizontalizada com o gerenciador do caso e comprometimento para o alcance dos objetivos nos projetos terapêuticos singulares aumenta a satisfação dos usuários e a eficácia nos planos de cuidado e em todos os domínios na vida dos usuários e de seus familiares (SOARES, 2009).

No caso brasileiro, todo profissional de saúde está habilitado e capacitado para o exercício da função de gerenciador de caso, entretanto, pondera-se que a alta demanda de usuários nos serviços de saúde; a precarização na oferta de serviços e de recursos terapêuticos; a falta de profissionais de saúde na RAPS;

dificuldade dos processos de interações interprofissionais, principalmente, da equipe médica; dificuldade de integração com outros serviços devido a atividades burocráticas e administrativas, são verdadeiros desafios a serem superados para que o GC possa ser incorporado como boas práticas em saúde mental na RAPS.

Adicionalmente, outros desafios impostos nas boas práticas em saúde mental tangem que apesar de termos a política de saúde mental, regida pela lei 10.216 de 2001, na prática encontram-se vários empecilhos para a sua efetivação integral. Um deles tangem ao desconhecimento dos usuários sobre seus direitos, isso acontece pela organização do processo de trabalho e a estrutura do serviço não possibilitarem a aplicabilidade dos direitos dos usuários; a resistência pessoal e institucional diante dos direitos dos outros e a tensão existente entre os profissionais do serviço (SANTOS *et al.*, 2019).

Outros desafios perpassam pelo ineficaz financiamento no serviço em saúde mental frente às demandas nessa área; a formação profissional que os fazem se sentirem despreparados para o cuidado aos usuários em saúde mental e para o trabalho em equipe interprofissional. No bojo dessas discussões, novas estratégias podem ser implementadas nos serviços de saúde mental para aperfeiçoar o trabalho em equipe interprofissional e o desenvolvimento do PTS dos usuários dentro da RAPS.

Nesse sentido, acreditamos que a estratégia de Gerenciamento de Caso (GC) em saúde mental pode contribuir para a melhoria da assistência do usuário, a fim de que suas ações se desenvolvam em um contexto capaz de garantir boas práticas de cuidado em saúde mental.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088 de 2011**. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.588 de 2017**. Nova política de saúde mental Brasília DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017. Acesso em: 16 set. 2020.

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde como objeto das políticas públicas**: as práticas do enfermeiro na Atenção Básica. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *In*: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. The daily life of users of CAPS: empowerment or capture? **Fractal**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 431-446, 2010.

HERRICK, C. A.; BARTLETT, R. Psychiatric nursing case management: past, present, and future. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 25, n. 6, p. 589-602, 2004.

NUNES, M. O.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Prevenção, Atenção e Controle em Saúde Mental. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.) **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 501-512.

REINALDO, A.M.S.; LUÍS, M.A.V. A utilização do gerenciamento de casos na enfermagem psiquiátrica: relato de caso. **Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 110-118, 2008.

SANTOS, D. V. D *et al.* Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 261-271, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200021 &lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2019.

SOARES, M. H. Conhecimentos básicos no gerenciamento de casos de saúde mental. **SMAD Rev. Eletr. Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), v. 5, n. 2, p. 1-11, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression. WHO, set. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 16 set. 2020.

Contratualização como ferramenta de gestão para as instituições hospitalares

*Gracyelle Alves Remigio Moreira
Andreia Paula de Oliveira Aguiar
Cristiane Ribeiro dos Santos Farias*

Introdução

A contratualização é o componente formal de uma relação firmada entre organizações governamentais e uma terceira entidade, pública ou privada, para o fornecimento de produtos ou a prestação de serviços (SKYLE, 2009). Este mecanismo concede maior autonomia de gestão às entidades em troca de um maior comprometimento em atingir resultados pactuados. Desta forma, o controle do Estado deixa de ser exercido apenas da maneira burocrática tradicional, e passa a guiar-se prioritariamente à avaliação de resultados (PERDICARIS, 2012).

A contratualização tem sido cada vez mais utilizada, em vários países, entre autoridades governamentais de saúde e prestadores, nos diversos níveis de atenção, com o intuito de melhorar o desempenho dos contratados e aperfeiçoar aspectos relacionados à coordenação e à prestação de contas de resultados para usuários, financiadores e governos (LOEVINSOHN, 2008; LIMA; RIVERA, 2012).

No âmbito da gestão pública de saúde, a contratualização surge em um contexto de se repensar a gestão e a alocação dos recursos públicos através da racionalização dos gastos associado a qualidade dos serviços ofertados. Este mecanismo ainda tem como objetivo adequar a resposta às necessidades e expectativas de saúde da população, por meio de uma prestação de serviço eficiente e de qualidade, com processos bem definidos.

Autores advogam que esse instrumento de gestão melhora o desempenho das unidades hospitalares, pois aumenta a coordenação do núcleo estratégico de governo e estimula a aprendizagem organizacional da instituição, além de promover incentivos para a melhoria contínua (BRAGA NETO *et al.*, 2012; LIMA; RIVERA, 2012; PERDICARIS, 2012).

Outros benefícios são esperados com o estabelecimento da contratualização, entre eles: adequada alocação de recursos por parte dos contratantes; compartilhamento de responsabilidades; estímulo à cultura de negociação; vinculação de recursos com contratos e com a produção dos serviços; maior visibilidade da produção de serviços e de suas mudanças; desenvolvimento de habilidades específicas relacionadas ao processo de contratação pelas partes envolvidas, pois ambas (contratante e contratado) são fortemente impelidas a desenvolver a capacidade de gestão administrativa e assistencial, especialmente na área de monitoramento e avaliação em saúde (ASHTON; CUMMING; MCLEAN, 2004; VÉZINA; DENIS; TURGEN, 2006; LIMA; RIVERA, 2012).

Os arranjos contratuais envolvem, necessariamente, duas partes – o contratante/financiador e o(s) contratado(s)/prestador(es). Estes arranjos são formalizados por um contrato – documento que detalha quantitativamente os resultados esperados (metas) e o financiamento pré-definido durante um determinado período (LIMA; RIVERA, 2012).

O contrato deve ser utilizado como um instrumento de gestão para definir as responsabilidades do contratante e do contratado e para conseguir alcançar os resultados acordados, devendo ser entendido como instrumento meio e não como instrumento fim. Ao explicitar os compromissos assumidos entre as partes, ele também pode servir como referência para uma contratualização interna da instituição prestadora de serviços, com a participação de todos os colaboradores, valorizando a contribuição de cada um para os resultados globais (BRASIL, 2011).

No Brasil, os arranjos contratuais no setor saúde vêm sendo estabelecidos e ganharam destaque como ferramenta de gestão e de regulação, que favorece a melhoria do desempenho de sistemas e de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, e contribui para o incremento da prestação de contas e a adequação da aplicação de recursos (LIMA; RIVERA, 2012).

A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) tem promovido mudanças na relação entre gestor e prestador, impulsionando a contratualização como nova modalidade contratual em detrimento de um processo meramente burocrático, restrito ao ato formal de contratação de serviços.

Considerando a perspectiva de melhorias relacionadas à

rede assistencial hospitalar, que continua absorvendo uma grande demanda da capacidade de produção dos serviços e do financiamento do sistema público de saúde, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) do Ministério da Saúde (Portaria nº 3.390/2013) traz a contratualização como um dos seus eixos estruturantes (BRASIL, 2013a). Em 30 de dezembro de 2013, também foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.410, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a PNHOSP (BRASIL, 2013b). Esses dispositivos legais e a totalidade de seus regramentos foram contempladas na Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017 (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 3.410/2013 define a contratualização como o processo de formalização da relação entre o gestor municipal e/ou estadual e/ou distrital de saúde e o hospital prestador de serviços, públicos e privados com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento contratual, promovendo a qualificação da assistência e da gestão hospitalar, a ampliação do financiamento e a expansão do acesso às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar (BRASIL, 2013b).

Nessa pactuação, são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador. Assim como, definem-se as obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e são estabelecidos os mecanismos de monitoramento e avaliação de seu desempenho atrelado ao repasse de recursos (BRASIL, 2013b).

Nessa perspectiva, a contratualização dos serviços de saúde busca estabelecer uma relação clara e objetiva entre as partes, definindo, a partir de um processo de negociação, as metas e os resultados a serem atingidos, sempre com foco nas necessidades de saúde da população. Apresenta-se como um instrumento jurídico, de planejamento, monitoramento, avaliação e regulação, com a finalidade de promover uma maior transparência no que se refere a integralidade do acesso, capacidade de oferta aos serviços de saúde e qualidade no atendimento pactuado com a rede de atenção à saúde.

Também é importante mencionar que a contratualização, como forma de mensuração do desempenho de serviços de saúde, apresenta desafios relacionados à natureza do trabalho em saúde que, por si só, possui características que não cotejam com a noção de controle, sendo essencialmente: coletivo; compartimentalizado; interdependente; e marcado pela incerteza da demanda (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; CARNUT; NARVAI, 2016). Logo, esses atributos conferem a complexidade do tema quando se trata de sistemas de saúde pela dinâmica inerente aos seus processos (KLAZINGA, 2010).

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência do gerenciamento da contratualização com o gestor municipal por um hospital de ensino, enfocando na negociação, monitoramento, avaliação e auditoria desse processo.

Dessa forma, propõe-se, a partir das experiências vivenciadas, problematizar questões inerentes ao gerenciamento da contratualização pelo ente prestador, entendendo que esse meca-

nismo requer a estruturação de processos internos que envolvem todo o corpo de colaboradores da instituição. Acredita-se que esta experiência oferece uma oportunidade de reflexão, instrumentação e acompanhamento de arranjos contratuais em outros contextos.

Método

Trata-se de um relato de experiência do percurso trilhado por gestores do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde de um hospital de ensino no município de Fortaleza, Ceará no gerenciamento da contratualização hospitalar com a gestão municipal de saúde.

Os hospitais de ensino são estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que se caracterizam por serem local de atenção à saúde de referência em procedimentos de maior complexidade, formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento tecnológico em uma perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde, e que são certificados conforme o estabelecido na legislação do Programa de Certificação de Hospitais de Ensino. Esta certificação estabelece condições obrigatórias para o hospital ser considerado de ensino, entre elas tem-se a contratualização entre a secretaria municipal e/ou estadual de saúde com o hospital (BRASIL, 2015).

O instrumento contratual tem como objetivo precípua definir as regras de atuação dos hospitais universitários, estabelecendo seu papel na rede pública de serviços de saúde, além de es-

tabelecer as regras de financiamento e avaliação do desempenho da instituição (EBSERH, 2017).

A experiência relatada no presente trabalho é referente a renovação da contratualização estabelecida com o gestor municipal de saúde a partir do ano de 2016. No estabelecimento do contrato, foi construído um plano operativo com a descrição das ações e serviços voltados para a gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa, além das orientações relacionadas ao repasse de recursos financeiros condicionados a produção de serviços com base em metas quantitativas e qualitativas.

Foram contratualizados a oferta de serviços para 12 sub-grupos de procedimentos, considerando a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS (Tabela SUS) totalizando, aproximadamente 142 mil procedimentos ambulatoriais por ano, distribuídos em consultas, procedimentos e exames. Em relação aos serviços hospitalares de internação, o quantitativo pactuado foi de mais de 10 mil internações anuais para tratamentos clínicos e cirúrgicos.

O conjunto dessas ações e serviços representam as metas quantitativas, as quais foram estabelecidas considerando-se os parâmetros da capacidade instalada e da série histórica, além das necessidades evidenciadas pelos vazios assistenciais de serviços diagnosticados pelo município de Fortaleza.

Além das metas quantitativas de produção assistencial, também pactuaram-se metas qualitativas relacionados a qualidade da atenção hospitalar nas dimensões de assistência, gestão, avaliação, ensino e pesquisa e Rede Cegonha.

Para discorrer e problematizar as etapas do gerenciamento da contratualização, os resultados deste trabalho foram apresentados em três categorias, propondo sobrepor saberes e articular as experiências vivenciadas: (I) Relação/Negociação gestor, prestador e usuários; (II) Monitoramento e avaliação da contratualização; e (III) Auditoria e transparência das ações e serviços.

Resultados e discussão

Relação/ Negociação Gestor, Prestador e Usuários

O processo de contratação de serviços de saúde pelos gestores Estaduais ou Municipais devem considerar as necessidades regionais da população para que possa permitir a correta definição das ações e serviços de saúde contratualizados com o prestador, firmados por meio do plano operativo.

O plano operativo é parte integrante do contrato e tem por objetivo instrumentalizar as ações e serviços de saúde contratados, definindo compromissos e metas assistências, gerenciais e de qualidade, em conformidade com as diretrizes organizacionais no âmbito do SUS. Em contrapartida, a contratada garantirá acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, submetendo-se ainda às penalidades previstas em lei no caso de descumprimento (BRASIL, 2013a).

A Portaria de consolidação nº 02/2017 responsabiliza todas as esferas de gestão do SUS pelo monitoramento e avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão (BRASIL,

2017). Desse modo, compete aos entes federativos contratantes controlar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizados, avaliando as metas por meio de indicadores quali-quantitativos e monitorando a execução orçamentária com periodicidade estabelecida no instrumento formal de contratualização (BRASIL, 2013b).

A relação entre gestores e prestadores dos serviços de saúde deve ser integrada e alinhada para que haja oportunidade de acesso de acordo com os serviços pactuados entre ambos.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, avaliação e auditoria dos prestadores dos serviços de saúde vinculados em seu município, o que permite uma avaliação específica de uma entidade que lhe presta serviços.

O principal espaço de articulação Gestor/Prestador se materializa na Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC). A criação desta Comissão é de obrigatoriedade do ente contratante e deve ter composição mínima de um representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado. De acordo com a Portaria de consolidação nº 02/2017 (BRASIL, 2017), as funções da CAC envolvem monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados; avaliar o cumprimento das metas quali-quantitativos e físico-financeiras; avaliar a capacidade instalada; readequar as metas pactuadas e os recursos financeiros a serem repassados; além de outras questões que se juguem necessárias.

Na experiência relatada, essa Comissão é denominada de “CAC externa”, com encontros periódicos, e representa um espaço de cogestão do contrato SUS onde ocorre o fortalecimento do diálogo e da parceria entre gestor e prestador do sistema público de saúde.

A celebração do contrato de gestão entre a Secretaria de Saúde do município e o hospital estreitou as relações e ampliou a cooperação entre esses dois entes. Essa lógica de gestão implicou em diversas melhorias, como: incremento no processo de regulação integrada com a rede de saúde do município; planejamento de metas contratuais, instaurando uma cultura de resultados; identificação de pontos de estrangulamento da assistência à saúde que orienta o planejamento dos processos regulatórios e repactuação de metas assistenciais; discussão permanente em reuniões da CAC para restabelecimento de novas metas e para o reconhecimento dos pontos fortes na prestação de serviço aos usuários.

Simultaneamente a contratualização valorizou o processo de planejamento da secretaria e do hospital. A secretaria precisou conhecer as necessidades de sua rede, definindo o papel de cada uma de suas unidades para saber exatamente o que solicitar ao hospital. Por outro lado, também estimulou o planejamento interno no hospital, pois para atender as demandas da secretaria, a instituição necessitou reconhecer suas potencialidades e possibilidades.

É dessa forma que se legitima a negociação entre gestor e prestador. O grande desafio é fortalecer diálogos e garantir a transparência com o intuito de proteger, melhorar e dá maior vi-

sibilidade à saúde dos indivíduos e das comunidades, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações por meio do atendimento integral.

Uma situação a ser ressaltada é a dificuldade de negociação para ampliação do teto financeiro por parte do gestor do contrato SUS. Segundo eles, há argumentos que impedem o incremento de recursos contratualizados com os prestados, conforme série histórica produzida, devido a inexistência de recursos financeiros. Essas dificuldades geram algumas insatisfações por parte do prestador que mantém a organização dos serviços ofertados, absorvendo uma demanda reprimida maior do que a contratualizada com a rede do SUS.

Essa demanda de produção excedente e não remuneradas pelo gestor SUS, geram volumosos prejuízos financeiros para a instituição prestadora do serviço, a qual esbarra na dificuldade do financiamento precário. A situação inversa também deve ser considerada, quando o prestador não consegue o cumprimento da meta contratualizada com o gestor gerando deficiência na oferta de serviço para a rede de saúde local.

Verifica-se que os arranjos contratuais são utilizados como meio para otimização dos recursos investidos nessa área, bem como para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Contudo, faz-se necessário contextualizá-los à realidade econômica, política e social de cada país, assim como associá-los a outros empreendimentos para que todos os recursos aplicados sejam revertidos em benefício da população (MACHADO; FORSTER, 2017).

Ainda é importante destacar a participação do usuário nessa articulação. A participação popular constitui um dos princípios do SUS, e está garantida através da Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990), e esse processo acontece a partir da inclusão e da acolhida dos usuários em espaços, que envolvem a interação e a tomada de decisões, viabilizando o controle sobre as questões que afetam direta ou indiretamente as necessidades da coletividade.

A Política Nacional de Humanização destaca a proposta do fortalecimento da relação gestor, prestador e usuário. Essa política apostou em um novo modo de gerir os serviços de saúde, em uma perspectiva de disparar mudanças, contribuindo para um atendimento mais resolutivo e democrático, com compromisso de corresponsabilidade e participação entre os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2004).

Outra inovação trazida pela Política Nacional de Humanização refere-se ao modelo de gestão participativa. Esse modelo enaltece o diálogo e fortalece a interação entre os diversos atores, propiciando um fazer coletivo, inclusivo e compartilhado. Nesse sentido, os colegiados são espaços coletivos que realizam o compartilhamento do poder, fomentando a participação tanto dos gestores e dos trabalhadores de saúde, quanto dos usuários nas decisões da unidade (BRASIL, 2004).

No hospital desse trabalho, esses espaços são priorizados e seus membros participam do acompanhamento e aprimoramento do desempenho contratual. Essa gestão participativa fortalece o monitoramento da pactuação de metas, ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção e garantia da sustentabi-

lidade da unidade. Essa iniciativa estimula o compromisso e a corresponsabilidade entre os sujeitos no fortalecimento da gestão participativa entre gestor, prestador e usuário.

Essa tríade formada pelo gestor, prestador e usuário do SUS, tem a tarefa de harmonizar, de integrar e de modernizar os sistemas municipais, com foco na equidade e integralidade do acesso. O desempenho de todos nesse papel é fundamental para a consolidação do sistema público de saúde local, possibilitando a revisão permanente do processo de pactuação interfederativa e para a organização das redes de atenção à saúde.

Os resultados internos da relação gestor, prestador e usuários são progressivos e contínuos, vislumbram-se novas oportunidades que estreitem os laços entre a rede de saúde e o hospital, com foco na responsabilidade sanitária e no cumprimento do que é proposto. Nesse sentido, essa articulação deve ser pensada como elemento essencial para efetivar uma gestão solidária e responsável, convergindo para uma assistência integral e de qualidade aos usuários no ambiente hospitalar.

Monitoramento e Avaliação da Contratualização

A discussão sobre monitoramento e avaliação e suas possibilidades na perspectiva de organização dos serviços de saúde, busca oferecer para as instituições ferramentas que direcionam o planejamento adequado, através do acompanhamento das ações de saúde, de maneira que possibilite realizar diagnósticos, prioridades e intervenções para melhorias.

O monitoramento consiste no acompanhamento continu-

ado de compromissos (objetivos, metas e ações), explicitados em planos, programações ou projetos, com o objetivo de verificar se a execução está sendo realizada de acordo com o que fora preconizado (BRASIL, 2010).

A PNHOSP estabelece que é responsabilidade dos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuadas na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão (BRASIL, 2013a).

Como medida para atender critérios do contrato, que estabelece a necessidade de ações de monitoramento e avaliação, de maneira sistemática, o hospital de ensino da referida experiência, na condição de contratado, implementou estratégias de monitoramento da contratualização com o gestor do SUS, a partir do ano de 2016.

Dentre as iniciativas para fortalecer as ações de monitoramento das metas contratualizadas, criou-se a Comissão Interna de Acompanhamento da Contratualização (CAC) com a finalidade de monitorar e avaliar a execução do contrato firmado entre o Hospital e a Contratante (Gestão Municipal de Saúde), o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas e a capacidade físico-financeira.

A CAC interna realiza reuniões trimestrais e possui caráter multidisciplinar e multiprofissional, sendo composta por representantes dos setores responsáveis pela produção dos indi-

cadores pactuados na contratualização e pelo gerente de atenção à saúde do hospital.

A CAC Interna desenvolve as seguintes atribuições: acompanha e monitora as metas quantitativas e qualitativas por meio da planilha de acompanhamento dos contratos; analisa os resultados; discute e recomenda medidas necessárias à correção de fragilidades, quando oportuno; utiliza-se da informação de capacidade instalada e operacional do hospital no processo avaliativo de execução das metas; sugere e propõe as alterações necessárias no instrumento contratual e seu respectivo plano operativo; propõe readequações das metas pactuadas, dos recursos financeiros e outros ajustes necessários nas cláusulas contratuais, desde que esses não alterem seu objeto; propõe novos indicadores para acompanhamento; monitora os recursos financeiros repassados; analisa e repactua o plano operativo proposto para nova vigência.

A Comissão Interna de Acompanhamento da Contratualização é subsidiada pelo serviço de monitoramento e avaliação em saúde do referido hospital. Esse serviço está vinculado ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e é responsável por mensalmente recepcionar as informações dos diversos setores, coletar dados das bases oficiais do Ministério da Saúde, consolidar e apresentar relatórios contendo os resultados alcançados dos indicadores e das metas contratualizadas.

A consolidação desse conjunto de dados é transformada em relatórios que são disponibilizados para avaliação da alta gestão, assim como encaminhados para as chefias dos setores responsáveis pelos indicadores, onde é informado o alcance ou não

atingimento das metas em relação ao contratualizado.

O serviço de monitoramento e avaliação em saúde realiza a análise da produção física e financeira de forma individual para todos os indicadores quantitativos e qualitativos contratualizados, gerando planilhas, tabelas e gráficos que permitem o acompanhamento mensal e garantem a série histórica dos dados contratualizados. Este serviço também acompanha o desempenho financeiro contratual, garantindo uma base informativa para a tomada de decisão da gestão e para negociar a renovação do contrato com o gestor do SUS.

Outra estratégia implementada com o intuito de aperfeiçoar e avaliar de forma contínua os processos de trabalho, objetivando melhorar os resultados e aprimorar a qualidade da gestão em saúde, com foco na contratualização, foi a realização dos Fóruns de Contratualização. Estes Fóruns acontecem anualmente, desde o ano de 2017, e têm como público os colaboradores da gestão e da assistência do hospital, oportunizando o envolvimento de todos no alcance das metas pactuadas na contratualização com o gestor do SUS.

Nesses momentos, ocorre a discussão acerca da contratualização como modelo de financiamento e ferramenta de gestão no SUS; são apresentadas as experiências de monitoramento e avaliação para o fortalecimento dos contratos internos de gestão; as equipes gerenciais e assistenciais são informadas sobre os compromissos e metas da contratualização e o processo de monitoramento das mesmas; são apresentados os resultados dos indicadores obtidos no ano anterior, com base nas metas contratu-

alizadas; e o corpo de colaboradores é incentivado à continuidade da execução e à superação das pactuações estabelecidas.

A realização desses Fóruns trouxe impactos positivos para o hospital, favorecendo o aumento da produção da maioria dos indicadores ambulatoriais e hospitalares; além de proporcionar conhecimento das equipes assistenciais sobre o contrato estabelecido com a Gestão Municipal de Saúde e seu comprometimento no cumprimento das metas contratualizadas e na qualidade da assistência prestada aos usuários.

Com base no exposto, avalia-se que as atividades de monitoramento têm papel estratégico para acompanhamento das metas e indicadores pactuados na contratualização. Por ser um processo sistemático e contínuo que produz informações sintéticas em tempo eficaz, o monitoramento permite uma rápida avaliação situacional, propiciando intervenções oportunas (CARVALHO *et al.*, 2012).

Dessa forma, o monitoramento se configura em ferramenta fundamental para o acompanhamento do desempenho contratual da instituição, permitindo que a gestão e os profissionais da assistência identifiquem os pontos fortes e fragilidades e impulsionem a tomada de decisão e mudança de rumos.

Auditoria e Transparência das Ações e Serviços

A auditoria do SUS é um dos instrumentos de controle interno que tem a finalidade de contribuir com a gestão por meio da análise dos resultados das ações e serviços públicos de saúde. A auditoria contribui para garantia do acesso oportuno e da quali-

dade da atenção oferecida aos cidadãos. Tem papel importante no controle do desperdício dos recursos públicos, colaborando para a transparência e maior credibilidade da gestão pública (BRASIL, 2014).

O serviço de auditoria do hospital de ensino que esse estudo faz referência está vinculado ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, e foi implantado pela gestão na perspectiva de ser instrumento para fortalecer as estratégias de otimização de recursos hospitalares. Possui como missão realizar auditoria de contas hospitalares, baseada em princípios éticos e técnicos, garantindo a identificação e correção de não conformidades, contribuindo para a melhoria do desempenho do faturamento hospitalar.

Para efetivar a missão proposta, os objetivos que norteiam as atividades deste serviço perpassam por evitar glosas hospitalares e auxiliar no controle dos custos; avaliar sistematicamente e “in loco” a composição e o preenchimento completo e correto dos documentos que compõem o prontuário; constatar não conformidades e apontar alternativas preventivas e corretivas; minimizar perdas financeiras para a instituição; prevenir que o processo de trabalho do faturamento seja prejudicado em razão de registros ausentes, incompletos ou incoerentes; apoiar a gestão na tomada de decisão; e atuar de forma educativa com a equipe de saúde para obtenção de resultados positivos nos registros dos prontuários.

Dentre os atributos que compõem o plano de atividades do serviço de auditoria, destaca-se o da contratualização hospitalar, que tem o objetivo de acompanhar os indicadores contratualizados com o gestor do SUS, com foco na intervenção e na transpa-

rência das ações e serviços desempenhados.

Desse modo, o serviço de auditoria participa diretamente do acompanhamento do contrato, por meio da análise do relatório mensal dos indicadores contratualizados, produzido pelo serviço de monitoramento e avaliação em saúde. Essa análise é compartilhada em reuniões mensais com o serviço de monitoramento e faturamento hospitalar. A partir dessas reuniões os encaminhamentos são definidos tendo como fundamento o alcance das metas e as correções de não conformidades identificadas.

As atribuições do serviço de auditoria relacionadas com a contratualização hospitalar incluem: identificar os indicadores que não alcançam as metas, analisar e intervir sobre fatores que condicionam ao não alcance das metas; identificar e solucionar possíveis dificuldades no processo de faturamento que implicam no cumprimento das metas; atuar de forma educativa com os profissionais das equipes visando eliminar ou minimizar não conformidades que impactam nos resultados; analisar o contrato proposto para nova vigência.

Acrescenta-se que houve investimento e reforçou-se a importância da qualidade dos registros de ações e procedimentos realizados pelas equipes assistenciais e as diversas implicações decorrentes de inadequações das informações para a produção dos indicadores e para a manutenção da saúde financeira do hospital. Além dessas atividades, o serviço de auditoria tem representação na Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) interna e externa com a Secretária Municipal de Saúde.

Importante salientar que a ação de auditoria dentro da ins-

tituição hospitalar tem se direcionado para um caráter educativo e preventivo, e para o acompanhamento das ações de saúde e análise de seus resultados, contribuindo com a lógica da atenção aos usuários, em defesa da vida. Nesse contexto, o papel da auditoria é estratégico para as instituições fomentarem mecanismos com os profissionais e gestores para o cumprimento do que foi estabelecido na contratualização com o gestor do SUS.

Considerações finais

A contratualização com o gestor municipal de saúde implicou na intensificação de compromissos e responsabilidades por parte do referido hospital. Este mecanismo de gestão indiscutivelmente impulsionou a instauração de novas estratégias relacionadas aos processos de negociação, monitoramento, avaliação e auditoria, que propiciaram rearranjos internos com foco na ampliação do acesso, qualidade dos serviços ofertados e qualificação dos registros assistenciais.

Como principais êxitos evidenciados, tem-se a aproximação da gestão com a assistência e o desenvolvimento de habilidades de monitoramento, avaliação e auditoria, que promovem incentivos à melhoria contínua. Além disso, a contratualização tornou mais transparente o desempenho do hospital para o público interno e externo, incluindo a sociedade, haja vista a prestação de contas efetuada pela Secretaria Municipal de Saúde junto ao Conselho Municipal de Saúde e Tribunal de Contas.

A experiência descrita nesse recorte temporal sinaliza transformações positivas no desempenho global da instituição.

No entanto, vale salientar, que o gerenciamento interno da contratualização é um processo contínuo e dinâmico que se encontra em constante aprimoramento e que ainda apresenta algumas dificuldades e limitações.

Restam os desafios de que o estabelecimento de metas tende a concentrar-se sobre as áreas que são medidas, enquanto as que não o são podem não ser monitoradas, comprometendo o gerenciamento de outros aspectos não incluídos na contratualização. Também existe a dificuldade de negociação para ampliação do teto financeiro por parte do gestor do contrato SUS. E outra questão é que ainda é necessário romper com a cultura de que o gestor ou uma equipe técnica é unicamente responsável pelo planejamento e monitoramento das ações; e passar a desenvolver estratégias para que os profissionais, “da linha de frente”, estejam envolvidos por meio da efetiva participação em todo o processo.

Desse modo, torna-se imperioso que os trabalhadores de saúde se apropriem de todas as etapas de planejamento, elaboração, execução e monitoramento e avaliação das ações pactuadas com o Gestor do SUS. E que para essa relação dos profissionais com o processo de contratualização se estreite é essencial investimento humano permanente, considerando-se tanto os parâmetros de produtividade como a produção do cuidado em saúde, que exige a humanização do trabalho, a satisfação dos usuários e a geração de impacto socioepidemiológico (DITTERICH *et al.*, 2015).

A experiência compartilhada, apesar de ser um relato da área hospitalar, poderá encorajar e instrumentalizar serviços de saúde de outros níveis de atenção. Reitera-se a importância da

estruturação do processo de contratualização não apenas para o atendimento das diretrizes de políticas e normativas na área da saúde pública, mas como ferramenta de gestão capaz de qualificar a prestação de serviços, com foco na ampliação do acesso e no atendimento às necessidades dos usuários.

Referências

ASHTON, T.; CUMMING, J.; MCLEAN, J. Contracting for health services in a public health systems: the New Zealand experience. **Health Policy**, v. 69, p. 21-31, 2004.

BRAGA NETO, F. C. *et al.* Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. *In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS. **Uma construção coletiva: monitoramento e avaliação:**

processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Plani-ficação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Vamos conversar sobre auditoria do SUS?** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Performance evaluation of health systems and management in the Brazilian public administration. **Saude Soc.**, v. 25, n. 2, p. 290-305, 2016.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

DITTERICH, R. G. *et al.* A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil. **Saúde debate**, v. 39, n. spe, p. 207-220, 2015.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Regulação Assistencial e Contratualização Hospitalar. Serviço de Contratualização Hospitalar. **Diretriz EBSERH para a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) no âmbito do SUS.** Brasília: EBSERH, 2017.

KLAZINGA, N. Health system performance management: quality for better or for worse. **Eurohealth**, v. 16, n. 3, p. 26-28, 2010.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, FJ. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, 2012.

LOEVINSOHN, B. **Performance-Based Contracting for Health Service in Developing Countries.** A Toolkit. Health, Nutrition, and Population Series. Washington: The World Bank, 2008.

MACHADO, R. C; FORSTER, A. C. Avaliação de um modelo de contratualização de dois hospitais filantrópicos de São José do Rio Preto/SP. **Espaço para a Saúde**, v. 18, n. 1, p. 81-89, 2017.

PERDICARIS, P. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público**: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo. 2012. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP), São Paulo, 2012.

RIBEIRO, E. M; PIRES, Denise; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

SKYLE, D. M. Collaboration and Relational Contracting. *In*: O'LEARY, R.; BINGHAM, L. **The Collaborative Public Manager**: New Ideas for the Twenty-first Century. Washington: Georgetown University Press, 2009.

VÉZINA, M.; DENIS, J. L.; TURGEN, J. Contracting: an appropriate strategic management tool at the local level? *In*folleter - The Evolution of Health-Systems Management and Evaluation Practices. **Thema**, v. 3, n. 2, 2006.

Gerenciamento de equipamentos odontológicos na atenção secundária

*Larissa Adeodato Galvão
Paulo Leonardo Ponte Marques
Cesar Luiz Silva Junior
Lucianna Leite Pequeno
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

Introdução

A expansão da atenção secundária à saúde bucal, incentivada em âmbito nacional com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), tem possibilitado um aumento na oferta de serviços especializados no Brasil ao longo dos últimos anos (BRASIL, 2004). No entanto, a qualidade desses serviços pode não estar associada a um conjunto de ações gerenciais sobre os recursos tecnológicos a estes incorporados, limitando o desempenho técnico e operacional.

As alterações no padrão de distribuição das doenças e o envelhecimento populacional requerem cada vez mais o desenvolvimento de novas tecnologias (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016). Além disso, a dívida histórica reafirmada pelos levantamentos epidemiológicos nacionais evidencia uma exigência de aumento da oferta por procedimentos odontológicos especializados (FREITAS *et al.*, 2016).

Na estruturação das Redes de Atenção à Saúde, os CEO se constituem como estabelecimentos de saúde ambulatoriais que proporcionam a continuidade do cuidado, utilizando tecnologias com maior densidade tecnológica, oferecendo serviços de diagnóstico bucal, periodontia, cirurgia oral, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2006). Entre as tecnologias encontram-se diversos tipos de equipamentos, os quais precisam ser gerenciados para garantir a integralidade da atenção e a viabilidade operacional e econômica.

Tecnologia é um termo de origem grega (τεχνη – “técnica, ofício” e λογία – “estudo”) que envolve conhecimento técnico aplicado para um propósito definido, um modo de fazer. Compreende medicamentos, materiais, equipamentos, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, bem como protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população para solucionar ou minimizar problemas (BANTA, 2009; NITA *et al.*, 2010).

Considerando a ampla abrangência desta definição, os cuidados em saúde podem ser dimensionados a partir da utilização das ferramentas tecnológicas. Enquanto parte destas envolve o saber profissional e suas relações, e uma outra é composta por máquinas, denominadas tecnologias duras. Essenciais no suporte ao raciocínio clínico e realização de intervenções, entre elas se encontram os equipamentos médicos e odontológicos, definidos como um “conjunto de aparelhos e máquinas, suas partes e acessórios utilizados em ações de diagnose, terapia e monitoramen-

to” (BRASIL, 2010; MERHY; CAMARGO; FEUERWERKER, 2009).

Neste contexto, o gerenciamento de equipamentos pode ser definido como o conjunto de procedimentos de gestão, desenvolvidos a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais, para garantir a eficácia, a efetividade, a qualidade, a segurança e, em alguns casos, o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços. Deve também envolver a proteção dos trabalhadores, a preservação do ambiente e a segurança do paciente, incluindo ainda ações que abrangem desde a implantação na unidade de saúde até o seu descarte (ALMEIDA; SILVA, 2016).

Por sua vez, os equipamentos precisam estar mapeados e ter o seu gerenciamento monitorado para possibilitar uma adequada utilização da capacidade instalada e a realização dos procedimentos especializados de acordo com as metas estabelecidas, mantendo uma boa qualidade da assistência aos usuários (ERDMANN *et al.*, 2013). A disponibilidade destes equipamentos deve ser analisada junto ao capital humano em odontologia, que interage diretamente com as máquinas para viabilizar as intervenções em saúde bucal.

Nesta perspectiva, o gerenciamento de equipamentos é uma das principais dificuldades enfrentadas no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que por muitas vezes os serviços não são implantados de acordo com a necessidade da população, representando alto custo na aquisição e manutenção (ALMEIDA; SILVA, 2016). Destaca-se que a limitação dos recursos financeiros

se apresenta como grande desafio, principalmente relacionado ao subfinanciamento do sistema público de saúde do país (NIELSEN; FUNCH; KRISTENSEN, 2011).

Neste cenário, a avaliação do gerenciamento destas tecnologias se constitui como ferramenta essencial de apoio à gestão por melhorar a qualidade da tomada de decisão, sendo complexa e de responsabilidade do gestor (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Considerando a importância da avaliação e a experiência pioneira do Ceará quanto aos CEO em perspectiva regional, o presente estudo teve por objetivo analisar o gerenciamento de equipamentos odontológicos nos CEO Regionais do estado do Ceará.

Método

Realizou-se um estudo transversal e avaliativo com abordagem quantitativa, incluindo os 22 CEO Regionais do Estado do Ceará. Utilizou-se como parâmetro para avaliação as normativas presentes nas “Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Estudos de Avaliação de Equipamentos Médico-Assistenciais” (BRASIL, 2013).

O Estado do Ceará se apresenta como cenário desta pesquisa tendo em vista sua iniciativa pioneira de implantação em larga escala de unidades de atenção especializada em uma perspectiva regional. Com o principal objetivo de aumentar o acesso dos usuários do SUS a serviços de maior complexidade em saúde bucal, principalmente no interior do estado, estas unidades

são denominadas Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R). Esses centros destacam-se pelo elevado porte tecnológico e oferta de especialidades além dos procedimentos mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde, como prótese dentária, ortodontia e serviços de apoio diagnóstico com raio X digital (CEARÁ, 2011; SILVA JUNIOR, 2019).

Este estudo elegeu como tecnologia de análise equipamentos de imagem (Raio-X) em virtude desses aparelhos envolverem altos custos e detêm tecnologias de ponta para a sua utilização, atendendo os requisitos técnicos e operacionais.

Nesse sentido, na relação humana com equipamentos, a conduta profissional tem exigido cada vez mais um maior domínio técnico para acompanhar as constantes atualizações tecnológicas. A educação permanente, investida de forma significativa e imersas nos contextos de atuação (GIGANTE; CAMPOS, 2016), mostra-se como fator preponderante no gerenciamento de tecnologias. Muitos profissionais desconhecem os normativos legais e específicos da área, provocando uso inadequado e falhas nos equipamentos, os quais envolvem riscos para usuários e para os próprios profissionais (CALIL, 2016).

Como instrumento de pesquisa, foi utilizado questionário com perguntas fechadas. A elaboração do instrumento teve como base o documento “Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Estudos de Avaliação de Equipamentos Médico-Assistenciais” (BRASIL, 2013) e contou com 28 perguntas baseadas em duas dimensões: gerencial e técnica-operacional, na tentativa de analisar estrutura-processo-resultado a partir das experiências dos

participantes.

A coleta de dados foi realizada em todos os CEO-R e contou com a participação de 22 profissionais da gestão (diretores de CEO-R) e 22 da assistência (profissionais que atuam nos serviços de apoio diagnóstico). O período de coleta dos dados foi compreendido entre outubro e dezembro de 2017 e o critério de seleção dos profissionais se deu pelas suas atribuições e responsabilidades na operacionalização dos aparelhos de raio X.

A partir da coleta, os dados foram organizados, tabulados e consolidados no Microsoft Excel 2018 e em seguida transportados para o software SPSS IBM versão 22, possibilitando a realização de análise descritiva e dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Spearman (devido à natureza percentual da variável). Para análise, foi criado o Índice de Gerenciamento de Tecnologia em Odontologia (IGTO), construído a partir da classificação do gerenciamento obtido pelo percentual de respostas positivas. Foram utilizados os seguintes níveis de classificação: ótimo (100-76% de respostas positivas), bom (75-51%), regular (50-26%) e ruim (25-0%), com faixa de corte em quartis. Foi adotado nível de significância de 5% para os procedimentos inferenciais.

A pesquisa atendeu aos princípios e diretrizes da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – Unifor, com o número do parecer 2.038.668. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

O presente estudo compreendeu um total de 44 participantes dos CEO Regionais, sendo 22 (50%) profissionais da gestão (diretores dos CEO) e 22 (50%) da assistência (profissionais que atuam nos serviços de apoio diagnóstico). A média de idade dos profissionais da gestão foi de $40,1 \pm 9,6$ anos e dos profissionais da assistência foi de $38,7 \pm 7,9$ anos. O sexo feminino foi predominante ($n=13$; 59,1%) entre os participantes nos dois grupos. Sobre a atuação profissional dos gestores, a média de tempo na direção do CEO-R foi de $3,4 \pm 3,0$ anos. No que diz respeito ao tempo de formação dos profissionais da assistência e o de atuação nos equipamentos foi identificada uma média de $7,2 \pm 6,2$ anos e $3,9 \pm 2,8$ anos, respectivamente.

A Tabela 1 apresenta o perfil dos profissionais de gestão, mostrando que dos 22 profissionais entrevistados, 15 (68,2%) eram cirurgiões-dentistas e 13 (59,1%) possuíam formação na área de gestão. Observou-se que em 10 CEO-R (45,5%) havia gerente/responsável técnico pelos equipamentos, sendo 06 destes (27,3%) com nível superior. Ainda, 10 (45,5%) relataram utilizar indicadores de monitoramento no gerenciamento de equipamentos.

Quanto à estrutura física, um total de 16 (72,7%) possuía controle de patrimônio/acervo atualizado. Entre os diretores participantes, 4 (18,2%) responderam que não há equipamentos suficientes para a demanda. Quanto à certificação de qualidade, apenas 4 (18,2%) possuíam.

Tabela 1 – Variáveis na dimensão gerencial nos CEO Regionais do Ceará, 2018.

Variáveis	N	%
Formação profissional (cirurgião-dentista)		
Sim	15	68,2
Não	07	31,8
Curso de gestão		
Sim	13	59,1
Não	09	40,9
Gerência específica/responsável técnico		
Sim	10	45,5
Não	12	54,5
Gerente técnico com nível superior		
Sim	06	27,3
Não	16	72,7
Norma interna que oficializa gerente técnico		
Sim	08	36,4
Não	14	63,6
Utilização de indicadores de monitoramento		
Sim	10	45,5
Não	12	54,5
Controle de patrimônio atualizado		
Sim	16	72,7
Não	6	27,3
POP na área de equipamentos		
Sim	14	63,6
Não	8	36,4
Estudos para aquisição de equipamentos		
Sim	10	45,5
Não/Não sabe	12	54,5
Estudos para abandono de equipamentos usados		
Sim	10	45,5
Não/Não sabe	12	54,5
Equipamentos suficiente para demanda		
Sim	18	81,8
Não/Não sabe	4	18,2
Certificação de qualidade		
Sim	4	18,2
Não/Não sabe	18	81,8

Fonte: Autoria própria, 2018.

A Tabela 2 apresenta os resultados relacionados à dimensão da assistência, mostrando que dos 22 profissionais da assistência, 12 (54,5%) tinham a formação em técnico/tecnólogo de radiologia.

A maioria deste grupo (n=17; 77,3%) relatou ficar ocioso no horário de trabalho. Quanto aos planos de identificação, notificação e monitoramento de riscos/eventos adversos e de proteção radiológica, 14 (63,6%) e 18 (81,8%) dos profissionais, respectivamente, afirmaram ter conhecimento.

No que se diz respeito à capacitação, apenas 7 (31,8%) informaram que o CEO já tinha ofertado algum tipo de capacitação para atuação na área de imagem, sendo por iniciativa própria ou terceirizada, e somente 1 (4,5%) informou sentir insegurança na operacionalização do equipamento.

Tabela 2 – Variáveis na dimensão da assistência nos CEO Regionais do Ceará, 2018.

Variáveis	n	%
Formação profissional (técnico/tecnólogo)		
Sim	12	54,5
Não	10	45,5
Área de comando com proteção ao profissional		
Sim	20	90,9
Não	02	9,1
Ociosidade no trabalho		
Sim	17	77,3
Não	05	22,7
Plano de identificação, notificação e monitoramento de riscos		
Sim	13	59,1
Não	09	40,9

Conhecimento do plano de identificação, notificação e monitoramento de riscos		
Sim	14	63,6
Não	08	36,4
Plano de proteção radiológica		
Sim	17	77,3
Não/Não sabe	05	22,7
Conhecimento do plano de proteção radiológico		
Sim	18	81,8
Não	04	18,2
Oferta de capacitação própria ou terceirizada para atuação na área de imagem		
Sim	07	31,8
Não/Não sabe	15	68,2
Capacitação para operacionalizar o equipamento		
Sim	17	77,3
Não	05	22,7
Utilização de dosímetro		
Sim	21	95,5
Não	01	4,5
Segurança para operacionalizar o equipamento		
Sim	21	95,5
Não	01	4,5
Equipamento em funcionamento		
Sim	22	100
Não	--	---
Equipamento possui prontuário		
Sim	07	31,8
Não/Não sabe	15	68,2
Contrato de manutenção		
Sim	18	81,8
Não/Não sabe	04	18,2
Registro das manutenções		
Sim	18	81,8
Não/Não sabe	04	18,2
Tecnovigilância		
Sim	09	40,9
Não/Não sabe	13	59,1

Fonte: Autoria própria, 2018.

Dos 22 CEO Regionais, o Índice de Gerenciamento de Tecnologias em Odontologia classificou 6 (27,2%) como ótimo, 10 (45,4%) como bom e 6 (27,2%) como regular.

A Tabela 3 apresenta os testes estatísticos entre as variáveis relacionadas aos participantes e respostas positivas no IGTO. Não foi encontrada relação significativa entre as variáveis e o IGTO.

Tabela 3 – Índice de Gerenciamento de Tecnologia em Odontologia (IGTO).

Variáveis	Estatística	Valor p
Sexo do diretor (média ± desvio padrão)		
Masculino	63,9 ± 15,5	0,512 ¹
Feminino	61,5 ± 17,4	
Sexo do técnico (média ± desvio padrão)		
Masculino	70,2 ± 18,0	0,126 ¹
Feminino	57,1 ± 13,2	
Idade do diretor (rô de Spearman)	-0,164	0,477 ²
Tempo de direção (rô de Spearman)	0,130	0,565 ²
Idade do técnico (rô de Spearman)	-0,073	0,766 ²
Tempo de formação (rô de Spearman)	-0,057	0,801 ²
Tempo de atuação (rô de Spearman)	0,194	0,400 ²

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de significância da correlação de Spearman.

Fonte: Autoria própria, 2018.

Entre os participantes, quase 82% afirmaram que há equipamentos suficientes para a demanda. Visto que a indisponibilidade de equipamentos e materiais de consumo em serviços odontológicos não é incomum (LIMÃO *et al.*, 2016), a suficiência em equipamentos se mostra como um diferencial dos CEO cearenses

para prover uma atenção continuada e concretização dos procedimentos conforme pactuação na rede de atenção à saúde.

O suporte estrutural é um dos pilares na oferta de serviços de saúde e, à medida que os procedimentos necessitem de maior densidade tecnológica, as questões estruturais tornam-se indispensáveis (BORDIN *et al.*, 2016, 2017).

Quanto à certificação de qualidade, 18,2% possuíam. Embora esse percentual represente 25% dos CEO avaliados, ressalta-se o pioneirismo do Estado do Ceará no processo de acreditação para unidades odontológicas. Atualmente, menos de 5% das instituições brasileiras tem a acreditação plena pelas companhias certificadoras. O processo de acreditação é uma ferramenta que segue os passos da propagação da qualidade como conceito a ser alcançado através de padrões, por todo e qualquer ambiente de saúde, mundialmente e independe de ser oferecida por instituições públicas ou privadas (FORTES, 2013; ONA, 2014).

O avanço tecnológico assume papel importante no desenvolvimento da saúde, representado principalmente pela introdução da informática e pela incorporação de aparelhos modernos e sofisticados, proporcionando benefícios e rapidez no diagnóstico e tratamento de doenças (LORENZETTI *et al.*, 2012).

A maioria (54,5%) dos profissionais da gerência relatou não utilizar indicadores de monitoramento no gerenciamento de equipamentos. Embora o monitoramento seja reconhecidamente uma ação que fortalece a capacidade analítica da gestão, subsidiando a tomada de decisão (GRIMM; TANAKA, 2016; OLIVEIRA; REIS, 2016), a omissão no registro das ações nos sis-

temas de saúde em outros países não é incomum. A utilização de índices gerenciais para acompanhar o desempenho de equipamentos durante o ciclo de vida das tecnologias pode facilitar a institucionalização do monitoramento.

Identificou-se que em 10 CEO Regionais havia gerente/responsável técnico pelos equipamentos, sendo somente 27,3% com escolaridade de nível superior. Por maior que seja a tecnologia, esta necessita de algum tipo de intervenção humana para iniciar o seu funcionamento, seja política ou operacional, uma vez que, no setor saúde, os trabalhadores interferem de forma decisiva na qualidade dos serviços prestados. Desta forma, o nível de conhecimento dos profissionais pode facilitar ou dificultar o processo de gerenciamento, constituindo elemento fundamental para o bom funcionamento dos sistemas de saúde. O profissional capacitado apresenta o domínio de conhecimentos específicos, desenvolvimento de habilidades e experiência para exercer determinada função. Portanto, quanto melhor sua capacitação e atualização, maior é a probabilidade de ser competente no exercício de suas funções (SANTOS; CAMELO, 2015).

Quanto ao plano de identificação, notificação e monitoramento de riscos/eventos adversos, 63,6% dos profissionais afirmaram ter conhecimento. A busca pela redução dos riscos ao paciente é um fator que estimula um cuidado de saúde mais seguro e passível de intervenções, conseguido pela propagação da cultura de segurança do paciente associado a um ambiente de promoção de responsabilidade e transparência (GASPARY; MORGADO; DOS SANTOS, 2017). No entanto, um dos desafios dos gerentes

é aprimorar os recursos disponíveis para instituir e manter uma cultura de segurança dentro do serviço (AMARAL, 2018).

O plano de proteção radiológica, sobre o qual 18 (81,8%) informaram ter conhecimento, é um documento exigido pela Portaria nº 453/98 da Vigilância Sanitária, para o funcionamento dos setores de radiodiagnóstico (BRASIL, 1998) e enfatizado pela Norma Regulamentadora NR 32 (BRASIL, 2005), para que esteja disponível a todo trabalhador, possibilitando o embasamento da equipe multiprofissional de saúde sobre os riscos da radiação ionizante, sobre a qualidade dos equipamentos com que trabalha e o que fazer em caso de possíveis acidentes (BRASIL, 2010; HUHNS; VARGAS, 2016).

A maioria dos CEO Regionais (81,8) possuía contrato e registro das manutenções realizadas, possibilitando maior continuidade da prestação de serviços, evitando atrasos na instalação e interrupções no funcionamento dos equipamentos. A aquisição, o monitoramento das manutenções e o conhecimento dos recursos tecnológicos existentes são importantes para garantia da integralidade e a efetivação de uma boa prática odontológica, crucial para a eficiência do serviço (LIMÃO *et al.*, 2016; AMORIM; PINTO JÚNIOR; SHIMIZU, 2015).

O presente estudo teve como limitação o recorte transversal, impossibilitando verificar as relações de temporalidade entre as variáveis e o limitado número de participantes. No entanto, serve de referência para apontar necessidades de melhoria no gerenciamento tecnológico na atenção secundária em saúde bucal.

Conclusão

A maioria dos estabelecimentos apresentou uma avaliação positiva no IGTO, com identificação de algumas fragilidades e potencial de melhoria. Embora haja um investimento crescente para a adequação tecnológica, a falta de um sistema gerencial eficiente e a não utilização de forma equitativa desse patrimônio afeta a garantia dos direitos e dificulta o acesso da população aos serviços, uma vez que a incorporação de equipamentos, isoladamente, não garante que haverá um gerenciamento efetivo destes.

Referências

ALMEIDA, L. M.; SILVA, H. T. H. Equipamento médico-hospitalar: uma gestão na área da saúde. **Int. J. Health Educ.**, v. 1, n. 1, p. 32-29, 2016.

AMARAL, R. T. *et al.* **Práticas assistenciais e ocorrências de eventos adversos:** percepção dos enfermeiros. 2018. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

AMORIM, A. S.; PINTO JÚNIOR, V. L., SHIMIZU, H. E. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 350-362, 2015.

BANTA, D. What is technology assessment? **Int. J. Technol. A. Health Care**, v. 25, suppl. 1, p. 7-9, 2009.

BORDIN, D. *et al.* Considerações de profissionais e usuários sobre o serviço público odontológico: um aporte para o planejamento em saúde. **Rev. APS**, v. 19, n. 2, 2016.

BORDIN, D. *et al.* Fragilidades do serviço público odontológico na ótica de cirurgiões-dentistas do município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 48-54, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 453 de 01 de junho de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-X diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32** (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Portaria GM nº 485, de 11 de novembro de 2005. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM/MS de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, 23 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 2, de 25 de janeiro de 2010 - Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial da União**, 25 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Metodológicas** – Elaboração de Estudos para Avaliação de Equipamentos médico-assistenciais, 2013. Brasília, DF, 2013.

CALIL, S. J. Gestão de Tecnologias Hospitalares. *In*: NETO, G. V.; MALIK, A. M. (eds.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 315-323.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no Ceará**. Regulamento Operativo, 2011.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Lat-Am. Enferm.**, v. 21, n. spe, p. 131-139, 2013.

FORTES, M. T. R. **Acreditação no Brasil**: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde. 2013. 190 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, v. 40, p. 131-143, 2016.

GASPARY, L. V.; MORGADO, G. O.; DOS SANTOS, A. P. Implantação da gestão de risco e disseminação da cultura de segurança: desafios de um hospital público. **Rev. Acreditação: ACRED**, v. 7, n. 13, p. 60-76, 2017.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab., Educ. Saúde**, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016.

GRIMM, S. C. A.; TANAKA, O. Y. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, p. 585-594, 2016.

HUHN, A.; VARGAS, M. A. O. Plano de proteção radiológica e responsabilidade ética. **Braz. J. Rad. Sci.**, v. 4, n. 1A, 2016.

LIMÃO, N. P. *et al.* Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, v. 29, n. 1, p. 84-92, 2016.

LORENZETTI, J. *et al.* Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, 2012.

MERHY, E. E.; CAMARGO, L.; FEUERWERKER, M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Leituras de novas tecnologias e saúde**, p. 29-56, 2009.

NIELSEN, C. P.; FUNCH, T. M.; KRISTENSEN, F. B. Health technology assessment: research trends and future priorities in Europe. **J. health serv. res. policy**, v. 16, n. 2, suppl., p. 6-15, 2011.

NITA, M. E. *et al.* Visão geral dos métodos de Avaliação de Tecnologias em Saúde. *In*: ARTMED (ed.). **Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 21-30.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. São Luís: Edufma, 2016.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: ONA, 2014.

REIS, C.; BARBOSA, L. M. L. H.; PIMENTEL, V. P. **O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde**. Rio de Janeiro: BNDES Setorial, 2016.

SANTOS, F. C.; CAMELO, S. H. O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: Perfil e Capacitação Profissional. **Cultura de los cuidados**, ano XIX, n. 43, 2015.

SILVA JUNIOR, C. L. **Implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais no estado do Ceará, Brasil**. 2019. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, p. 821-828, 2012.

O trabalho nas equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família sob a ótica gerencial

*Ana Neiline Cavalcante
Geison Vasconcelos Lira
Verônica Maria da Silva Mitros
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com a proposta de reorganizar a oferta de serviços de saúde, mudar o modelo vigente que era prioritariamente hospitalocêntrico e curativo. Com a ESF, a atenção deixa de ser voltada apenas para o indivíduo e para a doença, amplia a atenção para o coletivo e atuação na família, para que os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) fossem, efetivamente, colocados em prática (ARANTES *et al.*, 2016; CARDOSO; ROCHA, 2018).

No entanto, as equipes de saúde são formadas por pessoas que trazem especificidades próprias. Tal fato, somado à necessidade de uma forte inter-relação pessoal, torna inevitável a presença de conflitos no dia a dia da equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Conflitos que também se devem à formação tradicional em saúde, baseada nas especialidades, que conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde, das pessoas e das sociedades, levando à

formação de profissionais que, muitas vezes, não conseguem lidar com as totalidades (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Apesar de os estudos sobre a realidade, após décadas de implementação da ESF no Brasil, mostrarem que existem pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica *taylorista* de organização e gestão do trabalho (CARDOSO; ROCHA, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018), alguns profissionais, com a divisão técnica do trabalho, se afastam do que julgam não ser de sua competência e aprisionam o campo do cuidado, que deveria ser marcado pela interdisciplinaridade, em uma atividade individualista, fracionando os atos terapêuticos (SANTOS; ASSIS, 2006; MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Nesse sentido, considera-se relevante a discussão sobre o processo de trabalho na ESF, principalmente, a partir da chamada pública, que entrou em pauta este mês, sobre a definição de um padrão de serviços a serem ofertados para a população, por meio de uma “Carteira de Serviços da Atenção Primária a Saúde”. A proposta pretende, dentre outras informações, elencar os serviços prestados, bem como descrever o processo de trabalho para os profissionais de saúde, trazendo uma conotação de trabalho individual, fragilizando o olhar coletivo no qual o processo de ESF foi criado (BRASIL, 2019).

Esse capítulo traz os resultados de uma pesquisa empreendida em um município do interior nordestino, cuja experiência na ESF considera-se exitosa, com gerentes de Centros de Saúde da Família onde se procurou mostrar a percepção desses gestores em relação ao processo de trabalho na Estratégia de Saúde da

Família. Desde já, antecipa-se a identificação de algumas concepções equivocadas por parte dos gestores, que nos fazem refletir sobre: como será nos municípios que não são considerados exitosos?

Trabalho em equipes multiprofissionais de Saúde da Família: um modelo teórico

A categoria integralidade tem sido alvo recente de estudos para a sua delimitação conceitual. Cecílio (2001) trabalha a ideia de **integralidade** em duas dimensões para que seja entendida da forma mais completa possível, a saber: **integralidade focalizada** e **integralidade ampliada**.

A **Integralidade focalizada** (na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado de um serviço de saúde) deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, na realidade concreta e singular dos serviços de saúde. No encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor *escuta* possível das necessidades de saúde apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específica(s). O resultado dessa “integralidade focalizada” há de ser o somatório do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Ela deve estar presente em *todos* os serviços de saúde, seja no nível primário, seja no secundário ou terciário.

A **Integralidade ampliada**, por seu turno, é a articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço

de saúde, se articulam em fluxos e circuitos a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”. Permite radicalizar a ideia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do sistema de saúde. A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde.

A utilização dessa categoria teórica implicaria a conformação de práticas curriculares que tenham por escopo: (1) a superação da fragmentação biologicista dos enfoques teóricos da Educação Médica, recuperando-se a diversidade de significações inerentes à vida humana, (2) o equilíbrio, no âmbito dos sistemas, serviços e programas de saúde, entre os polos promoção-saúde e doença-atenção do processo promoção-saúde-doença-atenção, e (3) a relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde.

Uma segunda categoria teórica a ser explicitada é a **interdisciplinaridade**. Esse termo diz respeito a um trabalho coordenado, com objetivos comuns e que seja partilhado por vários ramos do saber de forma integrada. Segundo Araújo e Rocha (2007), “a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que es-

tão inseridos” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).

Segundo Almeida Filho (1997, 2005), a **interdisciplinaridade** é a reunião e articulação de diferentes disciplinas em torno de uma mesma temática. A interação entre essas disciplinas vai desde uma relação de complementaridade sem supremacia de uma disciplina sobre a outra, o que o autor chama de pluridisciplinaridade, até uma relação de dominação onde existe a preponderância de uma sobre a outra, chamada de interdisciplinaridade estrutural ou auxiliar.

Minayo (1994) coloca como pré-requisito de sucesso para uma ação interdisciplinar a junção de profissionais dispostos a dialogar, que sejam competentes em suas áreas disciplinares, que saibam articular conceitos comuns colaborando, assim, na análise dos resultados. Sem esses pré-requisitos essa junção traz mais problemas do que soluções para a integração dos conhecimentos e abordagens, resultando em ações fragmentadas e conflitos entre os profissionais da equipe.

Quando se fala de **equipe multiprofissional**, terceira categoria teórica a ser aqui considerada, devemos ter em mente os seguintes aspectos: divisão do trabalho, status da profissão, posição no processo de trabalho, aspectos organizacionais, relações informais, redes de poder, valores e normas como fatores relacionados ao desempenho do trabalho (FIGUEIREDO, 2012).

Peduzzi (2018) conceitua trabalho em equipe multiprofissional como aquele construído por meio da interrelação entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articu-

lação das ações e a cooperação.

A autora também estabelece uma tipologia de **trabalho em equipe** onde prevalece a dinâmica entre trabalho e interação que acontece em um dado momento no dia a dia da equipe: equipe integração e equipe agrupamento. No primeiro tipo ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes; no segundo, observa-se a justaposição das ações, ou seja, um simples agrupamento dos profissionais. Para distinguirmos entre um tipo e outro devemos analisar seguintes critérios: qualidade da comunicação entre os integrantes da equipe, especificidades dos trabalhos especializados, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2018). O objetivo do trabalho em equipe é, portanto, obter impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Ao analisar o gerenciamento do trabalho em equipe de saúde, Campos (1997) sugere a aplicação dos conceitos de **campo** e **núcleo** de competências e responsabilidades, duas outras categorias teóricas que julgamos importantes para o nosso estudo. O primeiro conceito refere-se a saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades da saúde. O segundo concerne ao conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade, de modo que o núcleo marcaria a diferença entre os membros de uma equipe.

Os conceitos de **campo** e **núcleo** formulados por Campos (1997) são de grande interesse para o estudo do trabalho em equipe multiprofissional em saúde. Contudo, e referimo-nos princi-

palmente ao conceito de **campo**, eles não consideram a dinâmica social das relações no ambiente de trabalho, que são mediadas por relações de poder. Daí que uma abordagem heurística do trabalho em equipe multiprofissional seria limitada se não agregássemos ao nosso marco teórico de referência categorias que incorporassem a questão do poder. Para os fins deste trabalho, recorreremos à teorização de Pierre Bourdieu, particularmente no que toca aos conceitos de **campo** e **capital**.

Bourdieu faz uma conceituação um pouco diferente de **campo**, tal como formulada por Campos (1997). Para o primeiro autor trata-se de um espaço social de dominação e de conflitos. Cada campo tem certa autonomia e possui suas próprias regras de organização e de hierarquia social. O indivíduo age ou joga segundo sua posição social neste espaço delimitado. Esses agentes são munidos com as capacidades adequadas ao desempenho das funções e à prática das lutas que o atravessam (BOURDIEU, 1983).

Para Bourdieu (1983), o campo se define de acordo com os objetos de luta e dos interesses que são específicos de cada campo e que não são apreendidos pelos indivíduos que não foram formados para ingressar nesse campo, ou seja, não é possível motivar um filósofo com questões dos geógrafos. Os objetos de disputas e pessoas dispostas a lutas por esses objetos são elementos essenciais para a existência de um campo. Essas pessoas precisam conhecer e reconhecer as leis do jogo e os objetos de disputas, ou seja, precisam estar munidas do *habitus* próprio do campo.

Outra propriedade do campo descrita por Bourdieu é que

“todas as pessoas que estão engajadas num campo têm certo número de interesses em comum, a saber, tudo aquilo que está ligado à própria existência do campo” (BOURDIEU, 1983, p. 90). Aos recém-chegados é exigido que tenham conhecimento de toda história do jogo, pois a mesma está presente em cada ato do mesmo.

Outra característica do campo é a marca da história do campo nas obras produzidas por seus integrantes. Um efeito dessa marca é quando se torna:

Impossível compreender uma obra sem conhecer a história do campo de produção da obra – o que faz os exegetas, comentadores, intérpretes, historiadores, semiólogos, e outros filósofos, sentirem sua existência justificada como únicos capazes de explicitar a razão da obra e do reconhecimento do valor que ela tem (BOURDIEU, 1983, p. 92).

O autor ainda refere que o reconhecimento dos problemas e dos temas que estão em vigor no campo não é um mero resultado de uma pesquisa consciente, mas uma consequência automática da vinculação ao campo e do domínio da história específica do campo. Como ele diz, “ser filósofo é dominar o que deve ser dominado na história da filosofia para saber agir como filósofo num campo filosófico” (BOURDIEU, 1983, p. 93).

Outra categoria descrita por Bourdieu, e que está intimamente relacionada em sua perspectiva teórica ao conceito de **campo**, é a de **capital**. Segundo ele é: o conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse

de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros ou por eles mesmos), mas também são unidos por ligações permanentes e úteis. Essas ligações são irreduzíveis às relações objetivas de proximidade no espaço econômico e social porque são fundadas em trocas inseparavelmente materiais e simbólicas cuja instauração e perpetuação supõem o re-conhecimento dessa proximidade (BOURDIEU, 1998, 67).

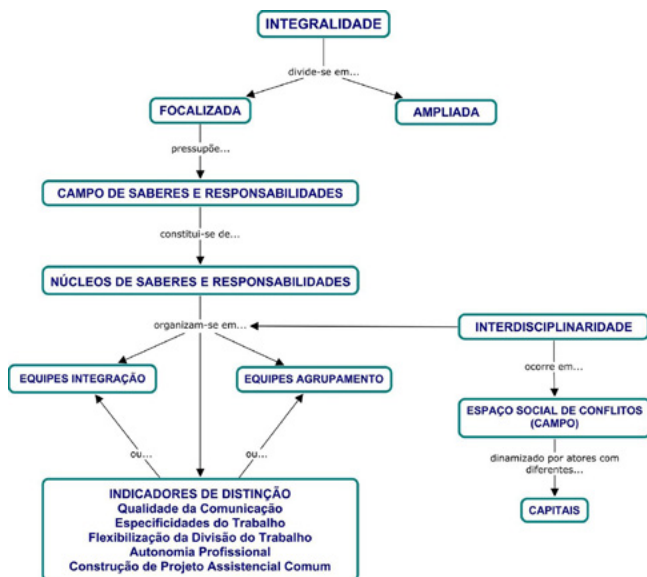
A partir das categorias supracitadas, é possível formular uma série de proposições gerais sobre o trabalho multiprofissional em saúde da família como objeto de pesquisa, conforme segue:

- O trabalho em equipe multiprofissional é uma expressão da integralidade focalizada, onde ocorre a máxima integração dos diferentes núcleos de saberes e responsabilidades num campo comum de atuação.
- Para acontecer a máxima integração de diferentes núcleos de saberes e responsabilidades num campo comum de atuação, é necessário, primeiro, que esteja presente a interdisciplinaridade.
- Para que aconteça uma ação interdisciplinar é necessária a junção de profissionais competentes em suas áreas disciplinares, que dialoguem e articulem saberes com os objetivos comuns de apreensão do processo saúde-doença.
- A conformação da ação interdisciplinar dentro de uma equipe de saúde da família é atravessada por relações de poder, mediadas pela estrutura do campo da saúde Vis-à-vis o campo do poder e pelo capital dos diferentes atores no campo.

- A manifestação material da ação interdisciplinar é a existência de projeto assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade.
- A partir dessas proposições teóricas, é possível formular uma série de indicadores de análise do trabalho multiprofissional em saúde da família, conforme segue:
- O trabalho em uma equipe de saúde deve ser baseado na articulação das ações, na interação dos agentes e na flexibilização da divisão do trabalho.
- Em uma equipe bem integrada, se exerce a autonomia profissional, levando em consideração a interdependência das diversas áreas profissionais.
- No trabalho em equipe deve prevalecer a dinâmica entre trabalho e interação no dia a dia da equipe mediada por processos comunicacionais efetivos.
- O trabalho em equipe busca obter impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.
- O efetivo trabalho em equipe enseja um projeto assistencial previamente definido pelos membros da equipe em livre discussão.

Baseado nas categorias teóricas extraídas da literatura, nas proposições teóricas e nos indicadores, construiu-se um modelo teórico para estudo do trabalho em equipe multiprofissional que se constituirá em grade de leitura da realidade que é escopo dessa investigação (**Figura 1**).

Figura 1 – Modelo teórico de análise do trabalho multiprofissional adotado neste trabalho.



Fonte: Elaboração própria, 2020.

Percepção dos gestores sobre o processo de trabalho em equipe: resultados e discussão dos dados da pesquisa

Quando perguntados sobre o que entendiam sobre trabalho em equipe, os gerentes demonstraram conhecer a maioria dos preceitos de um trabalho em equipe, tais como trabalhar com o outro, respeitar os saberes, corresponsabilidade, busca de objetivo comum. No entanto, parecem confundir o trabalho em equipe com simplesmente trabalhar junto ou ajudar o outro. As falas abaixo retratam isso:

Trabalhar em equipe, como o próprio nome diz, é trabalhar com o outro, interagindo com o outro profissional, da mesma categoria ou não.

É respeitar os saberes, a cultura de cada um, dentro dessa equipe [...]. Que cada um se sinta responsável pelo outro sem que haja conflitos.

Eu acho que é buscar um objetivo comum para a equipe toda.

Cada um coloca sua contribuição ali, eu vou colocar o que eu sei, o que eu aprendi, o outro vai colocar o que ele sabe, cada um com seu potencial, aí junta tudo em busca de um objetivo comum.

É unir todos os esforços de todos os profissionais, como se fosse uma família.

Trabalhar em equipe tem que ter uma organização, o grupo tem que ser unido.

De fato, um tema que chamou atenção durante a análise do grupo focal foi o emprego recorrente do termo ajudar. Em todas as perguntas pelo menos um participante fazia referência a tal termo. Isso pode revelar que para eles o trabalho em equipe se resume em ajuda mútua e não na articulação e integração em busca de um plano assistencial comum, já que somente ajudar o outro pode não significar um compromisso com a atenção integral da comunidade.

Quando questionados sobre a divisão de tarefas e responsabilidades dentro da equipe, colocaram que todos têm suas atri-

buições, que um não pode fazer o que é do outro, pois existem tarefas exclusivas de cada categoria, mas que todos se ajudam. Relataram a necessidade da existência de um “comandante” dentro do CSF para que todos cumpram com suas atribuições. Reconhecem que todos os membros da equipe têm as suas atribuições e falam de que existe a hora de trabalhar integrados, em equipe. Para eles, há consenso de que o que é de um o outro não pode fazer. Podemos observar melhor esse tema nas falas abaixo: Cada um conhece o seu fazer [...], cada um já sabe na primeira hora qual é o papel dele: durante o acolhimento, durante os procedimentos [...], normalmente não tem choque de atividades.

Todo mundo sabe suas atribuições. Normalmente podem se ajudar, mas essas atribuições são muito específicas de cada categoria.

Dentro da Estratégia Saúde da Família essas atribuições são muito bem definidas, muito claras. O fazer de cada profissional é muito determinado. [...] eu não posso drenar um abscesso porque esse é o fazer do médico, um auxiliar não pode fazer um pré-natal porque esse é um fazer do enfermeiro. A gente acaba ajudando por dificuldades que vão surgindo no cotidiano.

Embora tenha essas atribuições, a unidade tem tipo um comandante, que no caso são os gerentes. [...] que está ali para ajudar na resolução dos problemas, vai estar ali comandando, orientando as atribuições.

O meu termina quando começa o seu. Eu não posso fazer o auxiliar de serviços gerais de médico e assim sucessivamente [...]. Mas existe o apoio, o serviço geral tem sua função, mas não significa que o vigia não possa ajudar.

As intervenções acima sugerem a ideia de como é difícil para o gerente/coordenador de uma equipe lidar com a interfa-

ce do trabalho dos profissionais, reconhecendo-se que ele é um elemento crucial para o bom desempenho do trabalho da equipe, caso assuma a função de “comandante”. Pode-se dizer que as áreas de competência de cada profissional são claras na grande maioria dos procedimentos e que não há disputa em torno dessas. Entretanto, há áreas de competências que são comuns a várias profissões, algumas que são complementares e algumas que são de difícil especificação. Tudo isso torna a autonomia dos profissionais um ponto crucial da polêmica do trabalho em equipe (FIGUEIREDO, 2012).

Referindo-se ao nosso modelo teórico, podemos dizer que o setor saúde seria o grande campo de saberes e responsabilidades constituído por vários núcleos de saberes e responsabilidades, no caso as categorias profissionais que fazem parte da equipe (CAMPOS, 1997). Nesse ponto também se evidencia outro indicador de distinção: as especificidades do trabalho, ou seja, em uma equipe integração cada um tem seu papel definido, mas todos estão juntos e integrados em busca de um objetivo comum a toda equipe, assim como no sentido do trabalho em equipe que é promover a saúde integral das pessoas e da comunidade.

As falas acima podem sugerir que o trabalho no âmbito da ESF ainda está centrado em uma lógica multiprofissional fragmentada, com integração ainda incipiente dos núcleos de saberes e responsabilidades, aproximando-se, neste item, de uma concepção de ‘equipe agrupamento’.

Com base nisso percebemos que há pouca colaboração

entre os profissionais. Essa colaboração ocorre quando dois ou mais profissionais de saúde atuam de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementariedade dos atos em saúde. Essa compreensão expõe a necessidade de horizontalizar relações, questionando a histórica hierarquia entre os profissionais e entre esses e os usuários. A colaboração implica, necessariamente, em (re)situar os usuários e suas necessidades de saúde na centralidade do processo (COSTA, 2017).

Em seu documento intitulado Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, a OMS coloca que para que haja verdadeiramente uma colaboração entre os profissionais de saúde devem em primeiro lugar ter oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si. Essa educação interprofissional é essencial para o desenvolvimento de uma força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, na qual os funcionários trabalham juntos para prestar serviços abrangentes em uma ampla gama de locais de assistência de saúde (OMS, 2010).

Como podemos ler a seguir, um ponto muito importante levantado por uma gerente foi a existência do rodízio de tarefas: “Eu procuro realizar, que ninguém falou aqui, o rodízio. Como eu só tenho duas auxiliares, eu procuro fazer rodízio entre essas duas. A gente tem que ter jogo de cintura”.

Aqui, torna-se evidente um dos indicadores de distinção entre ‘equipe agrupamento’ e ‘equipe integração’: a flexibilização da divisão do trabalho. Isso deveria fortalecer a co-gestão, a divi-

são das responsabilidades, já que numa ‘equipe integração’ busca-se descentralizar a tomada de decisão na equipe, com o intuito de favorecer o compartilhamento de decisões sobre questões relacionadas à dinâmica do trabalho (PEDUZZI, 2018). No entanto, o rodízio de tarefas, que poderia ser um indicador sugestivo de uma aproximação da realidade pesquisada à ‘equipe integração’, parece ser utilizado apenas como subsídio para driblar o reduzido número de profissionais, traduzindo mais uma insuficiência de trabalhadores do que um efetivo trabalho em equipe integrado.

Partindo para a questão do relacionamento dentro da equipe, os participantes do grupo focal expuseram que sempre existem conflitos e que muitas vezes estes ocorrem dentro das próprias categorias profissionais. Aqueles gerentes que estão há mais tempo nas equipes colocam que, como muito esforço, conseguiram transformar a equipe em que trabalham em uma “equipe fortalecida e que pode ser chamada de equipe”. Segundo eles, todos têm seus problemas pessoais o que facilita a ocorrência de conflitos, mas que é preciso ouvir o outro e ter senso de justiça. Vejamos nas palavras dos próprios gerentes:

Tem muitos conflitos, principalmente dentro da mesma categoria. Mas no final a gente se entende.

Eu, que trabalho com cerca de 70 e poucos funcionários, é humanamente impossível eu lhe dizer que toda hora que você chegar nós vamos estar em harmonia, mas se você fizer uma olhada generalizada pra equipe, eu posso dizer que a minha equipe é muito fortale-

cida, muito unida, que eu posso até chamar ela de equipe.

Para Simmel (1983), o conflito tem uma importância sociológica, pois já é uma forma de socialização, na medida em que cria uma unida de por meio da interação entre os oponentes. No seu desenrolar, as senvolvemregrasdecondutaeformasdeexpressãodeseusinteresses divergentes, instituindo a socialização do conflito e a medida ou limite da violência, ou seja, o campo do próprio embate. Neste sentido, o conflito contribui para a ordenação social, para a determinação de normas e regras comuns aos partidos em disputa, a partir das ideias compartilhadas de justiça, respeito mútuo e espírito esportivo.

O papel do conflito na realidade pesquisada parece não ter esse sentido de oportunidade para crescimento coletivo. E mais: pode sugerir problemas de comunicação interpessoal que aproximariam a realidade pesquisada de uma ‘equipe agrupamento’. As intervenções dos participantes sugerem que o conflito decorre de circunstâncias pessoais, e que devem ser resolvidos do ponto de vista do gerenciamento de pessoas, e não do ponto de vista de uma problematização da dinâmica do trabalho, capaz de gerar práticas reflexivas para uma nova ordenação social e para uma remodelação normativa e ética da construção coletiva da saúde da família como campo de saberes e responsabilidades.

Para fechar o grupo focal, os participantes foram questionados sobre a integração da equipe. Diante desse questionamento, citaram, de acordo com a fala descrita abaixo, que se sentir supe-

rior e/ou inferior é inerente ao ser humano, mas que dentro das suas equipes sempre buscavam cultivar o companheirismo e a integração da melhor forma possível. Se não houver interação entre os profissionais das equipes de Saúde da Família, corre-se o risco de repetir a prática fragmentada, desumana e centrada no enfoque biológico individual com diferente valoração social dos diversos trabalhos (ARANTES *et al.*, 2016). Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de *status* de algumas profissões sobre outras.

Essa questão do você sentir mais e menos é inerente do ser humano. Tem horas que as agentes de saúde dizem: é só porque a gente é agente de saúde. A enfermeira diz: é só porque foi o doutor. A auxiliar vai e diz: é só porque ela é enfermeira, se fosse com o auxiliar não era assim. Então essa história de eu me ver sempre com a coitadinha é inerente do ser humano, ele acaba buscando alguma coisa pra se justifica.

Então, se poderia dizer que uma equipe de saúde da família seria um espaço social, ou seja, um campo tal como definido por Bourdieu (1983) onde estariam presentes as lutas simbólicas, sendo as individualidades dos agentes mais um dos princípios de divisão. De outra maneira, Diniz (2001) relaciona a posição privilegiada assumida por determinados profissionais aos saberes especializados que dominam. Contudo, acredita que fatores que transcendem o meio social são capazes de construir a base de

formação dos indivíduos e de contribuir para uma estrutura de desigualdades.

Os participantes colocaram que tentam inculcar nos profissionais que o que é para um é para todos, mas ao mesmo tempo ressaltam que existe uma maior flexibilidade com relação aos médicos, já que existe carência deste profissional no município. Essa maior flexibilidade acaba gerando um grande conflito entre as demais categorias e os médicos. Os discursos abaixo retratam isso:

A gente tenta normatizar as coisas, o que vale pra um, vale pra todos. Falta é falta, quem não quiser levar falta e descontar no salário traga o atestado [...] preto é preto pra todo mundo.

Onde existe hierarquia existe esse sentimento de proteção. Ah, você está protegendo o médico, eu digo: olha não é proteção, mas na altura do campeonato que a gente vivencia, às vezes o bom senso tem que falar mais alto. A questão: porque o médico chega às 8:00, porque eu, auxiliar de enfermagem sou obrigada a chegar às 7:00. bom o horário é pra todos, mas, porém, precisamos entender uma coisa: o auxiliar de enfermagem tem que iniciar as atividades dele o mais rápido possível pra quem vai para o atendimento com o médico já estar prontinho.

‘Existe realmente uma flexibilidade maior em cima de algumas categorias, vou até citar os médicos. Pela falta de médicos, pela carência de médicos no serviço, tem sim uma flexibilidade. Então ele falta, sai mais

cedo, na sexta-feira vai só de manhã, chega 8:00 [...], mas atende até o horário que tiver pacientes, mas existe sim essa flexibilidade maior. [...] É um desafio grande para a gente como gerente justificar isso pra equipe [...], mas a gente tenta levar isso da melhor forma possível.

Com base nos relatos e observando o nosso modelo teórico, encontramos nesse momento referência ao capital simbólico, cultural e social adquirido pelos médicos dentro das equipes. É compreensível, dentro das características contraditórias do ser humano, que o aumento do número de profissões agregadas à ESF e a tentativa de fazer valer o trabalho em equipe tenha causado controvérsia, competição e disputa por espaço e poder (OLIVEIRA *et al.*, 2011). E o capital acumulado pelos médicos dentro do campo da Saúde da Família pode representar um importante fator a ser considerado na conformação do trabalho em equipe multiprofissional, dificultando a aproximação do mesmo da lógica da ‘equipe integração’.

Não obstante, como podemos observar nas falas abaixo, um fator novo pode ter um impacto significativo no campo da Saúde da Família, no sentido de aproximar o trabalho em equipe multiprofissional da lógica da ‘equipe integração’. Nesse sentido, os participantes reforçam a importância da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Segundo eles a inserção dos residentes melhorou o trabalho em equipe no que diz respeito, principalmente, às relações interpessoais.

Eu trabalho numa unidade muito grande e com conflitos diários. Todo dia a gente tem

que apagar um foguinho [...], mas em contrapartida veio a equipe multiprofissional com profissionais que trabalham isso muito bem. O psicólogo, o assistente social tem essa facilidade. Nas nossas rodas é um pedido que eu faço constantemente para o grupo: estar trabalhando as relações interpessoais, fazendo com que as pessoas despertem nelas essa harmonia, essa questão do profissionalismo e os meninos têm trabalhado muito isso.

Com os residentes melhorou muito, porque quando um agente de saúde chegava pra mim com a queixa de um colega, já procurava na próxima roda passar para o residente e era feita uma dinâmica e foi diminuindo os conflitos.

Mais uma vez retornando ao modelo teórico, identificamos aqui algo que poderia caracterizar as equipes como integração, pois se percebe que inserção da RMSF melhorou a qualidade da comunicação entre os membros das equipes onde os residentes atuam, apesar de ainda haver muitos desentendimentos.

Considerações finais

No contexto da ESF, o trabalho em equipe ganha uma nova dimensão. Há a divisão das responsabilidades entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da atenção à saúde. A concepção integral do cuidado favorece uma ação interdisciplinar das práticas e a valorização dos diversos saberes contribui para uma abordagem mais ampla e resolutiva. Nesse ponto de vista, a responsabilidade

pelo cuidado deixa de ser centrada na figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico e passa a ser dividida entre os membros da equipe.

O diálogo assume grande importância na busca pelo consenso e se constitui como um elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação (ARAÚJO, 2007).

O trabalho em saúde é fundamentado na interrelação pessoal onde os conflitos estão presentes no dia a dia da equipe. No entanto, a mudança nessas relações de trabalho não se dará de modo rápido, pois os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, principalmente da categoria médica sobre as demais (ARAÚJO, 2007).

Esse aspecto reforça que não se trata apenas de juntar atores de diferentes profissões em um mesmo espaço. É um aprendizado que precisa ser interativo para o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais de diferentes categorias (COSTA, 2017).

Baseado nos objetivos dessa pesquisa e nas falas dos gerentes que participaram do grupo focal, podemos dizer que há, no nível gerencial da ESF do cenário pesquisado, a percepção de que o trabalho em equipe multiprofissional ali realizado aproxima-se da lógica de ‘equipe agrupamento’, ou seja, como uma justaposição de tarefas e um agrupamento de agentes.

É muito importante também ressaltarmos que a colabora-

ção interprofissional que incorpora esses princípios pode melhorar os resultados dos pacientes e a eficácia de custos do atendimento em uma variedade de ambientes, desde atendimento primário até atendimento hospitalar agudo e reabilitação (COSTA, 2017).

Com os resultados da pesquisa também podemos perceber que a necessidade de fortalecer o debate entre a educação interprofissional em saúde e as práticas colaborativas com os referenciais já existentes, como forma de pensar essa abordagem em sintonia com a realidade de vida e saúde das pessoas e com a luta histórica por um processo de construção e consolidação do SUS efetivamente integral, equânime, universal e potente no enfrentamento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde de um país com as dimensões do Brasil.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade em saúde coletiva: formação ou subversão (ou um barato?). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 49-52, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde Soc.**, v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez. 2005.

ARANTES, L. J. *et al.* Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um

desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 02, n. 12, p. 455-464, 2007.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Tradução: Jeni Vaitsman. Rio de Janeiro: Marco Zero Limitada, 1983.

BOURDIEU, P. **Escritos de Educação**. Maria Alice Nogueira e Afrânio Catani (Orgs.). Petrópolis: Vozes, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **MS abre consulta pública para Carteira de Serviços da Atenção Primária**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45687-ms-abre-consulta-publica-para-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria>. Acesso em: 29 ago. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 1997.

CARDOSO, J. M.; ROCHA, R. L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1871-1879, 2018.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre:

Rede UNIDA, 2017.

DINIZ, M. **Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais.** Rio de Janeiro: Revan, 2001. 192 p.

FIGUEIREDO, V. L. **Trabalho em equipe: um desafio para a equipe de saúde família.** Monografia (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 42-64, 1994.

OLIVEIRA, H. M. *et al.* Power relations in a Family Health multidisciplinary team according to an Arendtian theoretical model. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 15, n. 37, p. 539-50, abr./jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa.** Genebra: OMS, 2010.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 01, p. 53-61, 2006.

SIMMEL, G. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 2, p. 443-453, 2007.

Auditoria e o Sistema Único de Saúde: Revisão Integrativa

Anna Paula Prado Pontes Moura e Silva

Isabelle Cerqueira Sousa

Ana Maria Fontenelle Catrib

Introdução

O termo auditoria origina-se do latim *audire*, que significa ouvir. É difícil precisar com exatidão a história do início da auditoria, que teve como raiz a área contábil para a verificação da veracidade dos dados econômico-financeiros apresentados. Atualmente, a auditoria está difundida e empregada no mercado de trabalho. Esse movimento é um fenômeno mundial e constitui um dos processos de gestão de serviços (CASTRO; RODRIGUES, 2019).

Uma das ferramentas de qualidade mais eficientes para monitorar um sistema de gestão é a auditoria, pois, quando bem aplicada, diagnostica não conformidades no serviço avaliado, sendo executada por profissionais capacitados que apresentam, além do conhecimento técnico-científico, atributos pessoais como imparcialidade, prudência e diplomacia, por meio de pareceres embasados por leis, portarias e resoluções. Com isso, a auditoria é utilizada para a melhoria da qualidade da gestão e responsabilização da política, sendo também caracterizada como

um compromisso social, e não apenas o cumprimento formal do arcabouço legal ou a reafirmação do poder do Estado (SANTOS; ESLABÃO, 2019).

Na área da saúde, a auditoria vem sendo utilizada como ferramenta de gestão há mais de 50 anos. Esta é uma análise sistemática e formal das atividades e é realizada por um profissional que não esteja diretamente envolvido no fazer, com o objetivo de assegurar a conformidade, a qualidade e o controle dos processos (OLIVEIRA; PEDRONI, 2015).

Mediante a preocupação com a qualidade, nas últimas décadas, vários países estão mobilizados na implementação de programas que certifiquem a qualidade nas instituições de saúde. Há alguns anos no Brasil que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui instrumentos oficiais para avaliar a performance dos serviços de saúde, visando garantir o cumprimento e verificação de parâmetros de cuidado relacionadas ao acesso aos serviços, a universalização da assistência, a qualidade dos serviços e controle social (QUEVEDO; LEAL, 2019).

No Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, o que coloca o SUS como referência internacional, pela sua dimensão, abrangência, gratuidade e demais aspectos que o diferenciam dos sistemas de saúde de outros países. Assim, auditá-lo é uma tarefa desafiadora, que necessita de renovação das práticas, procedimentos e métodos, até mesmo porque o SUS envolve além dos cuidados com a saúde da população, a proteção e prevenção, ou seja, um público que necessita de um olhar diferenciado da auditoria, como proteção dos direitos humanos e sociais, garantidos

na Constituição Federal (LIMA; ANGELO; DEMARCHI, 2013).

Nesse sentido, foi instituído o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) como um mecanismo de controle técnico e financeiro, sob competência do SUS e em cooperação com os Estados, Distrito Federal e Municípios. A atividade de controle, auditoria, é exercida pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), somada às atividades de supervisão e de monitoramento próprias da gestão (BRASIL, 2017).

A regulamentação da auditoria em saúde tem buscado fortalecer o processo de implantação e manutenção do SUS, além de assumir a função de proporcionar a consolidação do SUS como política de Estado. Destaca-se, assim, o seu papel social ao controlar as ações e serviços de saúde e identificar as causas da não-resolução das necessidades e dos problemas dessa política de maneira a preveni-los ou sugerir transformações necessárias (AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018).

Assim, a auditoria no SUS tem papel relevante, já que possibilita o apoio à gestão por meio do levantamento de necessidades, identificação das distorções, irregularidades e não conformidades em relação à base normativa, elaboração de recomendações e identificação dos destinatários para a correção ou adequação de cada um dos pontos verificados (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Cabe aos auditores em saúde buscar sempre agilidade de intervenção no processo, a identificação de prioridades e a organização de sistema de saúde, pela lógica da necessidade da população e não do prestador do serviço, sendo um sistema de controle

que informa a administração sobre a eficiência dos programas em desenvolvimento. Não lhe compete apenas indicar os problemas e as falhas, mas também apontar sugestões e soluções, assumindo, dessa maneira, um caráter educador (SANTOS; ESLABÃO, 2019).

As avaliações dos serviços de saúde estão alicerçadas em três pilares: estrutura (planta física, equipamentos, recursos humanos, normas e rotinas); processos (utilização de recursos tanto no aspecto quantitativo como qualitativo) e resultados (consequência das atividades desenvolvidas nas instituições de saúde). A qualidade de um serviço é mensurada através de vários aspectos, que vão desde a formação do profissional e a qualidade dos registros na assistência, até a melhoria das condições de vida do cliente ou do restabelecimento de sua saúde, quando possível (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

Nesse intuito, o controle faz parte desse sistema em que tudo está interligado, ou seja, ação e reação, permitindo ao gestor conhecer melhor os resultados do seu planejamento e das suas ações, readequar e rever inclusive os seus objetivos, quando for o caso. Um controle forte e atuante permite ao gestor não só conhecer a sua realidade como também prestar contas aos órgãos de controle e à população, demonstrando transparência e boas práticas na gestão (BRANDÃO; SILVA, 2015).

Portanto, fica evidente a necessidade de fortalecer a auditoria enquanto ferramenta para consolidação e qualificação do SUS. Com isso, verificou-se a importância de fazer novas pesquisas na área, uma vez que, depois da implantação do sistema

de auditoria, constataram-se vários avanços, mas também muitos desafios no controle da administração pública.

Diante desse contexto e da carência de estudos abordando a temática surgiu à questão norteadora: Qual a produção científica referente a Auditoria e o Sistema Único de Saúde? Nessa perspectiva, este trabalho objetivou investigar a produção científica referente a auditoria e o SUS, partindo do pressuposto que é um instrumento administrativo confiável e essencial para os gestores no desenvolvimento das ações de saúde.

Método

Foi realizada uma revisão integrativa, método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado (SOARES *et al.*, 2014).

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas e categorização; avaliação; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

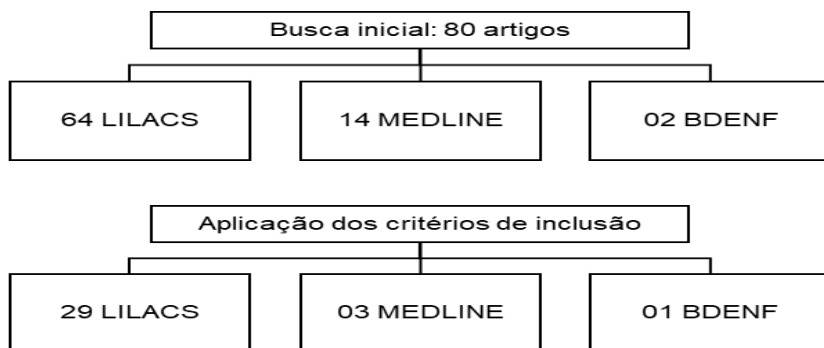
As buscas foram realizadas no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Biblioteca J. Baeta Vianna, do Campus da Saúde/UFMG (BDENF), por meio da utilização de forma associada dos descritores: Auditoria Ad-

ministrativa e Sistema Único de Saúde. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos científicos que abordassem a temática com o texto disponibilizado na íntegra; divulgados em português, inglês e espanhol; e publicados no período compreendido entre 2009 e 2019. Foram excluídos: resumos de anais de congressos, monografias, dissertações, teses, blogs, materiais jornalísticos, blogs, sites e redes sociais.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2019. Para a caracterização dos estudos selecionados as seguintes informações foram extraídas e categorizadas em um quadro constando: título, periódico, ano de publicação, objetivo e método empregado.

Na busca inicial foram encontrados 80 artigos, destes, 64 eram da LILACS, 14 da MEDLINE e 02 da BDENF. Após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram 33 artigos. Foram excluídos estudos em duplicidade, em idiomas distintos dos definidos na metodologia e aqueles que, conforme percebido através do título ou após leitura do resumo, não atendiam ao tema proposto. Dos 11 artigos lidos na íntegra, 08 responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos para a revisão.



Fonte: Elaboração própria, 2019.

A escassa literatura abrangendo a temática é um ponto relevante a ser considerado. Dentre os artigos selecionados, observou-se um predomínio de estudos qualitativos (04), seguidos por estudos de revisão da literatura (03) e quantitativo (01).

Os resultados dos artigos escolhidos foram analisados criteriosamente, as informações extraídas foram separadas por categorias, construindo-se os grupos temáticos e analisadas de forma descritiva.

Resultados e discussão

A escassa literatura abrangendo a temática é um ponto relevante a ser considerado. Dentre os artigos selecionados, observou-se um predomínio de estudos qualitativos (04), seguidos por estudos de revisão da literatura (03) e quantitativo (01).

No que concerne aos objetivos, ficou evidente uma concentração de artigos que buscou analisar a auditoria no SUS e a

sua importância como ferramenta para a gestão dos serviços de saúde.

Com relação aos periódicos, 07 foram publicados em revistas da área de saúde e apenas 01 na área da administração. No que diz respeito ao ano, observou-se que as pesquisas foram divulgadas de 2010 a 2019, com ênfase para o ano de 2013, no qual teve 03 publicações. Os dados do Quadro 1 resumem as informações dos estudos analisados.

Quadro 1 – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, periódico, ano de publicação e objetivo.

Título	Periódico	Ano	Objetivo
Práticas de Auditoria no Sistema Único de Saúde	Cuidado é fundamental	2019	Analisar as práticas de auditoria no Sistema Único de Saúde
Avaliação da importância da auditoria na atenção primária à saúde	Revista do Centro Universitário Newton Paiva	2015	Descrever a importância da auditoria como ferramenta para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde
Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde	Saúde Debate	2014	Caracterizar as pesquisas produzidas sobre auditoria no SUS
Auditoria em fisioterapia no Sistema Único de Saúde: proposta de um protocolo específico	Fisioterapia e Movimento	2013	Propor um modelo de protocolo específico de auditoria fisioterapêutica para os serviços públicos de fisioterapia
Auditoria de qualidade: melhoria dos processos em um hospital público	Administração e Saúde	2013	Realizar uma análise coesa nos diversos setores auditados, tendo como norteador o instrumento de auditoria interna

Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico	Saúde e Sociedade	2013	Analisar as atividades da auditoria no Sistema Único de Saúde no serviço de saúde bucal
A auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS	Revista Baiana de Saúde Pública	2012	Compreender o funcionamento do processo de auditoria nos três níveis de gestão, além de entender o papel do enfermeiro auditor
Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil	Revista Panamericana de Salud Publica	2010	Refletir sobre a responsabilização do controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Diante desses achados, foram definidas duas categorias temáticas a serem exploradas na presente revisão integrativa: *Auditoria no SUS e seus avanços*; *Desafios da Auditoria no SUS*.

Auditoria no SUS e seus avanços

O princípio da auditoria na área da saúde focalizou na avaliação da qualidade assistencial prestada ao paciente, uma vez que este é essencial para a prática dos profissionais dessa área e, daquele período até os dias atuais, a auditoria em saúde evoluiu muito e há um grande número de hospitais públicos e privados que possuem serviços de auditoria (GARCIA; FERREIRA; SILVA, 2018).

Já em relação à saúde pública do Brasil, Cartaxo e Machado (2015) afirmam que na literatura não se tem registro do início

da auditoria, mas que há evidências da sua utilização pelo extinto Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social (Inamps). Por outro lado, há registros de atividades de auditoria no Brasil na década de 70, no então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), realizadas pelos supervisores, por meio de apurações em prontuários de pacientes e em contas hospitalares. À época, não havia auditorias diretas em hospitais.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, foi um marco histórico da saúde pública no Brasil, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), adotando as diretrizes de universalização e equidade no acesso aos serviços, integralidade dos cuidados, regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, descentralização das ações de saúde, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos, antecedendo o SUS (ALELUIA; SANTOS, 2013).

No decorrer da história foi implementado o SUS, no qual a auditoria fica a cargo do SNA que foi criado em 1993 pela Lei n.º 8.689 e regulamentado pelo Decreto n.º 1.651, de 1995. O SNA atua de forma descentralizada, conforme preconiza o referido Decreto e possui entes em cada unidade federativa do Brasil. O Sistema é coordenado pelo DENASUS, órgão que compõe a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (SGEP), do Ministério da Saúde. Além disso, o Sistema é representado, na esfera federal, pelo DENASUS e pelas Seções

de Auditoria, as quais se localizam em cada estado da Federação (BRASIL, 1995).

A auditoria é um instrumento que visa o fortalecimento do SUS, a fim de promover a garantia do acesso, qualidade da atenção e recursos adequados e alocados devidamente. No SUS as práticas de auditoria são definidas pelo SNA, que classifica as ações de acordo com as atividades a serem executadas, desenvolvendo-as em diferentes níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individualizado e o trabalho em equipe, até os níveis de sistemas municipais, estaduais e nacionais de saúde. As auditorias no SUS são classificadas segundo os seguintes aspectos: definição do foco, periodicidade da realização, composição das equipes de auditoria e execução (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Verificou-se nos estudos selecionados que os avanços nas práticas de auditoria no SUS foram: a autonomia e capacidade de criação de instrumentos locais com intuito de padronizar auditorias internas em instituições públicas de saúde, o desenvolvimento de processos de auditoria na Atenção Primária a Saúde (APS) e a criação do Sistema de Informação em Auditoria (SISAUD) (LIMA; ANGELO; DEMARCHI, 2013; OLIVEIRA; PEDRONI, 2015; SANTOS; ESLABÃO, 2019).

A auditoria, se antes era vista como apenas atividade contábil e com ações pontuais nesta vertente, passa a ser verdadeiramente tratada como uma das alternativas de controle do SUS com foco principal na qualidade de serviço (SILVA, 2014). A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou

a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (MATOS, 2015).

Em uma pesquisa realizada em hospital público de grande porte na cidade de São Paulo, retratou a experiência da construção interna de um instrumento de auditoria, considerado um avanço nas práticas de auditoria do SUS. A iniciativa pela elaboração do instrumento foi motivada pela escassez de publicações referentes a utilização de modelos dirigidos para a realização de auditorias internas nas instituições de saúde (LIMA; ANGELO; DEMAR-CHI, 2013).

Santos e Eslabão (2019) demonstraram em seu artigo que a auditoria interna constitui uma importante ferramenta na gestão e melhoria contínua dos processos, sendo um direcionador dos pontos que devem ser observados em auditoria, de forma que não seja um limitador do processo. Esse instrumento deve ser dinâmico e passível de ajustes e transformações de acordo com a necessidade institucional ou setorial.

Outro ponto a ser considerado que foi destacado no estudo de Santos *et al.* (2012), foi a atuação dos gestores, que constantemente buscaram junto as suas equipes a correção de itens necessários. Além disso, o papel dos auditores internos foram: checagem do cumprimento das normas institucionais e legislativas e, sobretudo, desenvolveram um papel fundamental de educador e facilitador no processo de aprendizagem, levando à reflexão sobre os processos e resultados institucionais.

Os avanços nas práticas de auditoria também são visuali-

zados a partir do momento que essa prática vai além do âmbito hospitalar. A auditoria na área da saúde teve origens nas instituições hospitalares, o que proporcionou um arcabouço teórico mais consolidado nesse campo. Entretanto, já é notório uma maior visibilidade da auditoria na APS, principalmente, após a criação das Estratégias Saúde da Família, que trouxe consigo importante impacto nos mecanismos de gestão de saúde no Brasil, especialmente sob os princípios organizativos do SUS, de universalidade, descentralização, integralidade e controle social (ALELUIA; SANTOS, 2013).

Segundo Oliveira e Pedroni (2015) na APS deve haver auditorias visando à avaliação das ações prestadas, e essa tarefa ainda deve ser melhor estruturada, uma vez que, a APS está contida em um sistema complexo com a responsabilidade de ser a porta de entrada na rede de saúde, de construir o vínculo com as famílias e prestar a continuidade ao cuidado.

A auditoria na APS é considerada uma importante ferramenta para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação das ações como forma de garantir um atendimento de qualidade aos usuários, fortalecendo assim ações de promoção, prevenção e assistência em todos os níveis do SUS (TAJRA *et al.*, 2014).

Ainda em relação aos avanços, também foi reconhecido o SISAUD, enquanto ferramenta que trouxe mudanças positivas para a auditoria do SUS, como a padronização dos relatórios, facilitando o entendimento do auditado, a realização de análises das auditorias, o gerenciamento das atividades e o estabelecimento de metas e prazos. Apesar de ser pequeno o número de municí-

pios que possuem auditoria do SUS implantada, há um avanço no que diz respeito à evidência das contribuições trazidas pelas auditorias realizadas, bem como há uma melhoria da qualidade da gestão do SUS, fatos estes associados a uma auditoria educativa e o uso dos relatórios de auditoria (SANTOS; ESLABÃO, 2019; BRANDÃO; SILVA, 2015).

Assim, os elementos que constituem as práticas de avanços na auditoria contribuem para qualificar o SUS e precisam ser constantemente analisadas buscando seu aperfeiçoamento e melhor forma de utilização pelos estados e municípios. Portanto, reconhecer os avanços no processo de auditoria no setor público de saúde é fundamental e pode contribuir para a reflexão na medida que se problematiza o que pode ser melhorado e modificado a partir do caminho que já está sendo construído (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

Desafios da auditoria no SUS

Pode-se observar que os desafios para fortalecimento das práticas de auditoria no SUS apontados pelos estudos analisados na presente revisão integrativa envolvem: a qualificação das ferramentas elaboradas pelo DENASUS, as dificuldades de articulação entre os componentes nacional, estadual, municipal e federal, e a necessidade de avanços vislumbrando uma auditoria por resultados (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013; OLIVEIRA; PEDRONI, 2015; ARAÚJO, 2010).

Ayach, Moimaz e Garbin (2013) ressaltam em seu estudo para a importância das ferramentas elaboradas pelo DENASUS para auditoria. No entanto, destacam os limites da elaboração dessa ferramenta quando se propõem a avaliar apenas determinados componentes de um protocolo. Com essa configuração, corre-se o risco de se ter uma ideia parcial e equivocada de como se encontra essa política em sua totalidade. Portanto, todos os contemplados devem ser contemplados, dando uma ideia mais abrangente e fidedigna de como a política se encontra.

Outro ponto que precisa de atenção no processo de auditoria é a articulação entre os componentes nacional, estadual, municipal e federal. O processo de descentralização do SUS trouxe avanços no SNA, no qual foi estabelecido um arcabouço jurídico organizacional definindo que as ações de auditoria devem ser descentralizadas e realizadas pelos três componentes de forma integrada.

Entretanto, observa-se que apesar de haver espaços de integração entre os três componentes de auditoria, esta não se realiza de forma efetiva, no sentido de contribuir para a melhoria do desempenho do sistema de saúde, enquanto uma ação de gestão, e não apenas como atividade prevista na legislação do SUS (OLIVEIRA; PEDRONI, 2015).

A pesquisa de Araújo (2010) também trouxe questões importantes que fazem refletir sobre a necessidade de superar os desafios na auditoria, entre eles o fortalecimento da modalidade de auditoria por resultados para o SNA. Atualmente as auditorias não abordam por completo todas as características necessárias

para uma auditoria por resultados, que deve aprofundar mais nos aspectos da efetividade, para verificar resultados envolvendo tanto o aspecto do cumprimento de metas, quanto o impacto gerado na população, de forma a mudar positivamente o quadro epidemiológico de saúde local, regional, estadual e/ou nacional.

O papel de uma auditoria por resultados é fazer um diagnóstico da situação de determinada ação ou programa no município ou até mesmo numa determinada região ou estado ou mesmo a nível nacional para identificar os gargalhos na política e permitir ajustes e redirecionamentos em tempo oportuno para que sejam alcançados os resultados esperados (CARTAXO; MACHADO, 2015).

A necessidade de uma auditoria por resultados se justifica desde a identificação de que os municípios não estão conseguindo executar as ações previstas na política, até de que os auditados tentam burlar o programa. Além disso, ocorre em razão da nova gestão pública, que busca a mudança de paradigmas da administração burocrática e legalista e no anseio profissional dos auditores em desenvolver seu trabalho de forma mais ágil, orientada, com o propósito de alcançar resultados tanto no sentido de aprimoramento das políticas do SUS, como de acesso e resolutividade para o usuário e população (SANTOS; ESLABÃO, 2019; QUEVEDO; LEAL, 2019).

Portanto, a auditoria por resultados, é um processo amplo e complexo, que não se limita a simples existência dos instrumentos normativos, envolve uma mudança de paradigma que exige uma construção coletiva com o envolvimento de gestores,

profissionais, e usuários na construção de uma outra forma de olhar para a auditoria, contemplando seu papel político e social (ARAÚJO, 2010; SANTOS *et al.*, 2012).

Considerações finais

O objetivo da presente revisão foi alcançado, revelando que a literatura científica sobre a temática em questão nos mostra que o sistema de auditoria é essencial na avaliação, no controle e na regulação da atenção prestada pelo SUS, constituindo um instrumento administrativo confiável e adequado para os gestores no desenvolvimento de estratégias de saúde. Entretanto, muitos desafios ainda precisam ser superados nas práticas de auditoria do SUS, entre eles a necessidade de qualificar as ferramentas utilizadas pelo DENASUS e melhorar a comunicação entre o componente, estadual, municipal e federal. Tais desafios são complexos e necessitam de recursos, mudanças políticas e participação social.

Por fim, compreende-se que a auditoria no SUS ainda está em construção, necessitando de maiores, estudos, divulgação e aprofundamento, a fim de que traga contribuições tanto para a sociedade como para a comunidade científica.

Destaca-se ainda que o presente estudo tem limitações, pois utiliza descritores específicos e determinadas bases de dados. Portanto, sugere-se novos estudos a fim de contribuir com as informações e reflexões aqui apresentadas.

Referências

ALELUIA, I. R. S.; SANTOS, F. C. Auditoria em fisioterapia no Sistema Único de Saúde: proposta de um protocolo específico. **Fisioterapia e Movimento**, v. 26, n. 4, p. 725-741, set./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n4/a03v26n4.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

ARAÚJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Pan. Salud Publica**, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0210/pdfs/IS30\(2\)044.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0210/pdfs/IS30(2)044.pdf). Acesso em: 11 nov. 2019.

AYACH, C.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 1, p. 237-248, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/21.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

AZEVEDO, G. A.; GONÇALVES, N. S.; SANTOS, D. C. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 70, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/91/130>. Acesso em: 30 out. 2019.

BRANDÃO, A. C. S.; SILVA, J. R. A. A contribuição dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para o processo de auditoria do SUS. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 1, n. 1, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/01/A-contribuicao-dos-sistemas-de-informacao-em-saude-sis-para-o-processo-de-auditoria-do-sus-revista-atualiza-saude-v1-n1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2019.

BRASIL. Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1995. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/17_Decreto_1651.pdf. Acesso em: 29 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios, diretrizes e regra da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde.

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf. Acesso em: 29 out. 2019.

CARTAXO, A. N. S.; MACHADO, M. I. B. S. Auditoria por resultados: uma proposta metodológica. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasília, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvs.br/riipsa/resource/pt/lil-782428>. Acesso em: 30 out. 2019.

CASTRO, A. F.; RODRIGUES, M. C. S. Auditoria de práticas de precauções-padrão e contato em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enferm.*, v. 53, e03508, jan./dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100466. Acesso em: 31 out. 2019.

COUTINHO, B. M.; GURGEL, G. D. G. Auditoria do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso do componente estadual de auditoria de Pernambuco (CEA/SUS/PE). 2014. 37 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29166>. Acesso em: 30 out. 2019.

DIAS, T. C. *et al.* Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 5, p. 931-937, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500020. Acesso em: 29 out. 2019.

ELIAS, J. A. T. Q.; LEITE, M. V.; SILVA, J. M. F. Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma evolução histórica do Sistema Nacional de Auditoria para a qualidade, eficiência e resolutividade na gestão da saúde pública brasileira. **Rev. CGU**, v. 9, n. 14, p. 559-575, 2017. Disponível em: <https://repositorio.cgu.gov.br/handle/1/34428>. Acesso em: 29 out. 2019.

GARCIA, T. T.; FERREIRA, W. F. S.; SILVA, A. Processo de auditoria em enfermagem e suas dimensões na assistência ao paciente: uma revisão sistemática de literatura. **Rev. Ciênc. Des.**, v. 11, n. 1, p. 1-30, 2018. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/709>. Acesso em: 31 out. 2019.

LIMA, E. C.; ANGELO, M. L. B.; DEMARCHI, T. M. Auditoria de qualidade: melhoria dos processos em um hospital público. **Rev. adm. saúde**, v. 15, n. 58, p. 13-18, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xisase=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=704501&indexSearch=ID>. Acesso em: 11 nov. 2019.

MATOS, J. C. **Avaliação da Ferramenta Protocolo n. 22:** Ação Rede Cegonha do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13318>. Acesso em: 29 out. 2019.

OLIVEIRA, F. A.; PEDRONI, L. C. B. R. Avaliação da importância da auditoria na atenção primária à saúde, uma revisão da literatura atual. **Rev. Centro Universitário Newton Paiva**, v. 1, n. 10, p. 64-68, 2015. Disponível em: <http://blog.newtonpaiva.br/pos/e10-enferm-02-avaliacao-da-importancia-da-auditoria-na-atencao-primaria-a-saude-uma-revisao-da-literatura-atual/>. Acesso em: 11 nov. 2019.

PASSOS, M. L. L. *et al.* Auditoria de enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência. **Rev. RENE**, v. 13, n. 5, p. 1025-1033, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4479>. Acesso em: 11 nov. 2019.

QUEVEDO, A. L. A.; LEAL, R. M. Auditoria em saúde e economia da saúde: análise de um estudo de caso. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.**, v. 8, n. 2, p. 44-63, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015751>. Acesso em: 30 out. 2019.

SANTI, P. A. **Introdução à auditoria**. São Paulo: Atlas, 1988.

SANTOS, C. A. *et al.* A auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 539-559, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/475/0>. Acesso em: 29 out. 2019.

SANTOS, E. O.; ESLABÃO, A. D. Práticas de Auditoria no Sistema Único de Saúde: Uma Revisão Integrativa. **J. res.: fundam. Care**, v. 11, n. 3, p. 792-800, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-987471>. Acesso em: 29 out. 2019.

SILVA, V. D. **O Sistema Nacional de Auditoria no Sistema Único de Saúde**: um estudo das auditorias realizadas nos serviços de saúde em Recife, no período de 2008 a 2013. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13213>. Acesso em: 29 out. 2019.

SOARES, C. B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342014000200335&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 31 out. 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 31 out. 2019.

TAJRA, F. S. *et al.* Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 157-169, jan./mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000100157&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 nov. 2019.

Avaliação das Competências dos Gerentes dos Centros de Saúde da Família

*Darlaine Kelly Barroso de Sousa
Phalloma Mercia Lima Albuquerque
Marcos Aguiar Ribeiro
Maria do Socorro Melo Carneiro
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior*

Introdução

Competência pode ser definida como a capacidade ou a habilidade para a realização de atividades com atuação em situações diversas. Isso deve ocorrer em um processo mobilizado pelos contextos de inserção profissional, por meio de conhecimentos, atitudes e habilidades (LOWEN *et al.*, 2015).

A gestão por competências ainda é pouco utilizada pelos serviços de saúde, mas vem sendo cada vez mais discutida e se configurando como uma alternativa aos modelos tradicionais de gestão (GIFFORD *et al.*, 2018).

A busca por melhorias na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), continuará provocando mudanças positivas, principalmente no que tange ao acesso aos serviços. Com a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios gradualmente tiveram que se responsabilizar pela atenção à saúde de sua população, exigindo,

para tanto, adaptações nos componentes institucional, gerencial, político e financeiro (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Isso provocou uma necessidade de qualificação dos profissionais para o exercício da função de gestor. Na ESF, por exemplo, são muitos os aspectos a serem considerados, pois além da organização da unidade de saúde, há a necessidade também de voltar-se ao território de forma a buscar o alcance dos princípios do SUS e dos atributos esperados para a APS/ESF.

Neste contexto, a gerência dos serviços de saúde pode tornar-se estratégica na efetivação de políticas. No processo gerencial, a valorização das relações, assim como o envolvimento dos profissionais de saúde e dos usuários como corresponsáveis pelo trabalho em saúde é importante e contrapõe-se aos modelos gerenciais burocratizados, normativos e tradicionais (FOLKMAN; TVEIT; SVERDRUP, 2019).

O processo de trabalho do gerente constitui-se de múltiplos aspectos, envolvendo a organização do serviço de forma a colaborar para o alcance da integralidade da atenção ao usuário. Essa organização e os próprios trabalhadores da unidade são o seu objeto de intervenção, utilizando como instrumentos de trabalho os saberes, técnicas e tecnologias e buscando articular os profissionais para a organização do processo de trabalho em saúde (ROMAGNOLLI; CARVALHO; NUNES, 2014).

Os gerentes, além da necessidade de desenvolver as competências específicas da função, precisam ser capazes de estimular as competências dos membros de sua equipe em consonância com as organizacionais estabelecidas (GIFFORD *et al.*, 2018).

Isso é ainda mais relevante na ESF, visto que a atuação da equipe na perspectiva multi e interdisciplinar é um de seus princípios. Desta forma, o envolvimento dos profissionais no planejamento em saúde deve ser incentivado para que os resultados esperados sejam alcançados. Deve-se compreender também que as características individuais influenciam no perfil profissional que o gestor apresenta, por isso não se propõe um perfil padrão de gerência e sim de competências que se mostram essenciais para a adequada gestão na ESF.

Assim, o estudo das competências gerenciais na ESF se torna de grande importância. E, conforme discutido, a participação dos profissionais que compõem a equipe é estratégica para o bom desempenho dos processos gerenciais em saúde.

Este estudo buscou, portanto, verificar se a equipe de saúde da família considera os gerentes das unidades com as competências necessárias para a função. Propôs-se um instrumento que permite esse olhar, impulsionando os profissionais das equipes refletir sobre as competências gerenciais.

Método

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, realizado nos Centros de Saúde da Família (CSF) localizados na sede do município de Sobral, cidade situada na Mesorregião Noroeste do Estado do Ceará, com área de 2.122,897 km², e uma estimativa populacional de 208.935 mil habitantes para o ano de 2019 conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020).

A APS do município é composta 100% pela ESF, possuindo 37 CSF. Porém, foram escolhidos para o estudo aqueles situados na zona urbana do município, correspondendo a 21 CSF, pelo acesso aos membros de toda a equipe. Uma unidade precisou ser excluída por encontrar-se em transição de gerente na época da coleta de dados. Com isso, o cenário envolveu 20 CSF.

A escolha deu-se pelo município possuir um contexto diferenciado no que concerne à gestão das unidades de saúde da família, já que em cada CSF existe um profissional que exerce a função de gerente da unidade, tornando-se, assim, membro da equipe de saúde da família.

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de diferentes formações que atuam nos CSF, como enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de saúde bucal, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e atendentes de farmácia. A população era composta por 481 profissionais. Adotaram-se como critérios de inclusão profissionais atuantes há mais de 3 meses no referido CSF. Foram excluídos os que estavam de férias, em licença médica ou qualquer outro afastamento no período da coleta de dados. Foram considerados perdas os profissionais que não devolveram os instrumentos após três visitas dos pesquisadores às unidades. Assim, a amostra foi composta por 310 profissionais.

A coleta de dados ocorreu durante o período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018 e foi realizada por meio de um instrumento elaborado com base nas competências esperadas para os gerentes da ESF, apontadas por um estudo local envolvendo a

participação destes profissionais em vários encontros tipo grupo focal (CUNHA, 2016).

Este instrumento foi analisado por cinco profissionais do contexto local, considerados aptos a contribuir para sua qualidade, representando a seguinte composição: dois representantes da gestão que fizessem ou tivessem feito parte do sistema de saúde de Sobral nos últimos cinco anos; um representante docente de ensino superior na área da enfermagem que tenha vivência em gestão em APS ou publicações sobre o assunto; um representante da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, pelo papel exercido por esta instituição na formação dos profissionais que compõem o sistema local de saúde e um gerente da ESF do município. Estes foram identificados por meio do currículo lattes, notável conhecimento no assunto ou atuação na área da pesquisa. Foram abordados via e-mail ou telefone e convidados para compor o grupo de especialistas. Estes aprovaram o conteúdo e aparência do instrumento que foi adotado na pesquisa.

O instrumento é fechado, com respostas tipo *likert*, composto por 19 questionamentos e possui dois eixos. O primeiro aborda as competências relacionadas à dimensão das habilidades e subdivide-se em: gestão, organizacional, planejamento e avaliação, comunicação e social. O segundo eixo envolve as competências relacionadas à dimensão da atitude.

O formulário foi disponibilizado via impresso aos participantes por meio de visitas dos pesquisadores (na ocasião, estudantes de graduação em enfermagem) aos cenários do estudo. A data, horário e local para a resposta ao instrumento foram escolhi-

dos pelo participante, o que garantiu sua privacidade, deixando-o à vontade para que não atrapalhasse sua dinâmica de trabalho, sendo agendado apenas o dia de recebimento do instrumento preenchido. Os resultados foram organizados em planilhas do programa *Microsoft Excel* e apresentados em tabelas contendo as frequências absolutas e relativas para análise descritiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e obedeceu às considerações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Serão apresentados os resultados por meio de tabelas, expressando as frequências absolutas e relativas, bem como as médias dos escores, obtidas a partir das respostas dos 310 profissionais pesquisados. Os resultados foram divididos de acordo com as dimensões gerenciais voltadas às habilidades e atitudes presentes no instrumento de avaliação utilizado na pesquisa.

As frequências das respostas dos profissionais acerca dos questionamentos da dimensão da Habilidade de Gestão mostrou resultados satisfatórios nas seis variáveis avaliadas (Tabela 1). Destes, a capacidade de sensibilizar, encorajar e fortalecer a importância da participação ativa da comunidade no Conselho Local de Saúde foi classificada como frequentemente por 72,6%, obtendo o menor percentual comparada às demais.

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas da habilidade de gestão dos gerentes dos CSF, na perspectiva da equipe gerencia- da, Sobral-CE, 2018.

Variáveis	n	%
A1. Capacidade de administrar os instrumentos disponíveis e as despesas do Centro de Saúde da Família		
0-Não se aplica	4	1,3
1-Nunca/Raramente	7	2,2
3-Às vezes	25	8,1
4-Frequentemente	274	88,4
A2. Capacidade de gerenciar o ambiente do Centro de Saúde da Família, sendo responsável pela manutenção de suas instalações e equipamentos.		
0-Não se aplica	3	1,0
1-Nunca/Raramente	5	1,6
3-Às vezes	28	9,0
4-Frequentemente	274	88,4
A3. Capacidade de coordenar, verificar, liderar, apoiar e orientar no desenvolvimento de trabalho da equipe de saúde, identificando as qualidades dos trabalhadores.		
0-Não se aplica	5	1,6
1-Nunca/Raramente	14	4,5
3-Às vezes	35	11,3
4-Frequentemente	256	82,6
A4. Capacidade de promover a participação dos trabalhadores da saúde no gerenciamento das ações no cotidiano da Unidade Básica de Saúde.		
0-Não se aplica	11	3,6
1-Nunca/Raramente	10	3,2

3-Às vezes	45	14,5
4-Frequentemente	244	78,7
A5. Capacidade de sensibilizar, encorajar e fortalecer a importância da participação ativa da comunidade no Conselho Local de Saúde.		
0-Não se aplica	12	3,8
1-Nunca/Raramente	21	6,8
3-Às vezes	52	16,8
4-Frequentemente	225	72,6
A6. Capacidade de organizar a rede de serviços do território, de forma a planejar e desenvolver ações que envolvam diferentes setores na Estratégia Saúde da Família.		
0-Não se aplica	5	1,6
1-Nunca/Raramente	14	4,5
3-Às vezes	35	11,3
4-Frequentemente	256	82,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A dimensão Habilidade Organizacional mostra que os trabalhadores observam no gerente, de forma frequente, a capacidade de organizar o serviço com base nos princípios do SUS (87,1%). Também foram avaliadas, satisfatoriamente, a capacidade de articulação da equipe para capacitação dos profissionais, assim como a de estruturar seu processo de trabalho de forma organizada (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequências absolutas e relativas da habilidade organizacional dos gerentes dos CSF, na perspectiva da equipe gerenciada, Sobral-CE, 2018.

Variáveis	n	%
B1. Capacidade de organizar o serviço e a atenção à saúde, tendo por base os princípios do SUS, baseando-se em normas clínicas e de organização de serviço.		
0-Não se aplica	3	1,0
1-Nunca/Raramente	10	3,2
3-Às vezes	27	8,7
4-Frequentemente	270	87,1
B2. Capacidade de, junto às equipes de saúde, desenvolver e utilizar estratégias de capacitação e orientação dos trabalhadores da saúde do CSF.		
0-Não se aplica	8	2,6
1-Nunca/Raramente	10	3,2
3-Às vezes	48	15,5
4-Frequentemente	244	78,7
B3. Capacidade de organizar o processo de trabalho por meio da construção de cronograma de trabalho, sabendo ser flexível frente às demandas surgidas.		
0-Não se aplica	9	2,9
1-Nunca/Raramente	12	3,9
3-Às vezes	33	10,6
4-Frequentemente	256	82,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A Habilidade de Planejamento e Avaliação dos gerentes do CSF também apresentou avaliação satisfatória na perspectiva dos trabalhadores de saúde da unidade, com destaque para o conhecimento da área de cobertura, clareza dos objetivos a serem alcançados e envolvimento da equipe no planejamento (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequências absolutas e relativas da habilidade de planejamento e avaliação dos gerentes dos CSF, na perspectiva da equipe gerenciada, Sobral-CE, 2018.

Variáveis	N	%
C1. Capacidade de incluir a equipe no planejamento das atividades do Centro de Saúde da Família, conhecendo a situação de sua área de cobertura e tendo clareza dos objetivos a serem alcançados.		
0-Não se aplica	7	2,2
1-Nunca/Raramente	10	3,2
3-Às vezes	28	9,0
4-Frequentemente	265	85,5
C2. Capacidade de monitorar e avaliar indicadores, produção e ações em saúde, escutando opiniões com o propósito de melhoramento contínuo das práticas de saúde na Estratégia de Saúde da Família.		
0-Não se aplica	19	6,1
1-Nunca/Raramente	11	3,6
3-Às vezes	46	14,8
4-Frequentemente	234	75,5
C3. Capacidade de planejar, organizar, apoiar e desenvolver a Educação Permanente em Saúde, identificando as necessidades dos trabalhadores da saúde e as de seu território.		
0-Não se aplica	9	2,9
1-Nunca/Raramente	12	3,9
3-Às vezes	40	12,9
4-Frequentemente	249	80,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A habilidade de comunicação dos gerentes foi a que apresentou melhor avaliação por parte dos trabalhadores. Ressalta-se a capacidade de acolhimento dos usuários do sistema de saúde, em que 91,6% dos participantes afirmam que o gerente a apresenta de forma frequente.

Tabela 4 – Frequências absolutas e relativas da habilidade de comunicação dos gerentes dos CSF, na perspectiva da equipe gerenciada, Sobral-CE, 2018.

Variáveis	n	%
D1. Capacidade de interação comunicativa com diferentes públicos e entendê-la como um instrumento de relação humana, social e política.		
0-Não se aplica	4	1,3
1-Nunca/Raramente	9	2,9
3-Às vezes	46	14,8
4-Frequentemente	251	81,0
D2. Capacidade de acolher os usuários do sistema de saúde, dando-lhes informações sobre o serviço ofertado, respondendo positivamente às demandas apresentadas pelos mesmos, sempre que se fizer possível.		
0-Não se aplica	2	0,7
1-Nunca/Raramente	5	1,6
3-Às vezes	19	6,1
4-Frequentemente	284	91,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A dimensão da habilidade social foi composta por um único questionamento, abordando junto aos profissionais da equipe de saúde da família se o gerente é capaz de resolver conflitos

utilizando-se de estratégias eficazes de negociação. Os resultados revelam que 76,1% dos profissionais percebem essa habilidade frequentemente nos gerentes, 17,7% às vezes, 3,2% nunca/raramente e 2,9% assinalaram no instrumento a opção não se aplica.

Tabela 5 – Frequências absolutas e relativas à atitude dos gerentes dos CSF, na perspectiva da equipe gerenciada, Sobral-CE, 2018.

Variáveis	N	%
AA1. Capacidade de demonstrar liderança, buscando ser referência e exemplo de profissional para os trabalhadores da saúde e usuários do sistema.		
0-Não se aplica	6	1,9
1-Nunca/Raramente	5	1,6
3-Às vezes	34	11,0
4-Frequentemente	265	85,5
AA2. Capacidade de demonstrar ética nas relações com usuários e trabalhadores do sistema de saúde.		
0-Não se aplica	4	1,3
1-Nunca/Raramente	12	3,9
3-Às vezes	24	7,7
4-Frequentemente	270	87,1
AA3. Capacidade de demonstrar eficiência e responsabilidade no gerenciamento da Estratégia Saúde da Família.		
0-Não se aplica	3	1,0
1-Nunca/Raramente	9	2,9
3-Às vezes	14	4,5
4-Frequentemente	278	89,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A avaliação da atitude dos gerentes dos CSF no exercício da função foi realizada por meio de três variáveis, envolvendo aspectos como liderança, ética e eficiência no gerenciamento da ESF. A maioria das respostas dos participantes mostram, novamente, uma percepção positiva por parte dos trabalhadores (Tabela 5).

Discussão

Os profissionais que atuam nas unidades de saúde da família, em sua maioria, afirmam que os gerentes possuem competências necessárias para o exercício da função. Habilidades de gestão, organizacional, planejamento e avaliação, comunicação e social, bem como as atitudes, tiveram boa avaliação por parte dos liderados. Isso é de grande importância, tanto por possibilitar à equipe visualizar essas características no gestor, como também por mostrar a qualidade do trabalho desenvolvido por estes.

Na gestão, a capacidade de administrar os instrumentos disponíveis e as despesas das unidades, a manutenção de suas instalações e equipamentos mostraram-se presentes de forma significativa (mais de 85% das respostas frequentemente). O que se observa na realidade das UBS no país é, em muitos momentos, a deficiência de insumos, medicamentos e equipamentos, o que acaba tornando a prestação de serviços ao público debilitada e ineficiente.

Isso tudo acaba tornando a função gerencial ainda mais conflituosa e desgastante. Nessa perspectiva, o gerente deve bus-

car meios para incentivo do uso consciente dos insumos tanto por parte dos trabalhadores quanto dos usuários, para assegurar adequada utilização destes, minimizando as perdas (FERNANDES; CORDEIRO, 2018). O incentivo à participação social, por meio dos conselhos locais de saúde, apresentou o menor percentual de respostas frequentemente (72,6%).

Na habilidade organizacional observamos que a equipe percebe nos gerentes a capacidade de organizar o serviço e a atenção à saúde, com destaque ao embasamento nos princípios do SUS. Estudo de revisão de produção científica, acerca do processo de trabalho na ESF com ênfase nos aspectos gerenciais, constatou em todos os 31 artigos analisados que os gerentes, antes de qualquer atividade, deverão conhecer as propostas do SUS para ABS, os instrumentos do planejamento em saúde e conhecer como está organizada a rede de saúde da realidade local. Ou seja, antes de ser capaz de uma boa organização do serviço e da atenção, esse profissional necessita desenvolver seus conhecimentos nessas áreas (BARRETO; SOUZA, 2016).

A habilidade de planejamento e avaliação também teve avaliação satisfatória, com destaque para a capacidade de incluir a equipe no planejamento das atividades do CSF. Isso é importante, visto que a ESF tem o trabalho em equipe como um dos seus princípios, assumindo função estratégica para o alcance dos resultados esperados.

Na habilidade de comunicação dos gerentes, a capacidade de acolher os usuários do sistema de saúde foi a que obteve melhor avaliada pela equipe. A substituição das tradicionais es-

truturas de APS por ESF, tendo como foco o usuário e o contexto em que este se encontra inserido, a territorialização em saúde e outras características, poderão contribuir para reverter os danos provocados pelo modelo hegemônico, proporcionando o aumento da acessibilidade do usuário e da resolutividade da unidade. Uma gestão local qualificada, aliada à utilização de métodos científicos e ideias inovadoras, é capaz de melhorar a realidade local de unidades básicas de saúde e reduzir as barreiras de acesso à APS (MARTINS; PAULA; CARDOSO, 2019).

As três variáveis que corresponderam às atitudes dos gerentes foram bem avaliadas pela equipe, envolvendo a capacidade de demonstrar liderança, ética e responsabilidade no gerenciamento CSF, cada uma com resposta frequentemente acima de 85%.

Os gestores/gerentes encontram-se em posições em que a cobrança por liderança é inevitável. No âmbito do sistema de saúde em que se encontram, a gestão da APS exige mais ainda a concentração de atividades importantes, já que geram influências, de maneira fundamental, na vida das pessoas. A liderança é, portanto, fruto da relação de dependência existente entre trabalhadores e usuários. Nesse contexto, o diálogo e a ética nas relações de trabalho também precisam ser valorizados de modo a torná-los acessíveis nas ações cotidianas (DIKIC *et al.*, 2019).

Durante a coleta, identificou-se que alguns profissionais dos CSF pesquisados possuíam receios em relação à avaliação do trabalho dos gerentes. Nos CSF onde se notou o gerente mais comunicativo, interativo com a equipe e acessível à apresenta-

ção e coleta da pesquisa, percebeu-se a equipe gerenciada mais colaborativa e participativa para com o estudo. Desta forma, foram reforçados os aspectos éticos da pesquisa, esclarecendo que os participantes não seriam identificados, assim como os gerentes, onde os resultados seriam divulgados de forma a observar as competências do grupo de gestores.

Outra limitação do estudo refere-se à não validação do instrumento. No entanto, destaca-se que ele foi construído tomando por base competências apontadas pelos gerentes num estudo prévio (CUNHA, 2016) e passando também por avaliação de aparência e conteúdo feita por profissionais locais com comprovada experiência no assunto.

Consideramos, assim, importante a avaliação das competências gerenciais na ESF, não apenas sob a ótica dos próprios gerentes. Com esse estudo, vimos que a equipe é um público que pode trazer um olhar mais amplo sobre a atuação desse profissional.

Observamos que, apesar de o instrumento ter avaliado de forma didática as competências gerenciais separadas por habilidade e atitude, sabemos que tais competências estão inter-relacionadas e interligadas, onde uma competência resulta e contribui para a efetivação de outra. Dessa forma, compreendemos o quanto estas influenciam tanto no serviço, quanto na atuação da equipe multidisciplinar da ESF.

O estudo ainda comprovou que apesar da complexidade que é gerenciar na ESF, os gerentes dos CSF da sede do município de Sobral, de acordo com a equipe multidisciplinar, possuem

capacidade e competências adequadas para o cargo que ocupam. Vale ressaltar o investimento que a gestão local tem realizado seja nos processos de educação permanente dos profissionais, como para a qualificação dos gerentes, como cursos e consultorias na área.

Conclusão

Os profissionais consideram que os gerentes destas unidades possuem adequadas competências para a função, apresentando habilidades de gestão, organização, planejamento e avaliação, comunicação e sociais, bem como atitudes esperadas para o exercício da função. Vale ressaltar a capacidade do gerente em acolher de forma resolutiva os usuários da ESF, sendo a competência melhor avaliada pela equipe multiprofissional.

Destaca-se na habilidade de gestão que, apesar da maioria apresentar resposta positiva, a capacidade de o gerente em sensibilizar, encorajar e fortalecer a importância da participação ativa da comunidade no Conselho Local de Saúde foi a competência que obteve menor média. Portanto, ressalta-se o incentivo à participação social local como algo a ser potencializado na gestão de uma unidade de saúde da família. Espera-se que o instrumento apresentado neste estudo possa ser utilizado em outras pesquisas, pois é de fácil aplicabilidade e contribui para a compreensão das competências gerenciais na APS.

Referências

BARRETO, H. I. V.; SOUZA, M. K. B. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família com ênfase nos aspectos gerenciais. **Rev. APS**, v. 19, n. 22, p. 292-301, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 2012.

CUNHA, C. G. **Competências para o gerenciamento na Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará, Sobral**. 2016. 236 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2016.

DIKIC, M. *et al.* Alignment of Perceived Competencies and Perceived Job Tasks Among Primary Care Managers. **Healthcare (Basel)**, v. 8, n. 1, p. 9, 2019.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 194-2020, 2018.

FOLKMAN, A. K.; TVEIT, B.; SVERDRUP, S. Leadership in Interprofessional Collaboration in Health Care. **J. Multidisc. Healthc.**, v. 12, p. 97-107, 2019.

GIFFORD, W. A. *et al.* Managerial Leadership for Research Use in Nursing and Allied Health Care Professions: A Systematic Review. **Impl. Science**, v. 13, n. 1, p. 127, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades, Ceará, Sobral**. IBGE, 2020. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/ELT>. Acesso em: 22 maio. 2020.

LOWEN, I. M. V. *et al.* Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 49, n. 6, p. 967-973, 2015.

MARTINS, A. C. T. *et al.* O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 6, p. 2095-2103, 2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

ROMAGNOLLI, A. P. B.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Gestão de Unidade Básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Rev. Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 13, n. 27, p. 168-180, 2014.

Organização do fluxo de gestantes e parturientes na rede de atenção materno-infantil

*Rosane Sales Lima
Janáina de Almeida Prado
Maria do Socorro Melo Carneiro
Fernando Daniel de Oliveira Mayorga
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior*

Introdução

Os sistemas de saúde antes fragmentados ofertavam um serviço de maneira individualizada em cada esfera de governo, no qual não havia uma comunicação entre os níveis de atenção, dessa forma trabalhando apenas a enfermidade e não os fatores que a causavam. Assim, tinha-se um desenho demonstrado por uma atenção apenas de forma curativa, onde o próprio sistema planeja as ofertas voltadas à saúde, organizadas por níveis hierárquicos verticalmente, sem qualquer comunicação entre eles, trabalhando cada nível de forma individual e isolada, incapazes de prestar atenção contínua à população (MENDES, 2010).

A partir da lógica das redes de atenção à saúde (RAS), tem-se a proposta de diferentes serviços trabalhando de forma conjunta, horizontalizadas, onde o usuário de saúde terá a melhor assistência, independentemente do nível de atenção que necessite, pois agora a rede é integrada. Assim, há uma comunicação

efetiva entre os níveis de atenção, e seu planejamento está baseado na demanda, com oferta desse serviço multiprofissional, que trata o indivíduo de forma integral, e se organiza pra atender às demandas agudas e crônicas conforme as necessidades apresentadas, voltadas não mais apenas para um indivíduo, mas para uma população (MENDES, 2011).

Nesse contexto, a atenção à saúde passa a ser uma rede conectada por pontos de atenção de igual importância, com o mesmo objetivo, diferente do sistema anterior que se concentrava em formato de uma pirâmide organizada por sua complexidade de maneira vertical. A RAS trabalha horizontalmente e seus espaços visam ofertar atenção contínua e integral à saúde em todos os seus níveis de atenção (OLIVEIRA, 2015).

Nas RAS tem-se redes temáticas subdivididas em públicos-alvo, destacando-se a voltada à saúde da mulher, a Rede Cego-nha. Criada para desenvolver ações que envolvem desde a saúde reprodutiva da mulher, parto, puerpério até a saúde da criança (BRASIL, 2014).

Salienta-se que as políticas nacionais foram criadas com intuito de solucionar determinados problemas de saúde coletiva. Assim ocorreu com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que foi conquistado pela luta feminista e que, com o passar do tempo, buscava mais que assistência às especificidades reprodutivas, ampliando a oferta à saúde. Em seguida, passou a ser Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) resgatando os princípios integrais de assistência, garantindo o acesso às mulheres segundo suas necessidades

geradas, por meio de um acolhimento com uma escuta sensível para identificar as demandas no processo saúde-doença deste público (COELHO *et al.*, 2009).

A Rede Cegonha vem reforçar os programas que já existiam. Nesse sentido, vem presumir que a assistência à mulher deve focar desde o planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério, até a saúde da criança, reafirmando a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (GOTTEMS, 2015).

A implementação da Rede Cegonha visa um atendimento de qualidade a gestantes durante sua assistência ao parto, com o propósito de reduzir a mortalidade materno-infantil, oferecendo à gestante cuidados de qualidade. Para o acesso qualificado do programa, buscam informações prévias do parto, como o lugar que ocorrerá, promoção de saúde voltada para o parto e nascimento, através de um pré-natal de qualidade, e um bom acolhimento quanto a seu risco durante a gestação (LIMA *et al.*, 2015).

Pensando na composição das RAS e no quão complexas são as relações estabelecidas, o investimento em estratégias que permitam a análise espacial tem sido importante para a melhor compreensão desse processo.

Com o desenvolvimento tecnológico, o mapeamento digital possibilitou uma nova maneira de analisar eventos relacionados à saúde. O georreferenciamento dos acontecimentos de saúde é relevante para examinar e avaliar riscos de saúde coletiva. Através de ferramentas geográficas, por meio de manipulação de informações espaciais, possibilitam o mapeamento, e dessa maneira contribuem para análise de processo de saúde (HAU; NAS-

CIMENTO; TOMAZINI, 2009).

Desta forma, este estudo pretende responder ao seguinte questionamento: como se apresentam os fluxos de gestantes e parturientes para os hospitais terciários em uma macrorregião cearense? Qual a relação desses fluxos com os indicadores de saúde?

A partir disso, objetiva-se analisar a organização dos fluxos de gestantes e parturientes na rede de atenção materno-infantil. Acredita-se que essa pesquisa forneça subsídios para os profissionais e para o serviço, através de mapeamento do fluxo, no intuito de contribuir para melhorar a assistência, analisando se há uma necessidade real dessa extensa demanda do serviço.

Método

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica do tipo documental com recorte transversal, para análise da situação de saúde e doença ocorrida retrospectivamente (ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2011). Na pesquisa em questão foram utilizados dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

O estudo iniciou-se no mês de julho de 2018 com finalização em julho de 2019, com a coleta de dados entre janeiro e março de 2019, por meio de banco de dados disponíveis no serviço de epidemiologia da secretaria municipal de saúde de Sobral-CE. O município é sede de macrorregião de saúde, composta por 55 municípios. Neste contexto, dois serviços de atenção terciária constituem-se em referência de obstetrícia para a macrorregião. É de

extrema importância estudar como se dá a utilização desses dois equipamentos de saúde, com perfis diferentes: um deles como referência em serviço de portas abertas e outro, portas fechadas, referenciado por sistema de regulação ou vinculação.

No entanto, para melhor compreensão dos indicadores, o contexto utilizado foram os hospitais com maternidades de referências para a macrorregião de saúde de Sobral, localizadas no município sede. O Hospital A, é estadual e o maior hospital de alta complexidade do interior do Norte e Nordeste, referência para cerca de 1,6 milhão de habitantes. Além de prestar serviço público em sua totalidade, com diferentes especialidades, entre as quais, obstetrícia, pediatria, neonatologia. E o Hospital B, filantrópico de referência regional e estadual que conta com serviços de maternidade, sendo referência, portas abertas para a mesma população. Conta com enfermarias para gestantes de alto risco, Centro de parto Normal com cinco enfermarias pré e pós-parto (PPP), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Convencional e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru.

A coleta de dados foi realizada tomando como norte os seguintes indicadores: Frequência de internações hospitalares; Tipos de parto; Apgar de primeiro e quinto minuto. O período avaliado foi de 2013 a 2018 com bases nas informações obtidas através dos sistemas de informações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) e utilizando o sistema DATASUS e os registros da Vigilância Epidemiológica do município de Sobral.

O instrumento de coleta de dados de avaliação possui dois eixos. O primeiro contempla informações sobre o SIH, no qual são vistos os dados das internações clínicas obstétricas, e o segundo referem-se a dados obtidos no SINASC onde foram coletadas informações sobre os partos, lugar de origem e destino desses partos para as maternidades e notas de apgar de primeiro e quinto minuto.

Os dados obtidos do instrumento aplicado nos sistemas de informações foram comparados com os códigos do município como uma variável em comum, os quais foram transferidos para um banco de dados no ambiente do Tabwin e posteriormente organizados. Depois foram transferidos para um software de georreferenciamento e realizadas análises estatísticas dos dados obtidos. Serão apresentados em forma de mapas de fluxo analisados a partir da literatura.

A distribuição dos serviços de saúde bem como dos usuários destes é um fator de relevante para o planejamento e avaliação do setor. Neste contexto, o mapa de fluxos permite a distribuição espacial dos serviços de saúde e as ligações estabelecidas pela presença destes, visualizando as regiões de atração, a regionalização do atendimento, às distâncias percorridas pelos usuários em busca de assistência. Como fonte de informações, utiliza-se as que possibilitam o registro da origem e do destino dos fluxos (PINA *et al.*, 2006).

Desta forma, para a elaboração dos mapas de fluxos foram utilizados os bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e, assim, relacionar local de internação e municí-

pio de origem das mulheres em relação aos partos ocorridos nos hospitais localizados na macrorregião de saúde de Sobral para obtenção do diagnóstico de fluxo.

Posteriormente, as informações foram transportadas para o *Quantum GIS Geographic Information System* (QGIS), uma plataforma de Sistema de Informações Geográficas (GIS) usada para implementar e lidar com dados espaciais massivos, especialmente dados de imagens (THAKKER; ABDUL; POTDAR, 2015). Os padrões de deslocamento foram analisados e, a partir das coordenadas de origem e destino, será adotado o cálculo de distância euclidiana de maneira a gerar uma matriz de distâncias.

Os dados obtidos de indicadores: Tipo de parto e Apgar do primeiro e quinto minuto de vida, foram tabulados no software Excel e expostos em números absolutos e percentual, por ano em tabelas.

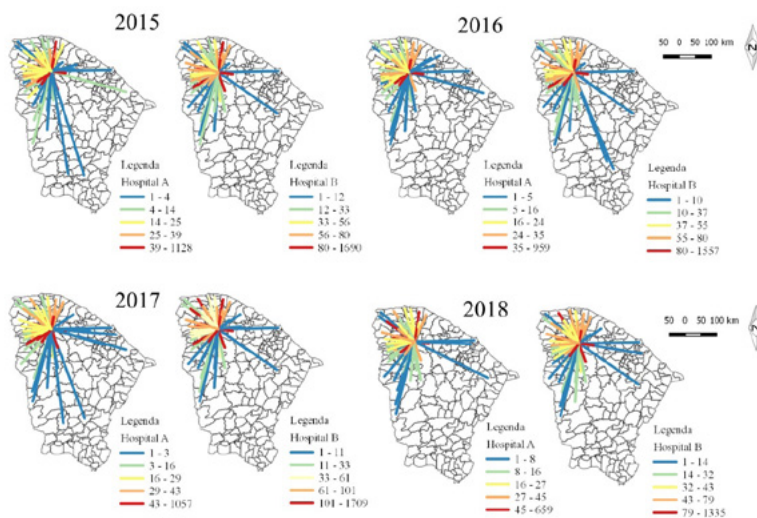
A pesquisa, apesar de não envolver seres humanos, pois se trata de estudo com informações de domínio público dos Sistemas de Informações de Saúde (SIS), foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) com o Parecer 3.095.483 e respeitou todas as considerações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados

Mapas de Fluxo

A figura, a seguir, representa o fluxo de gestantes e parturientes encaminhadas da macrorregião de Sobral para o serviço de obstetria dos Hospitais A e B. Eles revelam o fluxo de deslocamento das gestantes e a quantidade de vezes que foram encaminhadas aos referidos serviços.

Figura 1 – Mapa de Fluxos de gestantes e parturientes para o serviço de obstetria do Hospitais A e B de 2015 a 2018, Sobral-CE, 2020.



Fonte: SIH, 2019.

Pelo mapa constata-se que quanto mais próximo o município está da sede Macrorregião e, conseqüentemente, local em que se situam os hospitais, é maior a frequência com que este envia pacientes.

Tipos de parto

A Tabela 1 mostra as informações referentes aos tipos de partos, conforme dados do SINASC:

Tabela 1 – Tipos de partos ocorridos no Hospitais A e B nos anos de 2013 a 2018, Sobral-CE, 2020.

TOTAL DE NASCIDOS VIVOS, OCORRIDOS NO HOSPITAL A SEGUNDO TIPO DE PARTO E ANO DO ÓBITO. 2013-2018												
Tipo de parto	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Parto normal	0	0,00	363	27,63	332	29,86	358	25,76	382	24,85	317	24,77
Parto cesáreo	52	100,00	951	72,37	780	70,14	1032	74,24	1155	75,15	962	75,16
Não informado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,08
Total	52	100,00	1314	100,00	1112	100,00	1390	100,00	1537	100,00	1280	100,00

TOTAL DE NASCIDOS VIVOS, OCORRIDOS NO HOSPITAL B SEGUNDO TIPO DE PARTO E ANO DO ÓBITO. 2013-2018												
Tipo de parto	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Parto normal	2196	42,35	2280	44,26	1905	41,09	1752	39,55	1800	37,14	2149	39,63
Parto cesáreo	2989	57,65	2871	55,74	2731	58,91	2678	60,45	3047	62,86	3274	60,37
Não informado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	5185	100,00	5151	100,00	4636	100,00	4430	100,00	4847	100,00	5423	100,00

Fonte: SINASC

Fonte: SINASC, 2019.

Deve-se atentar que o número de partos cesáreos ao longo de seis anos (2013 a 2018) tem sido igual ou superior a 70,14% do total de partos, enquanto o parto vaginal tem estado igual ou inferior a 29,86% no hospital A. O ano de 2017, foi o que mais teve partos com total de 1.537 ao todo, dividido em 75,15% (1.155) partos cesáreos e 24,85% (382) partos vaginais. Vale ressaltar que o pequeno quantitativo do ano de 2013 deve-se ao fato de que o

serviço de obstetria neste equipamento iniciou no final do referido ano.

Na mesma tabela com referência aos valores do hospital B, os partos cesáreos também ultrapassam os vaginais, estando os cesáreos entre valores igual ou superior 55,74% e os vaginais igual ou inferior 44,26% do total de partos. O ano de 2018 teve o maior número de partos ao longo dos seis anos, sendo dividido em 60,37% (3.274) partos cesáreos e 39,63% (2.149) partos vaginais.

Apgar do primeiro e quinto minuto

As Tabelas 2 e 3, apresentadas a seguir, apresentam o indicador relativo ao APGAR no primeiro e quinto minuto dos RN nascidos no hospital A e B, conforme dados do SINASC:

Tabela 2 – Apgar no primeiro e quinto minuto dos RN nascidos no Hospital A, Sobral-CE, 2020.

HOSPITAL A - APGAR 1º MINUTO												
Apgar 1º min	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 3	0	0,00	29	2,21	14	1,26	18	1,29	19	1,24	27	2,11
4 a 7	7	13,46	217	16,51	172	15,47	213	15,32	212	13,79	185	14,45
8 a 10	45	86,54	1067	81,20	923	83,00	1156	83,17	1301	84,65	1067	83,36
Não Informado	0	0,00	1	0,08	3	0,27	3	0,22	5	0,33	1	0,08
Total	52	100,00	1314	100,00	1112	100,00	1390	100,00	1537	100,00	1280	100,00

HOSPITAL A - APGAR 5º MINUTO												
Apgar 5º min	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 3	0	0,00	7	0,53	2	0,18	6	0,43	9	0,59	8	0,63
4 a 7	2	3,85	33	2,51	27	2,43	30	2,16	38	2,47	41	3,20
8 a 10	50	96,15	1272	96,80	1082	97,30	1352	97,27	1486	96,68	1229	96,02
Não informado	0	0,00	2	0,15	1	0,09	2	0,14	4	0,26	2	0,16
Total	52	100,00	1314	100,00	1112	100,00	1390	100,00	1537	100,00	1280	100,00

Fonte: SINASC

Fonte: SINASC, 2019.

A tabela mostra que o apgar em geral está bom, com cerca de mais de 96% dentro do ideal. A maioria dos recém-nascidos no hospital A, com um apgar no primeiro minuto não satisfatório, apresentou recuperação no quinto minuto. O que mostra que em geral a maioria nasceu com bom estado de vitalidade.

Tabela 3 – Apgar no primeiro e quinto minuto dos RN nascidos no Hospital B, Sobral-CE, 2020.

HOSPITAL B - APGAR 1º MIN												
Apgar 1º min	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 3	116	2,24	134	2,60	103	2,22	125	2,82	120	2,48	131	2,42
4 a 7	952	18,36	1099	21,34	1006	21,70	807	18,22	845	17,43	743	13,70
8 a 10	4117	79,40	3917	76,04	3527	76,08	3498	78,96	3880	80,05	4542	83,75
Não Informado	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	2	0,04	7	0,13
Total	5185	100,00	5151	100,00	4636	100,00	4430	100,00	4847	100,00	5423	100,00

HOSPITAL B - APGAR 5º MIN												
Apgar 5º min	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 3	35	0,68	41	0,80	27	0,58	27	0,61	43	0,89	37	0,68
4 a 7	207	3,99	278	5,40	217	4,68	251	5,67	250	5,16	187	3,45
8 a 10	4943	95,33	4831	93,79	4392	94,74	4152	93,72	4552	93,91	5190	95,70
Não Informado	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	2	0,04	9	0,17
Total	5185	100,00	5151	100,00	4636	100,00	4430	100,00	4847	100,00	5423	100,00

Fonte: SINASC

Fonte: SINASC, 2019.

Assim como na tabela anterior, os recém-nascidos no hospital B também apresentaram estado geral de saúde bom ao nascimento. Tendo em vista a comparação do primeiro minuto de vida com a do quinto.

Discussão

O município de Sobral possui o maior fluxo nessas maternidades, devido ser o município sede da macrorregião. No entanto, salienta-se que a maior procura pelos serviços, em números proporcionais, é do próprio município. Vale ressaltar que Sobral não possui hospital municipal com serviço de obstetrícia e, portanto, se utiliza dos serviços destes hospitais para dar suporte às necessidades.

O mapa mostra isso de forma tão explícita que os dados utilizados como limite da maior variável de fluxo, é a própria frequência de Sobral nessas maternidades. Destaca-se que o fluxo de porta de entrada para os dois serviços é distinto, pois o hospital A atua com demanda regulada e o hospital B com emergência porta aberta para obstetrícia, o que justifica o fluxo de lá ser praticamente o dobro do hospital A. O hospital B é referência para gestantes de alto risco, contendo enfermarias numerosas com pacientes nesse perfil.

Ainda que não seja possível, todavia é desejável, que todos os municípios ofereçam a totalidade dos serviços de saúde. Os gestores devem garantir o acesso irrestrito aos seus municípios mesmos ainda que prestados em outro município. O Plano Diretor de Regionalização (PPR) prevê, com clareza, a modulação por microrregiões de saúde com níveis crescentes de complexidade dos serviços. O PPR nasce da pactuação entre os gestores municipais, sob a coordenação do gestor estadual e serve como subsídio para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada

(PPI), que concede efetivação dos acordos. Outra importante função do Plano Diretor de Regionalização, que integra o Plano de Saúde Estadual, é servir como um subsídio para os Planos de Saúde Municipais, uma vez que para planejar as ações de assistência à saúde o gestor municipal tem que considerar a regionalização dos serviços de saúde no seu respectivo estado (BRASIL, 2002).

A Regionalização é um processo de divisão por regiões para melhor eficácia do serviço de saúde. Estas são divididas de acordo com o perfil epidemiológico de cada área geográfica, e são subdivididas em macrorregiões e microrregiões, constituídas de sistemas regionais com participação de três esferas de governo, sendo estes municipais, estadual e federal (MATTOS, 2009).

Na área da obstetrícia, é importante ressaltar que alguns deslocamentos intermunicipais podem ocorrer no momento do trabalho de parto e isto pode gerar impactos para a parturiente e para o feto, pois durante a locomoção pode haver complicações como agravamento do risco da parturiente devido às contrações ocorrerem em local desconfortável, risco de infecção por estar em veículo inadequado, risco de acidente de transporte, de congestionamento e até a falta de apoio familiar no momento do parto, já que nem sempre a família poderá se locomover para acompanhá-la. Logo, para a definição das referências intermunicipais, é importante considerar uma distância limite para que não se exponha a parturiente e o feto a riscos desnecessários (SOUZA; ARAÚJO; MIRANDA, 2017).

A partir da criação dos mapas, fica perceptível que as origens das gestantes são de municípios que se encontram mais pró-

ximos da sede da macrorregião. Contudo, surgem muitos questionamentos acerca da localização geográfica e do grande número de mulheres encaminhadas desses locais. Entre os questionamentos emerge: como está sendo articulada a rede de atenção materno infantil e o motivo pelo qual são referenciadas aos serviços terciários? Nota-se, ainda, que municípios mais distantes, parecem mais criteriosos quanto a essa transferência de pacientes. Possivelmente alguns fatores relevantes são, o transporte, tempo entre o município de residência ao de ocorrência do parto e a existência dos hospitais polo com serviços de obstetrícia distribuídos pela macrorregião. Em outra perspectiva, os municípios mais distantes não podem negligenciar a necessidade de suas gestantes quanto ao um serviço de atenção mais especializada levando em consideração a distância.

Vale salientar que o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento reconhece que o atendimento digno e de qualidade são direitos inalienáveis de cidadania, assim tem como meta amparo das mulheres e recém-nascidos evitando a peregrinação em busca de atendimento, fazendo uma ampliação e acesso de qualidade desde o acompanhamento pré-natal ao pós-parto (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

A importância de o parto ocorrer em local mais próximo da residência da gestante de risco habitual se dá entre alguns fatores a oportunidade dela ter a família mais próxima durante esse processo, melhor acompanhamento de amigos, e evitar riscos que podem ser provocados pela distância a ser percorrida em casos de transferências, além de evitar a superlotação de outras unidades,

fragilizando o serviço a ela oferecido (ROHR; VALONGUEIRO; ARAUJO, 2016).

Vale ressaltar que a grande procura por um serviço de atenção terciária movimentava uma série de aspectos assistenciais e, portanto, deve-se atentar para os critérios deste encaminhamento. A utilização de um serviço de atenção terciária precisa ocorrer de forma responsável e segura, principalmente em hospitais como o hospital B por conta da demanda ser caracterizada por “Portas Abertas” que embora a parturiente não fique internada ao ser direcionada para esse Hospital demanda o serviço de enfermagem por acolher, avaliar e reencaminhar caso a gestante não seja de alto risco para outro serviço.

As exigências impostas pela complexidade do cuidado com as parturientes podem muitas vezes esgotar o limite dos profissionais, induzindo-o ao estresse prolongado que, em certas condições, são derivados sofrimentos relacionados à sua individualidade. O esgotamento físico-emocional desses profissionais pode refletir nas relações de trabalho (SILVA *et al.*, 2015).

Dessa forma nesse sistema de trabalho no qual se preconiza a humanização do paciente e do parto, termina-se negligenciando muitos dos direitos das parturientes ao passo que uma equipe sobrecarregada não consegue prestar os cuidados adequados, tornando mais mecânico e “menos humanos” o processo de partear.

Ao serem analisados os tipos de parto, foi possível observar que a taxa de partos por via cesariana tem um elevado quantitativo, muito acima do que a Organização Mundial da Saúde

(OMS) preconiza como ideal entre todos os partos. A via de parto vaginal ainda tem sido a menos utilizada, mostrando que a cesariana está acima do dobro dos partos vaginais.

O número de partos cesáreos no Brasil tem um valor significativo e bem acima do que a OMS preconiza como ideal, tornando-se uma problemática de saúde pública, uma vez que a taxa ideal está entre 10% a 15%, no total de nascimentos, tendo sido superestimada com valores que vão até cerca de 50% dos partos no Brasil. Infelizmente os motivos pelos quais os procedimentos têm ocorrido muitas vezes não têm indicação médica de salvar a vida da mãe e do bebê quando por algum motivo clínico estas são postas em risco. Ademais, quando feitas de maneira banalizada, podem acarretar complicações a longo e curto prazo, deixando sequelas ou colocando em risco a vida (OMS, 2015).

A OMS determina novas recomendações sobre estas intervenções devido ao aumento significativo de cesarianas sem indicações clínicas, que abrangem crenças, opiniões, medos de mulheres e profissionais da saúde, considerando as complexas dinâmicas e limitações dos sistemas e organizações de saúde e as relações entre mulheres, profissionais de saúde e organização dos serviços de saúde. Ressalta que é um procedimento cirúrgico que deve ser clinicamente indicado quando houver razões que coloquem em risco de morbidade ou mortalidade materna e infantil, com o objetivo de reduzir danos à saúde e salvar vidas, pois não apresenta nenhum benefício quando realizada de forma desnecessária (OMS, 2018).

Atenta-se que a escolha pelas cesarianas também está associada à questão cultural, e condições socioeconômicas, pois as mulheres que são assistidas pela rede privada têm preferência por esta via de parto, o que torna essencial a inserção de práticas educativas a respeito do assunto, empoderando as mulheres e familiares, esclarecendo os riscos e complicações da cesariana para mãe e o filho quando realizada sem indicação clínica (COPELLI *et al.*, 2015).

Pensando nisso, há investimento em ações que visam melhorar a assistência ao parto de maneira natural, reduzindo taxas de cesarianas desnecessárias, empoderando profissionais da área de enfermagem, capacitando estes para assistência ao parto de risco habitual. Para isso, projetos estão sendo desenvolvidos com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil de maneira integral e humanizada, utilizando como estratégia qualificar profissionais enfermeiros no acompanhamento desde o planejamento familiar, gestação, até o pós-parto, como também a evolução da criança até dois anos (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

O profissional que acompanha o pré-natal tem grande influência nas decisões da gestante e parturiente sobre a escolha do tipo de parto. Por isso é relevante que este conduza todo o pré-natal compartilhando experiências sobre cada via de parto, benefícios, vantagens e desvantagens, como ocorre cada parto, métodos utilizados para ajudar no nascimento, alívio da dor por medidas não farmacológicas, experiências positivas de partos normais, que o parto deve ser o mais natural possível e que o corpo da mulher

foi preparado para passar por este momento. Também é importante discutir e problematizar com os profissionais essa temática, no intuito de acabar com a medicalização nesse momento e o alto índice de cesarianas desnecessárias (COPELLI *et al.*, 2015).

No contexto apresentado nesta pesquisa, como os nascimentos ocorreram em maternidades de atenção terciária, sub-tende-se que os partos são de maior risco e, portanto, pode ser uma das justificativas para o elevado número de indicações por cesarianas. Vale ressaltar, no entanto, que o fato de a gestação ser de alto risco não implica, necessariamente, na indicação de parto cirúrgico, devendo esta ser feita a partir de cada caso clínico apresentado.

No geral de ambos os hospitais a maioria das crianças nasceram com bom estado de saúde considerando o escore de apgar. A partir desse desfecho, pode-se levar a duas conclusões: o fato destes terem recebidos cuidados de um hospital terciário pode ter contribuído, refletindo a diferença entre apgar de primeiro e quinto minuto, já que o de quinto minuto sofre influência da assistência prestada durante o trabalho de parto e pós-parto, podendo melhorado essa nota. No entanto, também pode ser um indicativo que talvez não houvesse necessidade de uma atenção especializada, podendo ter sido atendido em seu local de residência ou na referência mais próxima.

O Apgar representa o estado de vitalidade do recém-nascido em dois momentos, e está atrelado diretamente à assistência do parto e posterior ao seu nascimento, quando é avaliado, para definir a uma conduta, levando em consideração seu resultado no

1º e 5º minuto de vida. O resultado do apgar do primeiro minuto está associado a toda a gestação e condições do parto, os motivos que influenciam antes até do nascimento e o do 5º minuto está relacionado à assistência prestada durante o trabalho de parto e pós-parto (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2016).

Conclusão

A pesquisa proporcionou conhecer os fluxos de gestantes/parturientes dos municípios que compõem a macrorregião de saúde de Sobral para as maternidades de atenção terciária situadas no município sede da macrorregião. Esse contexto é importante para compreender a realidade de superlotação do hospital B, pela condição de emergência obstétrica porta-aberta. Sendo evidente que quanto mais próximo da sede da macrorregião, maior é o fluxo de encaminhamentos. Reconhece-se, portanto, a potência da facilidade de acesso geográfico.

Dessa forma, além da redução dos riscos, contribui para uma melhor utilização dos equipamentos de atenção terciária à saúde com casos que realmente necessitam dessa assistência. Vale ressaltar que o processo de transporte de gestante/parturiente implica em riscos quando não é feito de forma adequada e no tempo correto. Aproveitar os equipamentos de saúde distribuídos na rede de atenção, privilegiando os mais próximos da residência da gestante, sem comprometer a qualidade da assistência a partir de sua necessidade clínica, é um fator que precisa ser discutido e reforçado.

Os resultados obtidos sobre os tipos de parto revelam uma realidade desfavorável em relação ao que a OMS preconiza que é apenas de 10 a 15% no total de partos. O que se viu neste estudo foi que as cesarianas representam 59% (17.590) dos partos no período avaliado.

A importância do pré-natal no atendimento da saúde materno-infantil, em oferecer uma assistência diferenciada, fazendo mais do que exames de rotinas, tendo um olhar atento a possíveis agravos à saúde desse binômio mãe-filho pode implicar na redução da necessidade de transferências para os hospitais terciários.

Como limitação do estudo encontrou-se a impossibilidade de definir os principais motivos que originaram as transferências e internações, visto que os dados disponibilizados pelo SIH não possuíam a variável com o CID-10 específico para as internações.

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. BARRETO, M. L. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. *In*: ALMEIDA-FILHO, N.; LIMA, M. **Epidemiologia e Saúde**: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2011.

ASSUNÇÃO, M. F.; SOARES, R. C.; SERRANO, I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. **Serv. Soc Rev.**, v. 16, n. 2, p. 05-35, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 16-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, v. 150, n. 112, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COELHO, E. A. C. *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

COPELLI, F. H. S. *et al.* Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015.

DO NASCIMENTO, R. R. P. *et al.* Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, p. 119-126, 2015.

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S. Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 4, 2016.

GOTTEMS, L. B. D. *et al.* Acesso à rede de atenção à gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. **Rev. Eletr. Gestão & Saúde**, 2015.

HAU, L. C.; NASCIMENTO, L. F. C.; TOMAZINI, J. E. Geoprocessamento para identificar padrões do perfil de nascimentos na região do Vale do Paraíba. **Rev. Bras. Ginec. Obstetr.**, v. 31, n. 4, p. 171-176, 2009.

LIMA, A. E. F. *et al.* Assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca: a perspectiva da enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 631-638, 2015.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, p. 771-780, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

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

OLIVEIRA, N. R. C. *et al.* **Redes de atenção à saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1. 2. Acesso em: 23 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OMS lança nova recomendação sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias, 2018. Disponível em: www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5783:oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero-de-cesarianas-desnecessarias&Itemid=820. Acesso em: 23 jul. 2019.

PINA, M. F *et al.* Análise especial de dados. *In*: SANTOS, M. Simone, BARCELLOS C. (orgs.) **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 87-116. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ROHR, L. K.; VANLOGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 16, n. 4, p. 457-65, 2016.

SILVA, J. L. L. *et al.* Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Rev. Bras. Ter. Int.**, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015.

SOUSA, L. M. O.; ARAÚJO, E. M.; MIRANDA, J. G. V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, p. e00101616, 2017.

THAKKER, S.; ABDUL, J.; POTDAR, M. B. GeoProcessing Workflow Models for Distributed Processing Frameworks. **Int. J. Computer Applications**, v. 113, n. 1, 2015.

Análise da gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde em municípios cearenses

*Kerma Márcia de Freitas
Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

Introdução

Com a implantação e expansão do SUS, e principalmente após a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, o princípio da descentralização tornou-se oficial e prioritário para os municípios, os quais passam a ter a responsabilidade pela organização, coordenação e execução dos sistemas locais de saúde (SUS municipal), devendo portanto organizarem-se a partir do nível primário de atenção de acordo com as necessidades de saúde da população, considerando que a atendimento de nível secundário, especializado e hospitalar contaria com uma divisão de responsabilidades entre as esferas governamentais (MAGNAGO *et al.*, 2017).

Em 1994, com vista ao fortalecimento das ações preventivas dos programas de ações básicas, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), que se constituiu gradualmente na principal estratégia de transformação do modelo assistencial e do acesso de primeiro contato. Em 2006, é declarado como Estratégia Saúde da Família formalizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual foi revisada em 2011 e 2017

(PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A PNAB incorporou os atributos da APS descritos por Starfield (2002), além de preconizar a equipe multidisciplinar, territorialização, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Estabelece que a unidade básica de saúde seja a principal porta de entrada do sistema de saúde e que as equipes desenvolvam suas atividades a partir do planejamento, da educação em saúde por meio da intersetorialidade considerando os determinantes sociais do processo saúde doença (BRASIL, 2006).

A gestão do trabalho vem sendo uma questão cada vez mais frequente na agenda de gestores e pesquisadores da saúde, sendo este um ponto crítico para a implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O grande desafio neste campo tem sido adequar a força de trabalho às mudanças propostas para a reorientação do modelo assistencial e às exigências do sistema produtivo no que tange a formação, qualificação profissional e emprego. Além disso, é importante ressaltar a necessidade de valorização dos profissionais de saúde enquanto atores fundamentais nesse processo de implementação das políticas (MARTINS, 2016; SEILD *et al.*, 2014).

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente

estabelecidas pela administração local (BRASIL, 2017a).

Carvalho, Santos e Campos (2013) enfatizam a carência do planejamento da força de trabalho em saúde podendo indicar a persistência de muitos dos problemas identificados, sendo este um fator que tem exigido mais atenção nas agendas políticas. Em se tratando da política de gestão do trabalho em saúde é necessário garantir a valorização do trabalhador e suas atribuições através de: Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), vínculos de trabalho com proteção social, espaços de discussões sobre as relações e condições de trabalho, capacitação, e educação permanente dos trabalhadores (RIZZOTTO *et al.*, 2014).

No entanto, o aumento da terceirização dos serviços públicos, notadamente no setor saúde, a partir de contratos de gestão com as Organizações Sociais (OS), tem fragilizados as relações de trabalho no que diz respeito ao estabelecimento de vínculos, deixando o trabalhador em situação vulnerável, além de comprometer princípios básicos como a estabilidade, as possibilidades de carreiras dos profissionais, com impacto direto da estrutura de emprego e no processo de trabalho (MARTINS, 2016).

Tal situação compromete a manutenção da qualidade no que diz respeito ao desenvolvimento de competência para o bom desempenho profissional. Dificulta a garantia de condições atrativas e estabilidade no emprego, situação que levaria a fixação dos profissionais geraria o vínculo com o serviço (MARTINS, 2016).

A organização do trabalho normalmente ocorre a partir do saber das profissões o que não garante que as práticas se completem. Por isso, recomenda que a Educação Permanente seja

definida considerando as necessidades dos profissionais de saúde e com a participação dos mesmos. Vale ressaltar ainda, a importância da gestão participativa como um instrumento no processo de mudança. As relações de trabalho e a participação do trabalhador enquanto agente transformador da realidade definindo estratégias de mudança a partir do seu local de trabalho são elementos essenciais a consolidação do SUS. Além disso, destaca-se a relevância da participação social em todo o processo de decisão (COSTA; PINHO, 2014; RIZZOTTO *et al.*, 2014).

Rizzotto *et al.* (2014) reforçam a importância do fortalecimento de parcerias entre as instituições de ensino com a gestão do SUS a fim construir estratégias que viabilizem a qualificação dos profissionais de saúde da AB, com foco na saúde coletiva; desenvolver pesquisas que revelem os diferentes aspectos de saúde na AB; ampliação dos programas de residências multiprofissionais e estruturação de pós-graduação *stricto sensu* viabilizando acesso dos profissionais dos serviços de saúde.

A ausência de planejamento e adoção de tecnologias que contribuam com as condições e processo de trabalho dos profissionais de saúde resulta na baixa resolutividade e qualidade da atenção básica e do próprio SUS. Destaca-se, portanto, a necessidade de conhecer a real situação da força de trabalho, bem como, investimentos nos trabalhadores de saúde qualificando-o e comprometendo-o com a melhoria dos serviços de saúde prestados por eles, com processos adequados de formação e educação permanente (RIZZOTTO *et al.*, 2014).

O apoio da gestão no processo de trabalho das equipes deve ir além das discussões sobre o processo de trabalho e da autoavaliação. É importante o suporte no planejamento e organização das práticas baseado nos princípios e valores, valorizando os saberes dos envolvidos, visando a mudança social pautado na ética da vida (CRUZ *et al.*, 2014).

Muitos são os desafios encontrados pela gestão em manter um quadro de profissionais qualificados, tendo em vista, a precariedade de recursos humanos dos municípios, a alta rotatividade de profissionais, o baixo quantitativo de apoio técnico especializado, a sobrecarga de trabalho e as descontinuidades programáticas (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015).

Guiado pela questão norteadora: “A Política de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde estão implementadas nos municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Ceará?”, o presente estudo tem como objetivo analisar a gestão do trabalho na atenção básica a partir das entrevistas realizadas com profissionais das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na 17ª CRES em 2017.

Método

Este estudo representa um recorte de uma tese de doutorado intitulada “Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e as repercussões na estratégia saúde da família” desenvolvida na Universidade de Fortaleza. Essa pesquisa teve como objetivo analisar as repercussões da avaliação externa

do Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na qualidade da atenção e organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, nos municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará (17ª CRES).

O presente estudo se caracteriza como um estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e um enfoque avaliativo. Foi objeto de estudo os sete municípios que compõem a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará (Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari), localizada na região Centro-Sul, composta por 171.124 habitantes; o município de Icó é o mais populoso e sedia essa região de saúde. Todos os municípios da 17ª CRES estão na Classe 4 de Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM), o mais baixo na classificação do Instituto de Pesquisa do Ceará – IPECE (CEARÁ, 2016).

Na região em estudo participaram do 3º ciclo do PMAQ 56 equipes (Baixio - 3; Cedro – 10; Icó – 19; Ipaumirim – 4; Lavras da Mangabeira – 9; Orós – 8 e Umari – 3). Sendo, portanto, entrevistados 56 profissionais de saúde na avaliação externa, que ocorreu entre os anos 2017 e 2018.

Para a construção da análise foram utilizados os microdados provenientes da avaliação externa, do 3º ciclo do PMAQ-AB, disponíveis no site do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>). O instrumento de avaliação externa dispunha de seis módulos que nortearam a coleta de dados: Módulo I – Observação na Unidade

Básica de Saúde; Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos; Módulo III – Entrevista com o usuário da unidade básica de saúde; Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde; Módulo V – Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal; Módulo VI – Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2017b).

As variáveis utilizadas para análise neste estudo foram selecionadas no Módulo II, sendo delimitadas a segunda e a quarta dimensão que tratam do perfil dos profissionais entrevistados e da educação permanente dos mesmos, respectivamente. Foram selecionadas 14 variáveis (quadro 1) que possibilitaram uma análise da gestão do trabalho da atenção básica na região em estudo. A coleta no banco de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2020.

Quadro 1 – Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à gestão do trabalho e educação permanente.

Dimensão II. 2.0 Perfil do Profissional Entrevistado
<i>II.2.0.1 - Qual profissional entrevistado?</i>
<i>II.2.0.3 - Qual o seu tipo de vínculo?</i>
<i>II.2.0.4 - Qual o seu agente contratante?</i>
<i>II.2.0.5 - Qual foi o mecanismo de ingresso?</i>
<i>II.2.0.6 - O(a) senhor(a) tem plano de carreira?</i>
<i>II.2.0.7 - No plano, tem progressão por antiguidade?</i>
<i>II.2.0.8 - No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?</i>
<i>II.2.0.9 - No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?</i>
<i>II.2.0.10 - O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?</i>
Dimensão II. 4 Educação Permanente dos Profissionais de Atenção Básica e Qualificação da Ações Desenvolvidas
<i>II.4.1 - No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela: (gestão municipal; gestão estadual; própria equipe/unidade de saúde; outras equipes/ unidades de saúde; universidade; não recebeu EP no ano anterior).</i>
<i>II.4.2 - Por que a equipe não participou de ações de educação permanente no último ano?</i>
<i>II.4.3 - Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano?</i>
<i>II.4.4 - Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?</i>

II.4.5 - Sobre a integração ensino serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de: (estudantes de graduação; estudantes de nível técnico; residentes de medicina; residentes multiprofissionais; pesquisadores).

Fonte: Brasil, 2017b.

A avaliação externa do PMAQ-AB consiste em verificar as condições de acesso e de qualidade das Equipes participantes do programa e da gestão da atenção básica. Esse momento possibilita também o fortalecimento de ações e estratégias das gestões do SUS visando a qualificação das condições e relações de trabalho e apoiando tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores.

Neste sentido para fins análise e discussão dos dados deste trabalho foi considerado o conceito de Gestão do trabalho em saúde enquanto diretrizes e discussões que abordam questões direcionadas à estruturação e qualificação da gestão do trabalho no SUS, formulando políticas que orientem o desenvolvimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários, de ações para a desprecarização do trabalho, inovação, promoção da política de saúde do trabalhador da saúde entre outras ações para a melhoria das condições de trabalho no SUS, e ainda desenvolver instrumentos para auxiliar a tomada de decisão e formulação de políticas para a gestão do trabalho em saúde (BRASIL, 2017a).

Os microdados foram organizados, tabulados e consolidados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 20, possibilitando a realização de análises. Foi

utilizada a estatística descritiva com utilização de frequência e percentual. A discussão desses dados foi subsumida pela literatura que dialoga com o tema.

Considerando que a pesquisa utilizou dados disponíveis em uma fonte pública (DAB) onde as informações registradas não permitem a identificação direta ou indireta dos sujeitos, não foi necessária a submissão para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, todos os cuidados quanto aos aspectos éticos envolvidos em pesquisa científica foram adotados como preconiza a Resolução 466 que delibera sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013).

Resultados e discussão

A Tabela 1 apresenta o perfil do profissional entrevistado, quanto a profissão, tipo de vínculo, agente contratante, mecanismo de ingresso e plano de carreira. Observa-se que somente enfermeiros foram entrevistados, correspondendo a 56 profissionais, 76,8% (43) possui o vínculo como servidores públicos estatutário, 87,5% (49) declararam a administração direta enquanto agente contratante e 80,4% (45) ingressou por concurso público, destaca-se que 19,6% (11) ingressou por outros mecanismos que não o mérito.

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados quanto ao tipo de vínculo, agente contratante e mecanismo de ingresso (n = 56).

Variáveis	n	%
Profissional entrevistado		
Enfermeiro	56	100
Tipo de Vínculo		
Servidor público estatutário	43	76,8
Cargo comissionado	1	1,8
Contratado temporário pela administração pública regido por legislação especial	4	7,1
Contrato temporário por prestação de serviço	5	8,9
Outro(s)	3	5,4
Agente Contratante		
Administração Direta	49	87,5
Consórcio intermunicipal de direito público	1	1,8
Cooperativa	3	5,4
Outros	3	5,4
Mecanismo de Ingresso		
Concurso Público	45	80,4
Outros	11	19,6

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Dentre as orientações descritas no Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica, do 3º ciclo do PMAQ-AB, recomenda que o entrevistado seja o enfermeiro ou médico da equipe, aquele que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe e, somente na ausência de ambos é outro profissional de nível superior poderá substituí-los

(BRASIL, 2017b).

Como apresentado anteriormente em todas as equipes participantes o(a) enfermeiro(a) foi responsável para responder às entrevistas, demonstrando que este profissional vem assumindo das atividades gerenciais na unidade básica de saúde, prática cada vez mais frequente no Brasil.

Em estudo desenvolvido por Ohira, Cordoni-Junior e Nunes (2014) atestou o desenvolvimento das funções gerenciais das Unidades Básicas de Saúde por enfermeiros, com predominância do sexo feminino. Contudo, estes profissionais assumem tal função com conhecimento mais quanto ao funcionamento do Sistema Único de Saúde, do que as teorias administrativas, o que pode justificar a deficiência algumas vezes presentes no desempenho gerencial desses profissionais.

Vários são os instrumentos legais que regulamentam as práticas gerenciais exercidas pelo(a) enfermeiro(a): O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) no Decreto nº 94.406/87 em seu artigo 8º estabelece as atribuições de direção e chefia, planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de enfermagem (COFEN, 1987).

Na Resolução COFEN 194/97 a prática da gerência pelo(a) enfermeiro(a) foi oficializada, podendo ser executada em qualquer esfera, em instituições públicas e privadas sem deixar de responder pelos serviços de enfermagem. Destacando a gerência como uma atividade estratégica que colabora na organização do processo de trabalho em saúde contribuindo com a qualificação da assistência integral à saúde (COFEN, 1997).

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem - Parecer nº CNE/CES 1.133/2001, estão inseridas algumas competências específicas da profissão, as quais se relacionam com as responsabilidades gerenciais (BRASIL, 2001). Assim, torna-se indispensável a preparação do enfermeiro assumir competências de gestão, com conhecimento profundo desde os princípios e diretrizes do SUS, a estrutura e processos de trabalho nas unidades de saúde onde irá atuar (MENEGAZ; VILLAÇA, 2015).

Menegaz e Villaça (2015) consideram que o(a) enfermeiro(a) mais mobilizada para o gerenciamento da Unidades Básicas de Saúde. E reconhecem algumas características, frequentemente, encontradas nesses profissionais como: criatividade, interesse, compromisso e capacidade de desenvolvimento de articulação de esforços coletivos.

Contudo, na prática o que presenciamos é um acúmulo de funções onde o enfermeiro na Atenção Básica além de assistencial ainda atua na gerência da unidade, na maioria das vezes sem o devido reconhecimento, com baixos salários, instabilidade no emprego e muito trabalho, podendo assim interferir na efetividade do desempenho de toda a equipe.

Espera que com a última revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2017, que recomenda a inclusão do Gerente de Atenção Básica com vista ao aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS, este papel há muito desempenhado pelo enfermeiro da unidade seja valorizado (BRASIL, 2017c).

O sistema de saúde brasileiro vem enfrentando uma série de desafios no campo da gestão do trabalho em saúde. Questões como a baixa remuneração, desmotivação profissional, precariedade/flexibilidade dos vínculos empregatícios e as dificuldades na implementação de estratégias para a redução da rotatividade dos trabalhadores vem sendo debatidas há muito tempo (VIEIRA *et al.*, 2017).

A escassez de recursos financeiros aliado a sobrecarga relacionado aos custos da assistência e aos limites decretados pela Lei de Responsabilidade Fiscal, reduzem a capacidade dos municípios em gerir a força de trabalho, desde a contratação, composição e distribuição das equipes e fixação dos profissionais necessários para atender a demanda dos serviços (RIZZOTTO *et al.*, 2014).

A gestão do trabalho é apontada como um dos pilares para a implementação do SUS, juntamente com a descentralização, o financiamento e o controle social. Considerando sua importância, em 2004, o Conselho Nacional de Saúde divulgou a 3ª edição do documento Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), que foi aprovado como Política Nacional para a Gestão do Trabalho e a Educação no SUS com o objetivo de valorizar o trabalhador no SUS e promover o vínculo das equipes como trabalho interdisciplinar e multissetorial (BRASIL, 2005).

A Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde corresponde às relações de trabalho tendo como foco central a participação do trabalhador como essencial para a efetividade e

eficiência do SUS. Considerado como sujeito e agente transformador, coparticipante nas ações e decisões sendo protagonista de práticas e saberes, durante o processo de trabalho (individual e coletivo) (MACHADO; XIMENES NETO, 2018; SEIDL, *et al.*, 2014).

Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros (BRASIL, 2017a; MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Mesmo com a elaboração de política para gestão do trabalho ainda podemos perceber, atualmente, a contratação de trabalhadores por diversos mecanismos como apresentado, da Tabela 1, quando indagados sobre o tipo de vínculos. Embora 76,8% (43) sejam servidores público estatutários, 23,2% (23) apresentam vínculos frágeis como: cargo comissionado, contrato direto pela administração pública, contrato temporário por prestação de serviço, dentre outros, revelando assim a precarização das relações de trabalho.

Em estudo realizado sobre vínculos de trabalho no setor saúde, em uma região do Oeste do Paraná, os autores classificaram os tipos de vínculo em: protegido e precário. Sendo considerado como protegido vínculos como: celetista, emprego

público e estatutário. E os vínculos precários: autonomia; bolsa; cargo comissionado; consultoria; contrato por prazo determinado; contrato verbal/informal; cooperativa; estágio; e residência (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

Outro ponto que se destaca na Tabela 1 é o mecanismo de ingresso, embora a maioria dos entrevistados 80,4% (45) tenha entrado por meio de concurso público, existe um percentual que declarou outras formas de ingresso, situação que também fragiliza a condição do trabalhador quanto aos direitos trabalhistas. Formas arbitrárias para contratação dos trabalhadores de saúde, no interior é bem comum, onde muitas vezes são feitas por indicações político partidárias ou mesmo por vínculos afetivos, muitas vezes até infringindo a lei do nepotismo, empregando os próprios familiares dos governantes. Situações essas que levam a insegurança do trabalho gerada pela proteção inadequada, pela incerteza do tempo em que permanecerá no cargo/emprego.

O Ministério da Saúde define trabalho precário como aquele realizado sem a proteção social do trabalhador e, na administração pública, engloba também todo trabalho realizado sem concurso público (BRASIL, 2009a).

A precarização do trabalho na saúde tem sido apontada um desafio para a gestão do trabalho no SUS. Embora a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde tenha desenvolvido várias ações para combatê-la, a precarização dos vínculos tem sido um o problema que persiste e precisa ser repensado quanto a força de trabalho, uma vez que afeta a diretamente a organização dos serviços de saúde

(EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

A existência de um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PPCS) fortalece as políticas de Gestão do Trabalho, gerando valorização do trabalho e que repercute na melhoria do atendimento à população. O Ministério da Saúde define o PPCS como sendo um conjunto de norma que definem a trajetória do trabalhador desde seu ingresso no cargo ou emprego, até o desligamento, regulamentando formas de ingresso, cargos e qualificações. Além disso, define os critérios de promoção, progressão, remuneração e avaliação de desempenho (BRASIL, 2017d).

A implantação de plano de carreira é um processo complexo que repercute diretamente nas finanças públicas, portanto, faz-se necessária uma análise sobre o impacto no orçamento público. Para sua elaboração é imprescindível a representação de gestores e trabalhadores. O PPCS deve ser instituído através de um Projeto de Lei ao qual deve ser submetido Câmara Municipal ou Assembleia, e, por este motivo, para garantir sua aprovação é importante uma articulação prévia entre os proponentes e o poder legislativo (BRASIL, 2017d).

A Tabela 2 exhibe os resultados referentes a existência do Plano de carreira nos municípios estudados e somente 10,7% (6) dos entrevistados confirmaram ter plano de carreira. Em seguida, quando investigada essa movimentação presente nos planos verificou-se todos os entrevistados declararam ter plano de carreira com progressão por antiguidade e por titulação e formação profissional e, somente 3,6% (2) referiram progressão segundo avaliação de desempenho e/ou mérito.

Dentre os princípios que orientam a elaboração do PCCS consta que o Concurso público como a única forma de ingresso no serviço público e a Avaliação de desempenho como um processo pedagógico, voltado para o desenvolvimento profissional e da instituição. Uma vez definida a estrutura de carreira dentro do plano, faz-se necessário definir a movimentação do trabalhador dentro desta estrutura (BRASIL, 2017d).

Tabela 2 – Variáveis relacionadas ao Plano de Carreira (n=56).

Variáveis	Sim (%/n)	Não (%/n)
<i>O(a) senhor(a) tem plano de carreira?</i>	10,7 (6)	89,3 (50)
<i>No plano, tem progressão por antiguidade?</i>	10,7 (6)	-
<i>No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?</i>	3,6 (2)	7,1 (4)
<i>No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?</i>	10,7 (6)	-
<i>O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?</i>	67,9 (38)	32,1 (18)

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

A movimentação do trabalhador dentro da estrutura de classes, no PCCS, pode ocorrer de duas formas: Promoção ou Progressão. A primeira quando o trabalhador para de uma classe para outra, no mesmo cargo tendo cumprido o tempo necessário, atendendo as exigências de qualificação ou experiência

profissional e, a segunda quando o trabalhador devido resultado satisfatório em avaliação de desempenho e por tempo de serviço, passa de um salário para outro dentro da mesma classe (BRASIL, 2017d).

Considerando a movimentação do trabalhador dentro de um plano de carreira, este pode ser um importante aliado para atrair ou fixar o profissional no município, uma vez que ele poderá ascender na carreira, além de ser um estímulo a qualificação profissional, já que poderá utilizar sua titulação e formação profissional para este fim.

Além do processo de municipalização do Sistema Único de Saúde, o Brasil vivenciou um crescimento sem explicação de município, que trouxe consigo diferenças de distribuição populacional e uma alta concentração dos empregos de saúde nos municípios de maior porte, principalmente quando se trata das quatro profissões básicas da assistência (médico, enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos) (MACHADO; XIMENES-NETO, 2018). Essas diferenças de distribuição populacional, em certa medida, definem a necessidade de contratação de recursos humanos em saúde, bem como os desafios relacionados à formação, qualificação e fixação de profissionais em contextos econômico, político, social e demográfico diversificados (SEILD *et al.*, 2014).

É notória evolução do SUS relacionada a capacidade instalada (número de estabelecimento de saúde, leitos e empregos de saúde) e que continua crescendo e gerando novos postos de trabalho. Contudo, deve-se considerar a persistência de alguns problemas estruturais, principalmente na gestão do trabalho, como

por exemplo: disparidade entre oferta e demanda, carência de profissionais no interior, precarização do trabalho, terceirização de serviços e pessoal de saúde (MACHADO; XIMENES-NETO, 2018).

Considerando a formação dos trabalhadores como um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde, O Ministério da Saúde instituiu a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2018).

O conceito de Educação em Saúde se sustenta na aprendizagem significativa (que promove e produz sentido), possibilitando a reflexão e transformação da prática profissional. Nesse contexto o aprender e o ensinar no cotidiano do trabalho em saúde se incorporam e promovem mudanças da realidade das organizações (BRASIL, 2018).

A Tabela 3 apresenta dados sobre as ações de educação permanente realizadas para os profissionais entrevistados. Observou-se a participação em algumas ações de educação permanente organizadas por várias instituições quais sejam: pela Gestão Municipal 91,1% (51), pela Gestão Estadual 71,4% (40), pela própria equipe/unidade de saúde 62,5% (35), por outras equipes/unidades de saúde 32,1% e, apenas 12,5% (7) foram pelas Universidades.

Quando questionados quanto aos tipos de ações de Educação Permanente que participaram, 76,8% (43) dos profissionais afirmaram ter participado de cursos presenciais, seguido de Troca de experiências 71,4% (40), cursos de ensino à distância pela

Universidade Aberta do SUS (EAD/UNA-SUS) 60,7% (34), Telessaúde 53,6% (30) e, Tutoria ou preceptoria 25% (14). Por fim, 92,1% (52) dos profissionais afirmaram que estas ações de EP contemplam as demandas e necessidades da equipe.

Importante destacar que mesmo em oportunidades diferentes, todos os entrevistados participaram de alguma ação de educação permanente, nas quais a iniciativa municipal tem se destacado; no entanto, os resultados apontam, também, para a necessidade de um maior envolvimento entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Dessa forma percebe-se uma possível congruência entre os resultados, ao considerar que a principal ação indicada pelos respondentes foi a realização de cursos presenciais que favorece a troca de experiência entre os participantes sobre o que pode ocorrer (ou que ocorre) no próprio município.

O Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação em saúde (BRASIL, 2009).

Tabela 3 – Ações de Educação Permanente, segundo os profissionais da Atenção Básica (n=56).

Variáveis	n	%
<i>No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela:</i>		
Gestão Municipal	51	91,1
Gestão Estadual	40	71,4
Própria Equipe/Unidade de saúde	35	62,5
Outras Equipes/Unidades de saúde	18	32,1
Universidade	7	12,5
<i>Quais dessas ações a equipe participa/participou no último ano?</i>		
Telessaúde	30	53,6
EAD/UNA-SUS	34	60,7
RUTE - Rede Universitária de Telemedicina	4	7,1
Cursos presenciais	43	76,8
Troca de Experiência	40	71,4
Tutoria/Preceptorial	14	25
<i>Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?</i>		
Contemplam muito	34	60,7
Contemplam	18	32,1
Contemplam razoavelmente	3	5,4
Não contemplam	1	1,8

Fonte: Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde.

Rizzotto *et al.* (2014) reforçam a importância do fortalecimento de parcerias entre as instituições de ensino com a gestão do SUS a fim construir estratégias que viabilizem a qualificação dos profissionais de saúde da AB, com foco na saúde coletiva; desenvolver pesquisas que revelem os diferentes aspectos de saúde na AB; ampliação dos programas de residências multiprofissionais e estruturação de pós-graduação *stricto sensu* viabilizando acesso dos profissionais dos serviços de saúde.

A organização do trabalho normalmente ocorre a partir do saber das profissões o que não garante que as práticas se complementem. Por isso, recomenda que a Educação Permanente seja definida considerando as necessidades dos profissionais de saúde e com a participação dos mesmos. Vale ressaltar ainda, a importância da gestão participativa como um instrumento no processo de mudança. As relações de trabalho e a participação do trabalhador enquanto agente transformador da realidade definindo estratégias de mudança a partir do seu local de trabalho são elementos essenciais a consolidação do SUS. Além disso, destaca-se a relevância da participação social em todo o processo de decisão (COSTA; PINHO, 2014; RIZZOTTO *et al.*, 2014).

A Tabela 4 apresenta os dados relacionado integração ensino serviço quanto a presença ou não de estudantes, residentes e/ou pesquisadores nas unidades de saúde. Os dados refletem uma dificuldade nesse processo de integração, onde apenas 21,4% (12) contam com a presença de estudantes de graduação, 39,3% (22) com estudantes de nível médio e apenas 10,7% (6) com pesquisadores. E nenhum deles citou a presença de residen-

tes de medicina ou multiprofissional.

O processo de aprendizagem na área da saúde é influenciado pelo contexto em que as práticas acontecem. Nesse sentido, destacamos a importância e a necessidade da troca de saberes no momento de formação profissional, onde a experiência prática é direcionada para a realidade do território no contexto do SUS.

Tabela 4 – Variáveis relacionadas a integração ensino serviço na saúde (n=56).

Variáveis	Sim
Estudantes de graduação	21,4% (12)
Estudantes de nível técnico	39,3% (22)
Residentes de medicina	-
Residentes multiprofissional	-
Pesquisadores	10,7% (6)

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

A condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve ocorrer por meio dos colegiados da gestão regional com a participação das comissões permanentes de integração ensino-serviço (CIES). As últimas são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS, como estava previsto na Lei 8080/90. As CIES devem atuar na elaboração de projetos de mudanças na formação e no aperfeiçoamento dos trabalhadores para a reorganização dos serviços, promovendo a transforma-

ção das práticas e a própria organização do processo de trabalho (BRASIL, 2009).

A formação dos trabalhadores em saúde no Brasil começou a ser discutida nos anos 1980, passando a ser vista como uma questão política e social, uma vez que havia um grande número de trabalhadores com precária qualificação e sem reconhecimento profissional, inseridos nos serviços de saúde (PRONKO *et al.*, 2011).

Para os autores, as iniciativas do Governo brasileiro voltadas para a profissionalização desses trabalhadores sempre foram muito deficientes, ancorada, na maioria das vezes, em trabalhos realizados pelas instituições privadas de ensino. Lembram que por alguns anos, o desenvolvimento de cursos se dava de forma muito rápida, com simples treinamentos de técnicas básicas, e eram destinados à formação, sem exigir o mínimo de escolarização. Esses cursos eram muito frequentes na área da Enfermagem.

Vários movimentos políticos e sociais influenciaram as mudanças no ensino e formação em saúde no Brasil, na tentativa de acompanhar os ideais da Reforma Sanitária e consolidar as diretrizes e princípios do SUS. O que se percebe, no entanto, é a inserção de profissionais subcontextualizados e outros tantos inaptos para trabalhar com as novas demandas da saúde e atender às necessidades da população (LIMA *et al.*, 2012).

Considerando o princípio da integralidade no SUS, a formação é imprescindível na consolidação da atenção à saúde. É preciso romper com modelos tradicionais de cuidar e absorver inovações na prática, na formação, e integrar saberes acadêmicos

e populares. Para alcançar a inversão do modelo assistencial vigente no Brasil, concretizando a integralidade e os demais princípios do SUS, se faz necessária uma reestruturação nas matrizes curriculares, redirecionando o conhecimento, buscando práticas mais adequadas às necessidades sociais e às demandas por serviços de saúde (JORGE *et al.*, 2012).

A subjetividade envolvida no trabalho em saúde exige cada vez mais dos trabalhadores uma integração entre os conhecimentos adquiridos na formação profissional e as competências necessárias no enfrentamento do processo saúde doença. Mostrando-se uma necessidade de uma formação teórica sólida e o desenvolvimento de habilidades práticas voltadas para a realidade local, o que só acontece quando o currículo permite o estudante de graduação ser inserido em cenários de prática desde o início do seu curso (MACHADO; XIMENES-NETO, 2018; VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

É importante que as demandas emergentes do processo saúde-doença-cuidado-trabalho sejam inseridas na formação acadêmica e na educação permanente dos trabalhadores do SUS, contribuindo para a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, em especial na Atenção Básica (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

O estudo poderá contribuir para a implementações das políticas públicas já existente quanto a valorização dos trabalhadores do SUS seja sensibilizando os gestores para essa importância ou alertando os profissionais para que se mobilizem e possam lutar por essas conquistas.

Ao analisar as variáveis do presente estudo sentimos falta de algumas informações que poderiam retratar melhor o perfil dos profissionais entrevistados, tais como: idade, sexo, tempo de formado e formação complementar. E, considerando que nossa análise se deu a partir dos dados do PMAQ-AB, a ausência desses dados pode constituir-se em uma limitação do estudo.

Conclusão

É reconhecido que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGETS), o Ministério da Saúde tem formulado e implementado políticas visando a valorização dos trabalhadores do SUS, com ênfase nos direitos, condições de trabalho, formação e qualificação profissional. Contudo, o presente estudo revela que a precarização do trabalho na saúde é uma realidade constituindo-se um desafio a consolidação e credibilidade do estabelecimento de vínculos no SUS. Verificou-se a necessidade de implementação do Plano de Carreira, Cargos e Salários que, poderia ser uma motivação a mais para o trabalhador, além de promover a fixação destes no município vislumbrando sua ascensão ainda pode incentivá-lo a buscar qualificação.

O(A) enfermeiro(a) desponta como profissional responsável pelo gerenciamento da Unidade Básica de Saúde, prática frequente no Brasil, mas, na maioria das vezes não é um cargo legitimado incorrendo no acúmulo de funções. Entretanto, o instrumento do PMAQ-AB não permitiu o aprofundamento dessa análise.

Conquanto tenha sido apresentado a participação dos en-

trevistados em diversas ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), realizadas pelas instituições, não se pode afirmar se as diretrizes da Política da Educação Permanente em Saúde encontram-se implantadas. Pondera-se o entendimento se as ações são pontuais e/ou executadas pelas áreas técnicas, em diferentes cenários de práticas.

Embora as Instituições de Ensino Superior participem de atividades sobre qualificação profissional, realização de pesquisas sobre aspectos do processo saúde-doença-trabalho na Atenção Básica, observa-se nos formulários respondidos, lacunas sobre uma efetiva integração entre as IES e as unidades de saúde. Além disso, essas unidades são cenários indispensáveis a formação dos profissionais no/para o SUS.

Agradecimentos

À Fundação Edson Queiroz, à Universidade de Fortaleza, à Diretoria de Pesquisa Desenvolvimento e Inovação (DPDI) e ao Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq-PIBIC), pela concessão de bolsa de Iniciação Científica.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Educação; Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº. 1.133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série J. cadernos-MS). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf. Acesso em: 3 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 648/GM 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional da Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Gestão e Regulação do trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-e-regulacao-do-trabalho-emsaudef#:~:text=Gestão%20do%20trabalho%20em%20saúde%3A%20trata%20de%20questões%20relativas%20à,da%20política%20de%20saúde%20do>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade.** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017c. Disponível em: http://https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Plano de carreira, cargos e salários do SUS: cartilha para entendimento e utilização prática dos protocolos de negociação do SUS.** Brasília: DIEESE, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042013000300002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2020.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. **Índice de desenvolvimento municipal (IDM) Ceará - 2016**. Fortaleza, 2016. 106 p. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/estudos_sociais/idm/IDM_2016.pdf. Acesso em: 21 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN - 194, de 18 de fevereiro de 1997, Conselho Federal de Enfermagem. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 1997.

COSTA, A. C. M.; PINHO, J. R. O. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família**: o planejamento e o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. São Luís: EDUFMA, 2014.

CRUZ, M. M. *et al.* Uso do planejamento a autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 124-139, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600124&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2018.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde**

debate, Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p. 18-29, mar. 2015.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000100018&lng=en&nrm=iso.
Acesso em: 20 jul. 2020.

JORGE, M. S. B. *et al.* Processo formativo em saúde e suas valises teórico-metodológicas. *In*: JORGE, M. S. B.; LIMA, L. L.; PINTO, A. G. A. (org.) **Caminhos da formação em saúde: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão**. Fortaleza: EdUECE, 2012.

LIMA, L. L. *et al.* Sentidos e significados da integralidade e interdisciplinaridade na formação em saúde. *In*: JORGE, M. S. B.; LIMA, L. L.; PINTO, A. G. A. **Caminhos da formação em saúde: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão**. Fortaleza: EdUECE, 2012.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso.
Acesso em: 20 jul. 2020.

MAGNAGO, C. *et al.* Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501521&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

MARTINS, M. I. C. Desafios para a gestão do trabalho em saúde no setor público. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000200101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2018.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo Avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 39, n. 107, p. 1003-1043, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401033&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2018.

MENEGAZ, L. J.; VILLAÇA, L. M. S. O enfermeiro na Gestão da Unidade Básica de Saúde - Revisão da Literatura. **Rev. Saúde da Ajes**, Juína, v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <http://revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/download/112/82>. Acesso em: 27 jul. 2020.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P.A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 393-400, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200393&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601903&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2018.

PRONKO, M. *et al.* **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

RIZZOTTO, M. L. F. *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 237-251, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600237&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 out. 2018.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 94-108, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

STAFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Unesco. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Implicação do processo de formação e educação permanente para atuação interprofissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 2, e20180359, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200181&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020.

VIEIRA, S. P. *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000100110&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

Primeiro contato: atributo essencial da atenção primária sob a perspectiva do usuário

*Kerma Márcia de Freitas
Brenda Pinheiro Evangelista
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
João Paulo Xavier Silva
Breno Pinheiro Evangelista*

Introdução

A Atenção Primária a Saúde (APS) corresponde ao modelo de atenção que apresenta um conjunto de estratégias individuais e coletivas que promovem cuidados de forma humanizada e acolhedora ao usuário. O seu processo de trabalho está interligado à promoção e proteção da saúde, constituindo-se como a Rede de Atenção Básica, pautada na resolutividade dos problemas de saúde associado aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelo decreto 7508/11 (PORTELA, 2017).

O Programa Saúde da Família (PSF), por sua vez, foi instituído para ampliar o acesso do primeiro contato dos usuários aos serviços da APS, objetivando-se promover mudanças no hegemônico modelo assistencial. Posteriormente, esse programa foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) no ano de 2006, implementado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que obteve atualizações em 2011 e 2017 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A PNAB é responsável por ampliar a resolutividade das ações e serviços, proporcionando ao usuário o acesso universal e uma multidimensionalidade assistencial. As contribuições dessa política consolidam o contato preferencial dos usuários, efetivando a porta de entrada através da atenção integral e a incorporação de ações de vigilância em saúde na atenção básica, com base nos princípios e diretrizes que apresentam caráter transitório para a ESF (BRASIL, 2017a).

Ademais, assegura aos usuários o acesso na perspectiva da universalidade e da equidade, ordenado conforme as diretrizes operacionais do SUS, nas quais se estabelecem planejamentos, planos e metas. Essa política apresenta estratégias organizacionais para o trabalho da gestão e estimula a participação popular e o controle social nos serviços de saúde, considerando uma gestão democrática e participativa.

Nesse contexto, a efetivação da qualidade da assistência se encontra associada aos elementos facilitadores e pela variedade de recursos ofertados na APS. Destacam-se nesse processo os atributos essenciais para o acesso, sendo o primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, instituídos no sentido de promover o acesso dos usuários aos serviços de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Dentre os atributos essenciais para o acesso, o “primeiro contato” contempla a busca de serviços para resolutividade das necessidades de assistência em cuidados à saúde pelos profissionais, vale ressaltar que esse atributo favorece as práticas de avaliação em saúde no âmbito primário, além de contribuir para a

qualidade, planejamento e ações nos serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2015).

No âmbito primário, a assistência à saúde contempla atributos essenciais para a qualidade do acesso dos usuários aos serviços de saúde, uma vez que para garantir o primeiro contato aos sistemas de saúde, se faz necessário a acessibilidade para o atendimento dos profissionais, articulação do acesso integral e a continuidade em diferentes serviços multiprofissionais (GIOVANELLA, 2018).

Nessa perspectiva, o acesso integral a saúde é pautada em todos os níveis da assistência à saúde, com ênfase na APS. Entretanto, a insatisfação dos usuários é algo frequente quando questionados acerca da qualidade do acesso, sendo as fragilidades explanadas diretamente associadas a falta de recursos provenientes dos gestores e indisponibilidade dos profissionais em virtude da demanda de serviços na atenção básica (PORTELA, 2017).

As dificuldades dos usuários no que tange ao acesso é frequente no âmbito da APS, sendo que frente a necessidade assistencial, por vezes a estrutura e os recursos são insuficientes para a sua resolução. Nesse contexto torna-se necessário o encaminhamento pelos profissionais para os diversos serviços de saúde. Nessa articulação, o atendimento humanizado e acolhedor se constitui como um direito a saúde da população que repercute nos sistemas de monitoramento da saúde e podem apresentar resultados negativos na qualidade de vida dos usuários e nas reflexões diante dos sistemas de avaliação da saúde (GONTIJO *et al.*, 2017).

Diante desse pressuposto, existem várias propostas que foram elaboradas com a finalidade de aperfeiçoar o acesso nas unidades de saúde, sendo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) precursor de mudanças do modelo de atenção, composto de quatro fases que estiveram presentes até o segundo ciclo de 2013, sendo elas: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontra-tualização (BRASIL, 2011).

O processo de avaliação referente ao PMAQ-AB institui soluções no sentido de viabilizar e ampliar o acesso e melhorar as ações dos profissionais para obtenção de resultados satisfatórios, fortalecendo a participação dos gestores para aumentar a capacidade e a elaboração de intervenções, e gerando a autonomia dos profissionais para a execução do trabalho com resultados satisfatórios para a promoção e prevenção da saúde (FAGUNDES *et al.*, 2018).

A avaliação da atenção primária consiste em analisar os componentes dos serviços no sentido de aprimorar a assistência prestada através de intervenções e tecnologias implementadas pelos profissionais. O método de avaliação está associado à produção de instrumentos e conhecimentos para a melhoria do acesso (JALES; JALES; GOMES, 2017).

Os instrumentos para a avaliação na atenção primária são necessários para identificar os progressos e retrocessos no âmbito do acesso universal e o monitoramento dos resultados, no sentido de refletir quanto às peculiaridades dos serviços voltados para as concepções organizacionais e mecanismos que avaliem a satisfa-

ção dos usuários, perspectivas dos profissionais e gestores relacionados às práticas de saúde na APS (PINTO; NASCIMENTO; NICHIATA, 2019).

Nesse sentido, execução do PMAQ, posteriormente, passou a ocorrer em três fases distintas que se complementam e formam um ciclo contínuo para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, corroborando para um eixo estratégico transversal de desenvolvimento, sendo as fases denominadas de adesão e contratualização, certificação e recontratualização (BRASIL, 2015).

A situação atual nas regiões brasileiras referente ao acesso na APS apresenta dificuldades, em virtude da falta de profissionais em áreas de difícil alcance, além dos horários restritos para conseguir o atendimento, sobrecarga dos profissionais, falta de infraestrutura e ações que facilitem o acesso, sobretudo, associadas ao primeiro contato (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Diante do exposto, originaram-se as seguintes indagações: existe efetivação do atributo primeiro contato nos municípios que compõem a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde? Quais os principais avanços e desafios segundo a perspectiva do usuário para a efetivação desse atributo?

Considerando a APS como porta de entrada e cenário privilegiado para o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde e tendo a participação popular como importante componente no processo de desenvolvimento e construção do sistema de saúde, surgiu o interesse em conhecer a opinião dos usuários da APS quanto ao acesso e a qualidade dos serviços prestados.

Desta forma, a realização do presente estudo justifica-se pela importância de fazer notório se existe qualidade nesses serviços mediante a perspectiva dos usuários, estabelecer subsídios para melhorar a assistência e incentivar a gestão na garantia de estratégias acolhedoras com abrangência, devido à explanação dos avanços e desafios que devem ser superados. Ressalta-se a importância de conhecer programas de avaliação no âmbito primário, no qual o PMAQ-AB consiste em avaliar a qualidade dos serviços, incentivando aos gestores a efetivação dos atributos essenciais e a melhorar a assistência diante desse cenário.

A pesquisa apresenta relevância para os profissionais da saúde e áreas assistenciais, por abordar as contribuições do atributo essencial, primeiro contato, como eixo norteador do usuário para o acesso aos serviços e pela importância da efetivação nesse contexto. Desse modo, os resultados explanados contribuem para a realização de estratégias dos profissionais do âmbito primário e dos gestores para obter resultados satisfatórios para a qualidade do acesso aos serviços e proporcionar mudanças referentes aos resultados posteriores do PMAQ-AB.

No que concerne à relevância social e científica na abordagem do tema, apresenta-se por meio de compreender a situação atual referente aos determinantes associados às falhas e adesão acerca do acesso universal dos usuários aos serviços da APS, com a contribuição científica primordial para apresentar magnitude do atributo essencial, primeiro contato, e os aspectos que envolvem as falhas e desafios diante a sua efetivação para promover publicações científicas que contribuem para análise das repercussões,

novas descobertas e futuros estudos relacionadas a essa temática.

O presente estudo teve como objetivo analisar a efetivação do atributo essencial, primeiro contato, a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Método

Essa pesquisa corresponde a um recorte de uma tese intitulada “Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e as repercussões na estratégia saúde da família” desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. A referida tese objetivou analisar as repercussões da avaliação externa do Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na qualidade da atenção e organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, nos municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará (17ª CRES).

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. O cenário foi composto pelos sete municípios que compõem a 17ª CRES, localizada na região Centro-Sul do Ceará e composta por 171.124 habitantes, sendo que o município de Icó é o mais populoso e sedia essa região de saúde. Os municípios são: Baixo, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari. Salienta-se que todos se encontram na Classe 4 de Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM), o mais baixo na classificação do Instituto de Pesquisa do

Ceará – IPECE (CEARÁ, 2016).

As equipes de saúde da família distribuídas por município da 17ª Região de Saúde, apresentam o seguinte perfil, de acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Quadro 1 – Cobertura populacional estimada de equipe saúde por município.

Município	População (hab.)	Equipe Saúde Família(n)	Cobertura (%)
Baixio	6.228	02	100
Cedro	25.063	10	100
Icó	67.486	20	100
Lavras da Mangabeira	31.035	09	100
Ipaumirim	12.349	04	100
Orós	21.292	09	100
Umari	7.671	03	100
Total	171.124	57	-----

Fonte: e-gestor, 2018.

O processo analítico-interpretativo esteve ancorado na utilização dos microdados provenientes da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB, disponíveis no site do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>).

Para a seleção das variáveis, utilizou-se como parâmetro os atributos definidos por Starfield (2002), sendo estas extraídas

do Módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, mais especificamente das dimensões III, IV e V. Esse módulo agrega dados provenientes da entrevista com os usuários, relacionados à satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. A coleta no banco de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2020 (BRASIL, 2017b).

Quadro 2 – Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao acesso na Atenção Básica.

Dimensão III. Identificação do usuário
<i>III.3.1 Sexo</i>
<i>III.3.2 Qual é a idade do(a) senhor(a)?</i>
<i>III.3.3 Qual seu Estado civil</i>
<i>III.3.4 Qual a cor da pele/raça você considera como sendo a sua?</i>
<i>III.3.5 Até que série o(a) senhor(a) estudou?</i>
<i>III.3.6 Qual sua renda familiar?</i>
<i>III.3.7 Quantas pessoas, contando com o(a), vivem/moram na sua casa?</i>
Dimensão IV. Acesso à unidade de saúde
<i>IV.4.1 Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade básica de saúde/posto de saúde?</i>
<i>IV.4.2 O horário de funcionamento da unidade é informado?</i>
<i>IV.4.3 A unidade funciona os cinco dias da semana?</i>

<i>IV.4.4 Quais os períodos esta unidade de saúde funciona (manhã; tarde; noite; sábados)?</i>
<i>IV.4.5 O horário de funcionamento atende às necessidades do senhor(a)?</i>
<i>IV.4.6 Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a UBS atendesse (mais cedo que o horário de costuma abrir; à tarde até às 18h; à noite; no horário do almoço; aos sábados; aos domingos; 24h)?</i>
<i>Dimensão V. Acesso ao atendimento</i>
<i>V. 5.2 Para quais os serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta UBS?</i>
<i>V.5.3 O(A) senhor(a) realizou alguma consulta nesta unidade nos últimos 12 meses?</i>

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Destarte, o processo analítico desses dados pautou-se no conceito de acesso, considerando as prerrogativas teórico-conceituais estabelecidas por Starfield (2002) ao definir primeiro contato como atributo essencial da APS. Os microdados foram organizados, tabulados e consolidados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 22. Utilizou-se estatística descritiva, a partir da frequência e percentual. A discussão dos dados se deu ao confrontá-los com a literatura pertinente.

Considerando que os dados dessa pesquisa estão disponíveis em uma fonte de acesso público, na qual as informações registradas não possibilitam a identificação direta ou indireta dos sujeitos, não se fez necessária apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa. Apesar disto, foram considerados os aspectos ético-le-

gais preconizados na Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

Resultados e discussão

A Tabela 1 apresenta as variáveis da dimensão III que estão relacionadas à caracterização dos usuários entrevistados no terceiro ciclo do PMAQ-AB nos municípios que compõem a 17ª CRES. Foram entrevistados 229 usuários, destes, 80,3% eram do sexo feminino, estavam concentrados, 74,3%, na faixa etária entre 30 e 59 anos, com apenas 5,2% 15 e 19 anos. Sobre a cor de pele/raça, a maioria dos usuários se declarou sendo da cor parda/mestiça (41,9%). O estado civil predominante foi casado(a) com 65,1%.

Tabela 1 – Variáveis de caracterização sociodemográfica do usuário (n=229).

VARIÁVEIS	N	%	VARIÁVEIS	N	%
Sexo			Estado civil		
Masculino	45	19,7	Solteiro(a)	58	25,3
Feminino	184	80,3	Casado(a) ou união estável	149	65,1
Faixa etária			Divorciado(a), Desquitado (a) ou separado judicialmente	11	4,8
15-19 anos	12	5,2	Viúvo(a)	11	4,8
20-29 anos	47	20,5	Cor de pele/raça		
30-39 anos	62	27,1	Branca	75	32,8
40-49 anos	46	20,1	Preta	19	8,3
	62	27,1			

50-59 anos			Amarela	37	16,2
Escolaridade			Parda/mestiça	96	41,9
Não é alfabetizado	14	6,1	Indígena	2	0,9
É alfabetizado	10	4,4	Renda familiar (SM*)		
Ensino fundamental incompleto	51	22,3	1	197	86,0
Ensino fundamental completo	25	10,9	1-2	29	12,7
Ensino médio incompleto	23	10,0	6-10	2	9
Ensino médio completo	81	35,4	Mais de 10	1	4
Ensino superior incompleto	11	4,8	Pessoas por domicílio		
Ensino superior completo	11	4,8	1 pessoa	10	4,4
Pós-graduação	3	1,3	2-3 pessoas	109	47,6
			4-5 pessoas	93	40,6
			6-7 pessoas	16	7,0

SM = Salário-mínimo.

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

A escolaridade predominante, por sua vez, foi ensino médio completo, responsável por 35,4%, contudo, vale destacar um percentual significativo (32,8%) que estão compreendidos entre os não alfabetizados (6,1%), os alfabetizados (4,4%) e os que tem

o ensino fundamental incompleto (22,3%). Verificou-se que 86% mencionaram uma renda familiar menor que um salário-mínimo. No que diz respeito ao número de pessoas que residem nas casas dos usuários entrevistados (contando com o entrevistado), o mais frequente (47,6%) foi entre 2 e 3 pessoas, porém 47,6% convivem em um domicílio com mais de quatro pessoas.

No que tange a distribuição de acesso por gênero aos serviços de APS, o predomínio do sexo feminino reforça a consolidação de políticas públicas direcionadas à saúde das mulheres que são operacionalizadas no âmbito da ESF. É reconhecida a busca constante pelos serviços de saúde por esse grupo, dentre os quais se podem citar: prevenção e rastreamento de doenças e infecções, planejamento reprodutivo, acompanhamento gestacional, dentre outros. Em contramão, no que concerne à baixa adesão e participação do público masculino, se evidencia a escassez de programas voltados a saúde do homem, bem como a falta de estratégias para ampliação do acesso e incentivo pela busca dos serviços de saúde por esse público (LEVORATO *et al.*, 2014).

A distribuição dos usuários conforme faixa etária aponta uma predominância situada no público adulto jovem (20-29 anos) e de usuários adultos (40-49 anos). Deste modo, vale ressaltar a baixa de participação de pessoas mais jovens com faixa etária de 15 a 19 anos nos serviços de saúde. Nesse sentido, Medeiros *et al.* (2018) aborda as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde para atrair os adolescentes à unidade de saúde, destacando-se a insuficiência de recursos e materiais provenientes da gestão e a falta de estratégias multiprofissionais que pro-

movam ações individuais e coletivas que atendam a esse público.

Em relação a escolaridade, percebe-se uma distribuição não proporcional entre os usuários escolarizados, alfabetizados e com formação não concluída. Salienta-se que a superação de desigualdades educacionais é importante, inclusive, para melhor compreensão de informações que contribuem para o cuidado com a saúde. Faz-se, portanto, necessária a implementação de estratégias intersetoriais efetivas associadas a educação, pois fortalecem o acesso aos serviços de saúde (PINTO *et al.*, 2016).

As baixas condições socioeconômicas são evidenciadas no perfil dos usuários pela acentuada sobreposição de famílias com renda mensal inferior a um salário-mínimo. Esse fato é retrato de um processo histórico de desigualdades e injustiças sociais que tem reflexos também no acesso aos serviços na APS. A literatura salienta a importância de recursos financeiros para a aquisição de uma alimentação saudável, por exemplo, no qual esses fatores contribuem para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, sendo que os usuários que possuem maior renda têm menor probabilidade de apresentarem dificuldades para a adesão a uma alimentação saudável (LINDEMANN; OLIVEIRA; SASSI, 2016).

Os achados relacionados ao elevado número de pessoas por domicílio são semelhantes à literatura acerca da relação entre renda e composição domiciliar. No que concerne ao contexto de bem-estar e qualidade de vida, os usuários mais desprovidos de renda necessitam de redes de suporte e o apoio de políticas públicas, pois são os mais acometidos com os aspectos nutricionais,

sociais e situações de vulnerabilidade (MOREIRA; GUERREIRO; BESSONI, 2019).

A Tabela 2 expressa os dados da dimensão IV, Acesso à Unidade de Saúde, na percepção dos usuários entrevistados durante o terceiro ciclo do PMAQ na Atenção Primária à Saúde, os quais, foram indagados quanto aos aspectos que envolvem o horário de atendimento. Pudemos assim discorrer sobre o atributo essencial, primeiro contato, relacionando o acesso em conformidade aos horários de atendimento

Tabela 2 – Variáveis relacionadas ao acesso à unidade de saúde – dias e horários de funcionamento (n=229).

Variáveis	Sim		Não		NS/NR		Às vezes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
O horário de funcionamento é informado?	227	99,1	2	0,9	-	-	-	-
A unidade funciona os 5 dias da semana?	227	99,1	2	0,9	-	-	-	-
A unidade funciona pela manhã?	228	99,6	1	0,4			-	-
A unidade funciona pela tarde?	221	96,5	7	3,1	1	0,4	-	-
A unidade funciona à noite?	1	0,4	227	99,1	1	0,4	-	-

A unidade funciona aos sábados?	2	0,9	226	98,7	1	0,4	-	-
O horário de funcionamento atende às suas necessidades?	216	94,3	4	1,7	-	-	9	3,9
Gostaria que a UBS atendesse mais cedo?	28	12,2	201	87,8	-	-	-	-
Gostaria que a UBS atendesse à tarde até as 18h?	32	14,0	197	86,0	-	-	-	-
Gostaria que a UBS atendesse à noite?	30	13,1	198	86,5	-	-	-	-
Gostaria que a UBS atendesse no horário do almoço?	27	11,8	202	88,2	-	-	-	-
Gostaria que a UBS atendesse aos sábados?	50	21,8	179	78,2	-	-	-	-
Gostaria que a UBS atendesse aos domingos?	32	14,0	197	86,0	-	-	-	-

Gostaria que a UBS atendesse 24h?	28	12,2	201	87,8	-	-	-	-
-----------------------------------	----	------	-----	------	---	---	---	---

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Sobre o horário de funcionamento da unidade 99,1% confirmaram que recebem esta informação. Quando questionados sobre horários específicos de funcionamento a maioria (99,1%) declarou que a unidade funciona os cinco dias da semana, nos turnos manhã e tarde, porém não atende à noite nem aos sábados. Vale ressaltar que um percentual de 3,1% revelou que a unidade não funciona a tarde.

Ao serem questionados sobre o atendimento às suas necessidades a partir do horário de funcionamento, 5,6% dos usuários relatam que o horário de funcionamento não atende ou atende às vezes às suas necessidades. Ao investigar o desejo dos usuários por horários alternativos de atendimento, os dados mostram que os usuários também almejam a implementação de mudanças nos horários estabelecidos para o atendimento, no sentido de ampliar o acesso aos serviços de saúde do âmbito da APS, considerando a incompatibilidades entre o horário de funcionamento da unidade e o do trabalho dos usuários.

Esses dados apontam que, majoritariamente, o acesso aos serviços se dá ao longo da semana em horário comercial. Porém, ao cruzarmos essa análise com o perfil do público atendido, pode-se inferir que o não funcionamento da ESF em horários alternativos, à noite e/ou finais de semana pode representar um fator

impeditivo ao acesso, por exemplo, dos usuários que têm atividades laborais durante o dia, majoritariamente os usuários do sexo masculino.

Em investigação prévia que corrobora com esses achados, autores dialogam com as proposições de Starfield (2002) aqui defendidas, ao apontarem possibilidades e limites do atendimento noturno no cenário da APS, referindo que a ampliação nos horários de funcionamento corresponde à estratégia profícua para melhorar o acesso da clientela masculina aos serviços de saúde (CORDEIRO *et al.*, 2014).

Corroborando com essa perspectiva, a PNAB estabelece em suas diretrizes estratégias para o fortalecimento do acesso através do potencial resolutivo que busca a pactuação de novas mudanças positivas que estão de encontro com as demandas de saúde. O horário de funcionamento estipulado pela política para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) é de 40 horas/semanais, no mínimo cinco dias da semana. Porém, não impede ajustes para facilitar o acesso mediante as necessidades evidenciadas pelos usuários, já os horários alternativos podem ser pactuados pela equipe para ampliar resolutividade das estratégias de cuidado (BRASIL, 2017a).

Ao envidar esforços para consolidar os princípios da APS no contexto do atendimento, o Ministério da Saúde lançou em 2019, por meio da portaria 930/2019, o “Saúde na Hora”, visando estender o horário de funcionamento da ESF a partir do incentivo orçamentário aos municípios que aderirem ao programa. Porém, o repasse está condicionado à critérios específicos, que nem sem-

pre são adotados pelos gestores municipais de saúde (BRASIL, 2019).

Investigação empírica anterior sobre o acesso e utilização dos serviços da ESF referiu que o horário de funcionamento estaria entre as divergências entre os gestores e profissionais com relação aos usuários. Os horários alternativos, podendo ser nos finais de semana ou após as 18 horas nos dias úteis, representam um esforço com vistas a maior utilização da APS como primeiro contato com os serviços de saúde e, conseqüentemente, potencializando o acesso (REIS *et al.*, 2012).

Assim, resgata-se a elucidação conceitual na qual o primeiro contato do usuário é considerado o atributo inicial e essencial relacionado aos serviços, sendo a porta de entrada no sistema nacional de saúde. Desse modo, pensar em estratégias que ajustem os horários de atendimento e funcionamento na ESF significa potencializar o acesso e assim promover a sua efetivação (STARFIELD, 2002).

A Tabela 3 apresenta os dados da dimensão V, Acesso ao atendimento, na percepção dos usuários entrevistados. Nela estão contidos os motivos pelos quais os usuários costumam procurar as UBS.

Tabela 3 – Variáveis relacionadas ao acesso ao atendimento – serviço mais procurados.

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
<i>Para quais os serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta UBS?</i>				
Consultas agendadas	203	88,6	26	11,4
Consulta não agendada (solicitação atestado, exames e encaminhamentos, renovação de receitas)	179	78,2	50	21,8
Atendimento de urgência	136	59,4	93	40,6
Busca de medicamentos	207	94,8	12	5,2
Vacinação	208	90,8	21	9,2
Atendimento odontológico	130	56,8	99	43,2
<i>Realizou alguma consulta nesta unidade nos últimos 12 meses?</i>	224	97,8	5	2,2

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Conforme se visualiza acima, 98,7% dos usuários referiram que procuram a unidade básica de saúde como primeira opção de serviço quando precisa de atendimento. Esses dados demonstram que nesta região estudada a atenção básica assume o seu papel de representar a porta de entrada do sistema de saúde. Os dados apontam para a conformação factível do atributo essencial, primeiro contato, na realidade estudada.

Neste sentido, a literatura especializada reafirma esse entendimento ao sugerir que a APS se caracteriza substancialmente pela realização de estratégias em saúde individuais e coletivas,

considerada como o primeiro contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (KASHIWAKURA; GONÇALVES; DA SILVA, 2016).

Complementar a essa discussão, outros autores reforçam evidências disponíveis na literatura relacionadas ao atributo essencial, primeiro contato, salientando a necessidade de que cada vez mais políticas de saúde e gestores estejam integrados para a efetivação do acesso dos usuários nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, porém, fundamentalmente na APS. Isso se torna possível por considerar que esse modelo de atenção à saúde está diretamente em contato com as comunidades e usuários, inserido em seu território vivencial (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Quando interrogados sobre quais serviços os usuários costumavam procurar na unidade básica de saúde, 88,6% responderam consultas agendadas, 59,4% para atendimento de urgência, 90,8% para vacinação e 56,8% para atendimento odontológico. Destaque para 78,2% que buscam a unidade para serviços sem agendamento, como solicitação de atestado, exames e encaminhamentos, renovação de receitas, dentre outros e, ainda 94,8% que vão a unidade para busca de medicamentos.

Nessa perspectiva, a ampliação do acesso apresenta-se como um dos elementos que podem facilitar ou dificultar a adesão dos usuários na busca pelos serviços. Esse acesso também predispõe a viabilidade da continuidade do cuidado, uma vez que a flexibilidade em marcar as consultas está diretamente relacionada à continuidade nos serviços, onde se percebe que a porta de entrada ao acesso exige a aprimoramento da atenção à saúde

associada as práticas dos profissionais (SANTOS *et al.*, 2017).

A qualidade do acesso aos serviços da APS está relacionada à oferta de estratégias dos profissionais e gestores que promovam o maior alcance de uma cobertura assistencial, vínculo do profissional para com a população, integralidade e acessibilidade conforme a necessidade dos usuários e o fortalecimento das redes de atenção à saúde. Os instrumentos e programas de avaliações são considerados fundamentais para o monitoramento da oferta de serviços qualificados para a população (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Entre os pontos positivos destacados nas variáveis, ressalta-se o alto percentual de consultas agendadas, uma vez que esse atendimento é relevante em virtude do acolhimento de usuários que possuem necessidades de saúde, na qual não se encontram relacionadas ao cuidado continuado. Já a demanda espontânea favorece o atendimento do usuário que necessite de atenção em saúde de forma imediata, além da solicitação de atestados, exames, renovações de receitas e encaminhamentos para a atenção secundária, que não pode ser adiada para o dia posterior (VIDAL *et al.*, 2019).

Enfatiza-se a necessidade de atendimento a demanda espontânea (sem agendamento), tendo em vista que existem casos que necessitam de um atendimento urgente ou que, por vezes, não se enquadra nos programas específicos das consultas agendadas. Além disso, há preocupação da busca de medicamentos sem atendimento com orientação sobre esse uso de medicamentos, identificação dos problemas relacionados ao uso de medicamentos, como reações adversas e interações medicamentosas, onde é ne-

cessária a orientação de profissionais de saúde para promoção da segurança e eficácia no uso de medicamentos (CARNUT, 2017).

Outro aspecto a ser considerado é a possibilidade de reduções do fluxo de internamentos hospitalares que podem ser resolvidos na APS em virtude do acolhimento ao atendimento de urgências, no qual esses profissionais podem possibilitar a resolutividade dos casos de urgência e prevenção de agravos e promoção da saúde. Desta forma, o atendimento da demanda espontânea é crucial para o processo assistencial à saúde, além disso, destacam-se os atendimentos odontológicos, que objetivam promover o acesso para os usuários de forma integral e humanizada (COUTO, 2018).

Sob outra compreensão, a proporção significativa de usuários que referem ir a unidade para buscar medicamentos merece uma reflexão acerca da perpetuação do modelo biomédico ao longo dos anos, que ainda hoje reflete na assistência a saúde pelo paradigma biopsicossocioespíritual, adotada na APS. Considera-se que o caráter curativista e medicalizador ainda está presente nas práticas de saúde no âmbito da atenção básica e, por mais que os dados apontem para um maior acesso dos usuários na unidade com vistas à medicalização, deve-se questionar se esse resultado, além de favorável na análise do atributo essencial primeiro contato, também deve ser refletido sob outros enfoques, como os de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Nesse âmbito, críticos referem o surgimento de um novo marco conceitual no campo da saúde pública, no qual a (des)medicalização na APS deve ser considerada como um processo que

valorize a vida dos usuários que, nem sempre são portadoras de doenças ou distúrbios fisiopatológicos, mas que devido ao hábito cultural de relacionar saúde com medicamentos, só demonstram satisfação ao retornar para casa com receitas e prescrições (CARLOS NETO, 2017).

Dessa forma, o acesso de primeiro contato aos serviços na APS deve também pôr em destaque a busca por estratégias de prevenção e promoção, visando qualidade de vida e bem estar e não necessariamente estando relacionado a processos de agudização de doenças.

Conclusão

Com a realização desse estudo, foi possível analisar a efetivação do atributo essencial, primeiro contato, a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. Isso se deu com a elucidação do acesso nas dimensões contidas no módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, permitindo uma discussão dos dados referentes a satisfação e percepção dos usuários quanto ao acesso aos serviços de saúde.

Genericamente, percebe-se que o PMAQ favorece a análise da assistência da Atenção Básica proporcionada aos usuários para a ampliação de novas estratégias que ampliem o acesso aos serviços de saúde bem como a resolutividade das ações. Assim, a APS apresenta uma variedade de serviços que refletem no acolhimento e que se faz necessário a expansão de estratégias voltadas a transmissão de informações sobre a importância da participa-

ção dos públicos com menor participação nos serviços de saúde, como os homens e adolescentes.

Ademais, considera-se que apesar da satisfação da maioria dos usuários quanto ao horário de funcionamento, urge a necessidade de que aconteçam flexibilizações quanto ao horário de atendimento da unidade, no sentido de ampliar o acesso aos serviços. Em complementaridade, constatou-se que o agendamento de consultas favorece o acesso, mas o atendimento de demanda espontânea também é profícuo, contribuindo para a prevenção de agravos e redução de encaminhamentos desnecessários para a atenção secundária.

Sugere-se a elaboração de novas estratégias para a expansão do horário de atendimento conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica para a efetivação do atributo essencial, primeiro contato, de forma holística e abrangente, no qual proporcione a captação dos usuários, no sentido de satisfazer as suas necessidades em saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria no 1654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa Saúde na Hora, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-930-de-15-de-maio-de-2019-104562211>. Acesso em: 30 jul. 2020.

CARLOS NETO, D. A (des)medicalização na Atenção primária: o surgimento de um novo cenário na saúde pública. **Rev. Científica FAGOC**, v. 2, n. 1, p. 9-14, 2017.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out./ dez., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. **Índice de desenvolvimento municipal (IDM) Ceará - 2016**. Fortaleza, 2016. 106 p. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/estudosociais/idm/IDM2016.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CORDEIRO, S. V. L. *et al.* Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 644-648, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000400644&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2020.

COUTO, T. A. Práticas de cuidado da equipe da estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 36-43, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/230589/25843>. Acesso em: 17 jul. 2020.

DAMASCENO, A. N. *et al.* Acesso de primeiro contato na Atenção Primária a Saúde: revisão integrativa. **Rev. APS**, v. 19, n. 1, p. 122-138, 2016. Disponível em: <https://periodicos>

.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15624. Acesso em: 20 jul. 2020.

FAGUNDES, D. M. *et al.* A. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 9, p. 01-14, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000905005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

GONTIJO, T. L. *et al.* Avaliação da atenção primária: o ponto de vista dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, jun./set., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000300741&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

JALES, E. D. *et al.* O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. **RSC online**, v. 6, n. 3, p. 77-97, 2017.

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. O.; SILVA, R. M. P. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 49-62, out./dez., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042016000400049&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

LEVORATO, C.D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 4, p. 1-12, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2020.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200635&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; SASSI, R. A. M. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 2, p. 599-610, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200599&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

MEDEIROS, E. *et al.* Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Rev. CUIDARTE**, v. 9, n. 2, p. 2127-2134, maio 2018.

Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221609732018000202127&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

MOREIRA, M. I. B.; GUERRERO, A. V. P.; BESSONI, E. A. Entre desafios e aberturas possíveis: vida em liberdade no contexto da desinstitucionalização brasileira. **Saúde Soc.**, v. 28, n. 3, p. 1-6, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300006&lng=en&nrm=iso. Acessos em: 30 jun. 2020.

PINTO, A. R. P.; NASCIMENTO, D. G.; NICHATA, L. Y. I. Desempenho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família na avaliação do PMAQ-AB. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, p. 35-09, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100467&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jul. 2020.

PINTO, I. V. L. *et al.* Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 11, p. 3469-3481, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103469&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2020.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232018000601903&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000200255&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2020.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201301100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2020.

SANTOS, F. P. A. *et al.* Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família. **Rev. APS**, v. 20, n. 4, p. 527-538, out./dez., 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946514>. Acesso em: 20 jul. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate**, v. 42, n. especial, p. 361-378, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500361&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2020.

VIDAL, T. B. *et al.* Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, n. 38, p. 1-10, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102019000100233&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2020.

PARTE II

***INTERCONEXÕES DA GESTÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE***

Inquéritos em nutrição no Brasil: potencialidades e limitações para a Saúde Coletiva

*Ilana Nogueira Bezerra
Suelleny Rodrigues de Moraes
Thaís Meirelles de Vasconcelos
Amanda de Moura Souza*

Introdução

A informação em saúde é essencial ao processo de planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas que visam a melhora da qualidade de vida das populações (ALMEIDA; ALENCAR, 2000). No Brasil, os sistemas de informação em saúde fornecem os principais dados de morbidade e mortalidade, sendo a estimativa de fatores relacionados à ocorrência de doença e seus determinantes obtida majoritariamente através de inquéritos de saúde (ALMEIDA; ALENCAR, 2000).

Os inquéritos nutricionais disponibilizam informações sobre consumo alimentar e estado nutricional da população brasileira e, por isso, são fundamentais no embasamento de políticas, avaliação de programas, acompanhamento da evolução dos principais problemas nutricionais, definição de prioridades e identificação de grupos populacionais em risco nutricional (PRIORE *et al.*, 2016).

No Brasil, com a publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022, houve um estímulo para realização de inquéritos de base populacional capazes de descrever a ocorrência de comportamentos relacionados ao processo saúde-doença e conhecer a prevalência das DCNT. Com o intuito de priorizar as ações e os investimentos necessários para preparar o país para o enfrentamento das DCNT, planejou-se a realização de inquéritos que favorecessem a vigilância, informação, avaliação e monitoramento das DCNT (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, grandes pesquisas nacionais com representatividade da população brasileira foram conduzidas nos últimos anos e muito do que se conhece e se avalia sobre o estado nutricional e os hábitos alimentares do nosso país advém desses inquéritos. Este capítulo tem como objetivo discutir potencialidades e limitações dos inquéritos de nutrição realizados nos últimos 10 anos no Brasil.

Método

Este trabalho trata-se de um estudo documental com foco na caracterização e identificação das publicações científicas dos inquéritos de nutrição, realizados nos últimos 10 anos, em amostras representativas da população brasileira.

No intuito de identificar os inquéritos, realizou-se busca nos sites das principais instituições responsáveis pela coordenação e execução dos estudos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Ministério da Saúde. Os critérios de inclusão para

identificação dos inquéritos foram: ter sido realizado a partir de 2008, ter selecionado amostras de base populacional (escolar ou nacional), ter representatividade para a população brasileira, ter coletado dados referentes ao estado nutricional ou hábitos alimentares. Os inquéritos realizados com populações especiais, como o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, não foram incluídos neste estudo. Os resultados advindos de sistemas de vigilância, como o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico) e o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), foram descritos sucintamente por não serem o foco do presente capítulo.

Os inquéritos que atenderam aos critérios de inclusão foram detalhadamente descritos por meio de uma síntese de suas características, considerando as seguintes informações: ano de realização, população de estudo, medidas/aferições relacionadas ao estado nutricional e hábitos alimentares.

Para identificar as publicações científicas, em base de dado internacional, que utilizaram os dados desses inquéritos, realizou-se, em agosto de 2019, uma busca na base de dados *Medline*, utilizando palavras-chave relacionadas aos inquéritos nutricionais. Duas estratégias de busca foram desenvolvidas, usando os seguintes descritores: 1. *nutrition surveys, diet surveys, nutrition assessment, nutrition status* combinado com *Brazil* e 2. nome dos inquéritos (*ERICA, POF, Brazilian National Dietary Survey, Brazilian Household Budget Survey, PeNSE, PNS, Brazi-*

lian *National Health Survey, Brazilian Nutrition and Health Study (EBANS)*).

Utilizou-se como critérios de inclusão dos artigos, os mesmos critérios estabelecidos para identificação dos inquéritos. Os critérios de elegibilidade foram avaliados de forma independente por duas autoras, examinando os títulos e os resumos. Diferenças foram resolvidas por discussão com uma terceira autora. Durante a triagem inicial, os estudos poderiam ser rejeitados se, a partir do título ou resumo, a pesquisadora verificasse que não atendiam aos critérios de inclusão. Após leitura, foram incluídos os estudos que apresentavam resultados relacionados aos inquéritos nutricionais nacionais.

O resultado da busca na literatura científica sobre os artigos que utilizaram qualquer um dos inquéritos previamente apresentados reteve 1.909 citações. Uma avaliação inicial com base no título e nos resumos excluiu 1.788 referências; 28 artigos estavam duplicados nas buscas, totalizando 93 referências incluídas neste estudo.

A descrição dos estudos foi realizada a partir da análise de conteúdo, considerando as seguintes informações: ano de publicação; autores/local de realização; e inquérito utilizado. Artigos que focaram exclusivamente no consumo de bebidas alcoólicas não foram incluídos, assim como artigos que tinham como objetivo principal avaliar ocorrência de doenças crônicas (hipertensão, diabetes). Para a apresentação e discussão dos resultados utilizou-se a síntese narrativa.

Resultados e Discussão

Os principais inquéritos em nutrição realizados nos últimos 10 anos em amostras populacionais do país foram: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Estudos de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), Inquérito Nacional de Alimentação (INA), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e Estudo Brasileiro de Nutrição e Saúde (EBANS) (Quadro 1).

A PeNSE e o ERICA são estudos de base escolar. A PeNSE investiga informações que permitem conhecer e dimensionar os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes e é realizada por amostragem, utilizando como referência para seleção o cadastro das escolas públicas e privadas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP (BRASIL, 2016). O ERICA objetiva estimar a prevalência de obesidade e marcadores de resistência à insulina e outros fatores de risco cardiovascular em adolescentes de 12 a 17 anos que frequentam escolas em cidades brasileiras com mais de 100.000 habitantes (SILVA *et al.*, 2019).

Dentre os estudos abordados, são de base populacional: a POF e o INA, além da PNS e o EBANS. A POF obtém informações gerais sobre domicílios, famílias e pessoas, hábitos de consumo, despesas e recebimentos das famílias pesquisadas, tendo como unidade de coleta os domicílios, estimando a disponibilidade domiciliar de alimentos e os gastos com consumo de alimentos fora do lar (BRASIL, 2011). O INA representa o módulo de con-

sumo que foi conduzido com 25% da amostra total da última POF de 2008-2009, onde se verificou o consumo efetivo de alimentos pelos indivíduos (COSTA; GIGANTE, 2013).

A PNS é uma pesquisa de base domiciliar, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que objetiva produzir dados em âmbito nacional sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como ao acesso e uso dos serviços de saúde, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados, e ao financiamento da assistência de saúde (BRASIL, 2014). Por fim, o EBANS é uma pesquisa de cobertura nacional e seus dados foram obtidos no protocolo padronizado pelo ELANS (Estudo Latino-Americano de Nutrição e Saúde). O EBANS descreve a epidemiologia nutricional atual, condições de consumo alimentar e atividade física da população brasileira de 15 a 65 anos (FISBERG *et al.*, 2019).

Quadro 1 – Descrição dos inquéritos de nutrição realizados nos últimos 10 anos no Brasil. Brasil, 2019.

Inquérito	Ano de Realização	População de Estudo	Mensurações Antropométricas e Dietéticas
Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)	2009, 2012 e 2015.	Escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental e escolares de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e da 1ª a 3ª série do ensino médio. Tamanho amostral do último ano realizado: 3.040 escolas; 4.159 turmas; 102.301 alunos	Antropométricas: peso e estatura autorreferidos e mensurados. Dietéticas: questionário com frequência de consumo de alguns itens alimentares.

<p>Estudos de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA)</p>	<p>2013-2014</p>	<p>Escolares de 12 a 17 anos Tamanho amostral: 1.251 escolas públicas/privadas em 124 municípios; 73.624 adolescentes</p>	<p>Antropométricas: mensuração de peso, estatura, perímetro da cintura, perímetro do braço. Dietéticas: dois recordatórios de 24h em dias não-consecutivos (o segundo somente em uma subamostra).</p>
<p>Pesquisa de Orçamento Familiar (POF)</p>	<p>Ocorre desde a década de 70. A última POF foi em 2008-2009. Atualmente a POF de 2017-2018 apresenta-se em andamento, com previsão de divulgação dos primeiros resultados em outubro de 2019.</p>	<p>Crianças, adolescentes, adultos e idosos. Tamanho amostral: 55.970 domicílios; 159.941 participantes</p>	<p>Antropométricas: mensuração de peso e estatura. Dietéticas: gastos com alimentação em um período de 7 dias consecutivos com informação sobre produto adquirido, quantidade, valor pago, local de compra (incluiu também doações e produtos recebidos por trocas).</p>
<p>Inquérito Nacional de Alimentação (INA) – módulo de consumo da POF 2008-2009</p>	<p>2008-2009</p>	<p>Indivíduos com idade ≥ 10 anos Tamanho amostral: 13.569 domicílios; 34.003 indivíduos forneceram dados de consumo</p>	<p>Dietéticas: dois registros alimentares em dias não-consecutivos.</p>

<p>Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)</p>	<p>2013-2014.</p>	<p>Indivíduos de ambos os sexos com 18 anos e mais Tamanho amostral: 62.986 domicílios; 62.986 responderam o questionário</p>	<p>Antropométricas: mensuração do peso, estatura e circunferência da cintura. Dietéticas: aleitamento e consumo alimentar de crianças menores de 2 anos e um questionário com frequência de consumo de alimentos específicos para indivíduos com 18 anos ou mais.</p>
<p>EBANS (Estudo Brasileiro de Nutrição e Saúde)</p>	<p>2014-2015.</p>	<p>Indivíduos de 15 a 65 anos, de todos os níveis socioeconômicos, das populações urbanas das cinco macrorregiões brasileiras. Tamanho amostral: 2.000 pessoas.</p>	<p>Antropométricas: mensuração do peso, estatura, circunferência do pescoço, da cintura e do quadril. Dietéticas: dois recordatórios de 24h, sendo um dos dias em final de semana e questionário de frequência alimentar para bebidas.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Além desses inquéritos, é importante destacar dois sistemas de vigilância com abrangência nacional que também fornecem informações importantes sobre consumo e estado nutricional da população brasileira: o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico) e o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). O VIGITEL aborda questões sobre consumo alimentar e antropométricas.

metria (peso e altura), entre outras informações (BRASIL, 2019) e o SISVAN coletada informações referentes ao peso, a altura, a circunferência da cintura e também sobre os hábitos alimentares, disponibilidade de alimentos na família e recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio, assim como outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (BRASIL, 2008).

Os dados do VIGITEL e do SISVAN encontram-se disponíveis de forma agregada no Departamento de Informática do SUS (DATASUS; <http://www2.datasus.gov.br>), de acesso público. Os microdados do VIGITEL podem ser obtidos via Departamento de Informação e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde (<http://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/>). Ambos os sistemas são importantes ferramentas para tomada de decisões pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas que estejam relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população.

Os inquéritos domiciliares e a PeNSE têm a coleta de dados coordenada pelo IBGE, sendo os dados disponibilizados ao público de forma agregada nas publicações oficiais do instituto e de forma individual (microdados) no site do IBGE (www.ibge.gov.br).

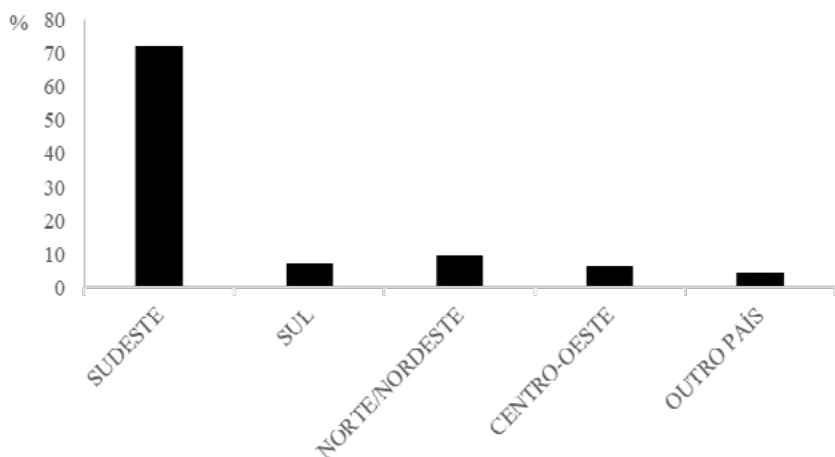
O ERICA foi coordenado por docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro e contou com participação de instituições públicas de ensino e pesquisa de todo país. O acesso aos dados deve ser solicitado através da submissão de um projeto de

pesquisa, cuja execução deve contar com a participação de algum membro da equipe técnica do ERICA. Maiores informações quanto a submissão de propostas, estão disponíveis em <http://www.ERICA.ufrj.br/>. Não foi possível identificar a forma de obtenção dos dados do EBANS.

A disponibilização dos microdados no site do IBGE torna as informações das pesquisas acessíveis à população e possibilita que diferentes setores as usem de acordo com interesses institucionais ou de pesquisa. Entendendo que esses dados são de extrema importância para definição de políticas públicas na área de alimentação e nutrição, é importante que diferentes grupos de pesquisa na área da Saúde Coletiva usem essas informações no intuito de conhecer a realidade brasileira, definir prioridades nacionais e regionais, bem como identificar grupos populacionais de maior risco.

Entre as 93 referências incluídas nesse estudo, observa-se uma concentração de trabalhos advindos de grupos de pesquisa específicos, principalmente localizados na região Sudeste do Brasil (72%), o que ressalta as disparidades regionais na produção científica brasileira (Gráfico 1). Embora, a maior parte dos dados dos inquéritos estejam disponíveis e acessíveis ao público, a maioria dos grupos de pesquisa que utilizam essas informações para publicação científica estão envolvidos na equipe técnica de coordenação dos inquéritos, o que facilita a compreensão e familiaridade com os bancos de dados.

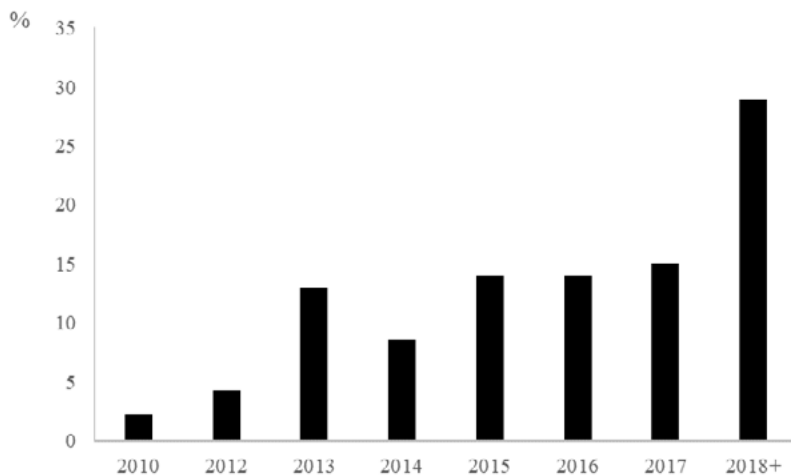
Gráfico 1 – Publicações científicas com uso dos dados de inquéritos nutricionais brasileiros, segundo localização regional do primeiro autor. Brasil, 2019.



Fonte: Elaboração própria, 2019.

A importância e disseminação dos dados desses inquéritos é observada pela crescente utilização dos mesmos para responder diferentes perguntas de pesquisas, o que pode ser também um reflexo da melhor compreensão das variáveis coletadas e das técnicas de análises exigidas para avaliação de inquéritos. Observa-se uma concentração de publicações em 2013, refletindo as primeiras publicações referentes aos dados do INA, e um aumento considerável das publicações após 2015, quando os dados do ERICA, PNS e da última pesquisa PeNSE tornaram-se disponíveis.

Gráfico 2 – Publicações científicas com uso dos dados de inquéritos nutricionais, segundo ano de publicação. Brasil, 2019.



Fonte: Elaboração própria, 2019.

Destaca-se que o inquérito mais utilizado nas publicações foi o INA (46%) que configura como o primeiro inquérito de base nacional com representatividade da população brasileira acima de 10 anos que investigou consumo individual de alimentos. O segundo inquérito mais utilizado nas publicações foi a PeNSE, representando 18% das publicações incluídas neste estudo.

Um ponto importante a ser considerado na avaliação dos inquéritos é a heterogeneidade dos métodos de avaliação do consumo alimentar. Os métodos variaram entre aplicação de métodos que objetivam avaliação do consumo efetivo individual de alimentos, como o Recordatório de 24h e o Registro Alimentar, e uso de *screeners*, que são métodos curtos e menos detalhados para avaliação do consumo alimentar, compreendendo somente a

frequência de consumo de alguns itens alimentares. Destaca-se ainda o uso dos dados de gastos com alimentação para determinar a disponibilidade domiciliar de alimentos e, assim, estimar o consumo alimentar nos domicílios.

Apesar dessas diferenças, todas as informações geradas pelos inquéritos, independentemente do método utilizado complementam-se, permitindo quantificar conteúdos, resumir as informações coletadas e gerar conclusões a partir de padrões de respostas de um número expressivo de pessoas. Tais abordagens favorecem, assim, a comparação de amplo e generalizável conjunto de dados, fornecendo subsídios a diferentes setores da sociedade que atuem em questões relacionadas ao consumo alimentar. Por exemplo, a identificação de grupos populacionais sobre risco de hábitos inadequados é possível de ser realizada e estratégias que favoreçam mudanças saudáveis no comportamento alimentar podem ser desenvolvidas a partir dessa identificação. Além disso, esses dados também permitem identificar o efeito de nutrientes e/ou alimentos sobre a ocorrência de doenças e esclarecer sobre fatores de riscos associados às doenças em determinada população e local (SCAGLIUSI; ULIAN; SATO, 2019; BOSI *et al.*, 2011).

Os objetivos dos artigos publicados a partir dos inquéritos variaram desde descrever o estado nutricional ou o consumo alimentar da população, como avaliar efeito de políticas públicas, como o Programa Bolsa Família (IPEA, 2013), e investigar a relação entre hábitos alimentares e desfechos adversos à saúde, como o impacto dos alimentos ultraprocessados no ganho excessivo de peso e na dieta da população (LOUZADA *et al.*, 2015a;

LOUZADA *et al.*, 2015b; LOUZADA *et al.*, 2015c; CANELLA *et al.*, 2014). A observação da mudança dos hábitos alimentares a partir das estimativas de consumo alimentar provenientes desses inquéritos, com destaque para a POF, que vem sendo conduzida desde a década de 70 no país, deu subsídio para a elaboração do novo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), baseado na classificação dos alimentos a partir do seu processamento (MOUBARAC *et al.*, 2014).

Por outro lado, é importante reconhecer que a maioria desses inquéritos deixam algumas lacunas relacionadas ao hábito alimentar que não podem ser respondidas quantitativamente, como motivos das escolhas alimentares, tempo de realização de cada refeição, além das emoções e outros aspectos subjetivos relacionados ao ato de se alimentar.

Assim, se compreendermos a nutrição como uma ferramenta importante na promoção da saúde, é necessário que haja um olhar diferenciado para esses inquéritos no sentido de ampliar as abordagens utilizadas de forma a contemplar diferentes perspectivas para a Saúde Coletiva. Aqui, cabe destacar a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), conduzida pelo IBGE nos anos 2004, 2009, 2013 e 2015. Foi encerrada em 2016 e substituída pela PNAD contínua. Os últimos dados da PNAD apresentam informações referentes a 2015, disponíveis no site do IBGE, e passou a ser denominada de PNAD contínua a partir de 2016. Apesar da PNAD não ter coletado dados de consumo alimentar e antropométricos, investigou a alimentação sob a perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional com a aplicação da

Escala Brasileira de Segurança Alimentar e Nutricional (EBIA). A escala possui 14 questões (inicialmente continha 15 questões) e classifica os indivíduos como em: segurança alimentar e insegurança alimentar leve, moderada ou grave.

Nesse sentido, o ato de se alimentar envolve diversas dimensões que precisam ser investigadas para uma compreensão mais completa sobre as representações, interações, simbolizações e seus significados. Canesqui (2009) destaca cinco temas necessários para isso: o estudo de dimensões sociais, culturais, cognitivas e psicológicas da alimentação e nutrição; a educação nutricional; a análise e avaliação de políticas e programas de alimentação e nutrição; a avaliação da profissão e recursos humanos; e o aperfeiçoamento de estudos teórico-metodológicos.

Uma outra limitação devido às características inerentes de dados secundários é que esses estão sujeitos à variação na confiabilidade das informações, advinda de subregistros, erros na coleta, digitação e armazenamento dos dados (NASCIMENTO; SILVA; JAIME; 2019). No entanto, estes dados têm potencial para apoiar estudos sobre agravos relevantes em Saúde Coletiva, como as doenças crônicas não transmissíveis, sendo a melhor fonte de informação para responder a perguntas sobre os determinantes das taxas de incidência nas populações, principalmente se diferentes inquéritos forem combinados para agregar informações e expandir as possibilidades de investigação (COELI; PINHEIRO; CARVALHO, 2014).

Conclusão

Nos últimos anos dez anos, o número e a frequência de inquéritos na área de alimentação e nutrição foi ampliado, como parte do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil – 2011-2022 (BRASL, 2011). Os inquéritos nutricionais apresentados neste capítulo contribuem para a estimativa do consumo alimentar, um dos principais fatores de estilo de vida relacionados à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade e diabetes.

Apesar da maior parte das bases de dados está disponível, o uso efetivo dessas informações ainda se restringe ao corpo técnico ligado ao desenvolvimento dos estudos, sendo necessário maior divulgação e facilidade de acesso às bases de dados. Sugere-se ainda a necessidade de se avançar na integração das diferentes bases de dados, com complementação das informações presentes em cada inquérito, aumentando a eficiência e reduzindo custos na execução de pesquisas.

Referências

ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 241-249, 2000.

BOSI, M. L. M. *et al.* O enfoque qualitativo na avaliação do consumo alimentar: fundamentos, aplicações e considerações operacionais. **Physis**, v. 21, n. 4, p. 1287-1296, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf. Acesso em: 02 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério Do Desenvolvimento Social E Combate À Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Estudo Técnico N.º 01/2014 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/328.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019.

CANELLA, D. S. *et al.* Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). **PloS one**, v. 9 n. 3 e92752, mar. 2014.

COELI, C. M.; PINHEIRO, R. S.; CARVALHO, M. S. Neither better nor worse, simply diferente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1363-1365, 2014.

COSTA, T. H. M.; GIGANTE, D. P. Fatos e perspectivas do primeiro Inquérito Nacional de Alimentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, suppl. 1, p. 166s-170s, 2013.

FISBERG, M. *et al.* Brazilian Study of Nutrition and Health (EBANS)-Brazilian data of ELANS: methodological opportunities and challenges. **Rev. Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 65, n. 5, p. 669-677, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. IBGE: Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde** – Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE. 2016a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Síntese de Indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri. Brasília: Ipea, 2013. 494 p.

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 38, 2015a.

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Impacto de alimentos ultraprocessados sobre o teor de micronutrientes da dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 45, 2015b.

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults. **Preventive Medicine**, v. 81, p. 9-15, 2015c.

MOUBARAC, J. C. *et al.* Food Classification Systems Based on Food Processing: Significance and Implications for Policies and Actions: A Systematic Literature Review and Assessment. **Cur. Obesity Reports**, v. 3, n. 2, p. 256-272, 2014.

NASCIMENTO, F. A. *et al.*, Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, p. E190028, 2019.

PRIORE, S. E. *et al.* Inquéritos Nacionais de Antropometria e Consumo Alimentar. *In: Tadei et al. Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rubio, 2016. p. 75-113.

SCAGLIUSI, F. B. *et al.* Métodos qualitativos para a avaliação do consumo alimentar. *In: MARCHIONI, D. M. et al. Consumo alimentar: guia para avaliação*. Barueri: Manole, 2019. p. 64-80.

SILVA, T. L. N. *et al.* Participação no Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes-ERICA. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 3s-3s, nov. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006730.pdf. Acesso em: 02 jul. 2019.

Análise do Papel dos Profissionais na Coordenação do Cuidado na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa

*Átila Chagas de Araújo
Ana Carolina Bezerra Ribeiro
Cynthia Maria Santiago Ribeiro
Neide Sheyla de Melo Araújo
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados, o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (STARFIELD, 2002).

Essa atenção dos cuidados básicos em saúde, proposta por Starfield (2002) pode ser avaliada pela existência de quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção; e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Entretanto, Mendes (2009) assevera que apesar de os quatro atributos serem funda-

mentais para caracterizar a atenção primária nas redes de atenção à saúde, a coordenação do cuidado tem importância maior na perspectiva das redes de atenção à saúde (RAS), uma vez que sem ela o primeiro contato seria uma função puramente administrativa, enquanto a longitudinalidade perderia seu potencial e a integralidade seria dificultada.

Essas RAS são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Portanto, nessa perspectiva, Silva (2011) considera que a estruturação de redes de atenção à saúde, a exemplo do que vem sendo tentado em vários países, visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, à integralidade da atenção e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema, apresenta-se como um caminho possível para uma oferta de coordenação do cuidado.

Assume-se neste texto uma concepção da coordenação de cuidados que a considera como uma articulação harmoniosa entre diferentes profissionais e serviços de saúde, que tem por objetivo comum garantir uma atenção integral e de qualidade aos usuários, de acordo com suas necessidades (ALMEIDA, 2010).

Reiterando a concepção de Almeida (2010), a centralidade da coordenação da APS na organização dos sistemas e redes de saúde vem sendo crescentemente destacada na literatura,

a exemplo da Carta de Astana, que enfatiza o fortalecimento da APS como uma abordagem mais inclusiva, eficaz e eficiente para melhorar a saúde física e mental das pessoas, bem como o bem-estar social, colocando a atenção primária como um pilar de um sistema de saúde universal e sustentável.

De um lado, autores ressaltam que a falta de coordenação pode contribuir para erros de diagnóstico e de tratamento, aumentando os custos para o sistema e a utilização indevida de recursos. Do outro, afirmam que na existência do cuidado fragmentado, a eficiência da atenção é comprometida com constituição de longas filas de espera, duplicações de provas diagnósticas e hospitalizações desnecessárias (MENDES, 2012; SILVA, 2011). Assim, conseqüentemente aumenta o número de internações por condições sensíveis à atenção primária, afetando negativamente a efetividade da APS e o acesso e a qualidade da atenção à saúde. (MORIMOTO; COSTA, 2017; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No âmbito internacional, estudos apontaram importantes problemas de coordenação entre níveis assistenciais. Isto tem colaborado para duplicação de provas diagnósticas, utilização inadequada dos serviços de urgência, descontinuidade na atenção de usuários hospitalizados e diminuição na qualidade da atenção prestada, com longo tempo de espera para consulta com especialistas (EHRLICH; KENDALL; MUENCHBERGER, 2012).

As reformas dos sistemas de saúde dos países europeus e latino-americanos, desde os anos de 1990, foram tracejadas em ações e políticas de saúde que buscaram fortalecer e ampliar o protagonismo da APS, objetivo reafirmado em 2008 pela OMS no

relatório intitulado: Atenção Primária à Saúde - agora mais que nunca (ORGANIZATION, 2008). Assim, Malta e Merhy (2010) ratificam esse contexto e declaram que a APS deve ser a porta de entrada nos sistemas de saúde e, a equipe de atenção primária é concebida como um núcleo de coordenação, ajudando nos fluxos dos usuários e mobilização de recursos do sistema e intersetoriais. Afirmam ainda que a continuidade do cuidado depende da capacidade de assegurar a continuidade da informação, por isso as atuais tecnologias da informação e de comunicação criam possibilidades inéditas para melhorar a circulação da informação a um custo acessível.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Assim, através da promulgação dos princípios do SUS, várias lutas travadas e intensos desafios evidenciaram-se, na tentativa de instituir uma APS qualificada e que se assume como coordenadora de um cuidado articulado dentro de uma Rede de Atenção à Saúde, como etapa para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FERTONANI *et al.*, 2015).

No entanto, a relevância da coordenação ganha destaque no país a partir da expansão da ESF, que, ao final dos anos 1990, foi assumida pelo governo brasileiro como proposta para reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente, tendo como fatores determinantes a preo-

cupação com problemas de acesso e eficiência dos serviços de saúde, caracterizados pelo crescimento de listas de espera, duplicações de provas diagnósticas e aumentos dos custos assistenciais (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, esse estudo objetiva a análise dos meios (ou modos) de coordenação dos cuidados praticada na Atenção Primária à Saúde sob o comando dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, contribuindo para avaliar medidas pró-coordenação adotadas pelas equipes.

Método

Foi realizada uma revisão integrativa tendo em vista que esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas acerca da temática proposta (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A revisão teve como questão norteadora da pesquisa: Quais os componentes estratégicos que os profissionais da ESF têm utilizado para cumprir a coordenação do cuidado na APS?

Concernentes às definições de Mendes; Silveira; Galvão (2008), foram cumpridas as seguintes etapas: a) identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora; b) busca ou amostragem na literatura (definindo os critérios de inclusão e exclusão); c) categorização dos estudos; d) análise crítica dos estudos incluídos; e) interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

PubMed, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO) foram às bases de dados e biblioteca eletrônica

online selecionadas para a realização da busca literária. Torna-se válido destacar que esta busca se realizou de janeiro a fevereiro de 2019 de forma concomitante nas três.

Foram realizadas três estratégias de buscas, uma em cada acessório digital de dados, isso porque cada base ou biblioteca eletrônica possui suas especificidades, além disso, o termo “coordenação” não é um descritor, contudo, para a realização desta pesquisa, mostrou-se importante o uso, e por isso esse termo foi incluído nas buscas. Dessa forma, na LILACS foi utilizado como estratégia: “atenção primária à saúde” [descriptor de assunto] AND “COORDENAÇÃO” [Palavras de resumo]. Na PubMed a busca foi a partir de “primary health care” [MeSH Terms] AND coordination of care [title] “humans” [MeSH Terms] e na SciELO a estratégia foi (“primary health care”) AND (“coordination of care”).

Os critérios de inclusão foram: a) artigos disponíveis em texto integral online gratuito; b) escritos nos idiomas inglês, espanhol e português; c) artigos publicados entre 2007 a 2018; e d) artigos que discutem as formas de coordenação do cuidado na APS executada pelos profissionais da ESF. Já os critérios de exclusão foram: a) artigos duplicados nas bases e biblioteca online LILACS, PubMed e SciELO; e b) artigos que não possui afinidade com o objeto de estudo.

Seguidamente, buscou-se definir informações que seriam extraídas dos resultados dos estudos e que representam componentes estratégicos de coordenação do cuidado na APS. Para o desenvolvimento dessa etapa, foi criado um instrumento a fim

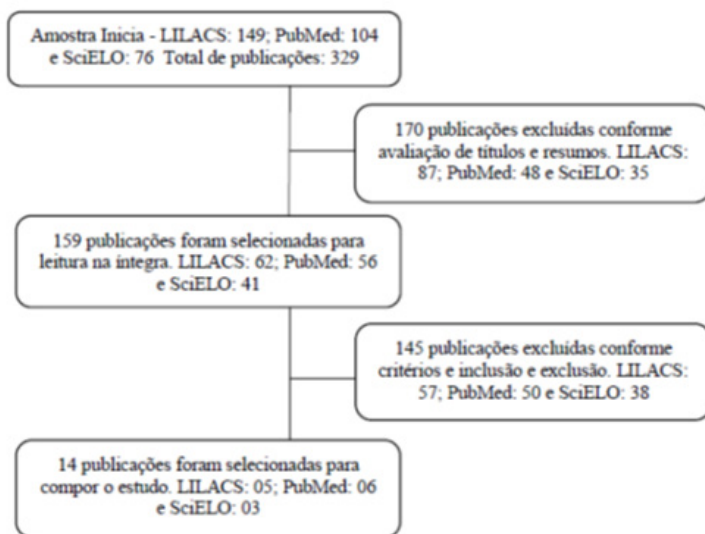
de organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo, abrangendo: a) síntese dos resultados; b) ano de publicação; c) objetivos; e d) delineamento metodológico.

As publicações foram selecionadas com base na leitura de títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra e analisados segundo os níveis de relevância do objeto de estudo, sendo sistematizados para estabelecer amostra da revisão. Os artigos selecionados foram sintetizados e discutidos a partir da literatura pertinente.

Durante a leitura seletiva foram encontrados 329 artigos nos repositórios de informação. Os estudos duplicados em ambas as coleções de dados foram computados apenas uma vez. Na LILACS foram selecionados 149 estudos; a leitura dos títulos e resumos levou a exclusão de 87 publicações (79 não tinham relação com o tema e 08 estavam duplicadas). Seguidamente foi feita uma leitura integral e crítica desses textos, sendo selecionados 05. No PubMed foram identificados a princípio 104 publicações; 43 estudos foram excluídos após a leitura dos títulos e resumos por não abordarem diretamente a temática investigada e 05 foram excluídas por estarem duplicadas. Por conseguinte realizada leitura extensa na íntegra, restando 06. As buscas na SciELO foram realizadas com os mesmos cruzamentos, resultando em 76 artigos; Lendo-os a partir dos títulos e resumos, 31 publicações foram excluídas por não ter relação com o tema e 04 também excluídas por estarem duplicadas. Posteriormente após leitura sistemática,

03 foram eleitos.

Figura 1 – Fluxograma de seleção de estudos, de acordo com os critérios pré-estabelecidos, nos bancos de dados LILACS, PubMed e SciELO.



Fonte: Autoria própria, 2018.

Resultados

Após análise do material bibliográfico, constatou-se que 64,3% (09) eram estudos com predomínio do idioma português na linguagem empregada, e 35,7% (05) em inglês. No que se refere ao ano de publicação, notou-se que nos anos de 2011 e 2014 houve um número maior de estudos publicados sobre a temática investigada, apresentando 50% dos artigos em um total de (07),

seguido pelos anos de 2017 e 2018 com (02) cada ano, correspondendo a 28,5%, e 2007, 2010 e 2016 com o menor número de publicações, apenas (01) o que equivalente a 21,5%.

No tocante ao delineamento metodológico, percebeu-se que 28,5% (04) dos estudos utilizaram a revisão de literatura, 21,4% (03) apresentaram abordagem qualitativa, 14,35% (02) abordagem quantitativa, 21,4% (03) abordagem mista (qualitativa e quantitativa), e ensaios teóricos 14,35% (02).

Quadro 1 – Caracterização dos artigos incluídos na amostra final da revisão integrativa.

Autor/ Ano	Objetivo	Métodos	Síntese dos Resultados
2007	Avaliar se uma coordenação adequada do cuidado impacta na qualidade da assistência e custo-efetividade dos sistemas de saúde.	Relatório do OCDE	Este relatório forneceu uma visão geral sobre ampliação adequada do grau da coordenação dos cuidados, é capaz de melhorar o desempenho do sistema de saúde através de maior qualidade de atendimento e melhor custo-benefício. Os resultados sugerem que, enquanto a coordenação existe de alguma forma na maioria dos países, há necessidade de melhoria e amplo escopo, executando através de uma variedade de diferentes instrumentos ou políticas.
2010	Analisar evidências na literatura sobre a importância das redes de atenção à saúde na melhoria da qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários.	Estudo de ensaios teóricos.	Os resultados foram positivos em várias situações: na atenção às pessoas idosas; na saúde mental; no controle do diabetes; no aumento da satisfação dos usuários; no controle de doenças cardiovasculares; no controle de doenças respiratórias crônicas e na redução da utilização de serviços especializados.

2011	<p>Analisa o papel da APS nas Redes Regionais de Atenção à Saúde, que se organizam no SUS na perspectiva de superar a fragmentação sistêmica existente, apontando iniciativas voltadas a seu aprimoramento.</p>	<p>Estudo de revisão integrativa de literatura.</p>	<p>Demonstra o desenvolvimento da APS no Brasil desde o início do século XX até a atualidade, identificando-se os avanços em sua organização e reconhecendo que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional sejam cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde.</p>
2011	<p>Descrever e analisar ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a estratégia saúde da família (ESF) no Brasil.</p>	<p>Estudo de caso com abordagem qualitativa.</p>	<p>Em todos os municípios investigados apresentaram experiências consolidadas com base em uma atenção primária à saúde fortalecida, com potencial para tornar-se coordenadora dos cuidados. Com destaque para: aumento da oferta de atenção primária à saúde com diminuição das barreiras de acesso, estruturação dos serviços de atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema, ampliação da resolutividade (apoio diagnóstico e terapêutico, promoção da interlocução entre equipamentos da rede de serviços para organizar o processo de trabalho, capacitação, supervisão) e articulação entre ações de vigilância e assistência.</p>

2011	Analisar os desafios presentes no Sistema Único de Saúde para promover uma melhor integração entre os serviços e organizar redes.	Estudo de ensaios teóricos.	Entre os desafios abordados, destacam-se os relacionados à insuficiência de recursos decorrentes do baixo financiamento público, aos processos de formação e educação e seus reflexos na disponibilização dos profissionais para o sistema público e às dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de saúde no contexto do pacto federativo brasileiro.
2014	Analisar a produção científica acerca das evidências, potencialidades, desafios e perspectivas da Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção.	Estudo de revisão integrativa de literatura.	Pôde-se constatar que as potencialidades da APS se sobrepõem às fragilidades, destacando-se os avanços na integração da ESF à rede assistencial, o aumento da oferta desta modalidade de APS, a institucionalização de novas práticas na atenção voltada para a integração assistencial, a implantação de protocolos clínicos, dentre outros.
2014	Analisar a indução federal no fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) como forma de viabilizar a coordenação dos cuidados no sistema de saúde brasileiro.	Estudo quanti-qualitativo.	O estudo permitiu compreender de forma panorâmica o momento em que se encontra a APS brasileira e, em especial, a coordenação dos cuidados, sob a ótica da indução centralizada no Brasil. A pesquisa demonstrou que embora a APS tenha sido priorizada na agenda do Ministério da Saúde, sua valorização não ocorreu de forma homogênea em todos os espaços decisórios da esfera federal.

2014	<p>Analisar a eficácia da coordenação dos cuidados de saúde em pacientes que buscam desproporcionalmente a utilização dos serviços de saúde em relação à quantidade existentes desses pacientes.</p>	<p>Estudo de revisão sistemática e meta-análise.</p>	<p>Constata-se que as estratégias de melhoria de qualidade focada na coordenação dos cuidados reduzem internações hospitalares entre pacientes com outras condições além da doença mental e diminui admissões ao departamento de emergência entre pacientes idosos. Os resultados podem ajudar os médicos e os gestores a reduzirem a utilização dos serviços de saúde através do uso de estratégias que visam adequações no sistema (mudanças de equipe, gerenciamento de casos) e no paciente (promoção do autocuidado).</p>
2014	<p>Examinar a utilidade de um cuidado recém-desenvolvido como modelo de Coordenação na melhoria da coordenação dos cuidados entre as práticas na Iniciativa de Casa Médica da Rede de Segurança (SNMHI).</p>	<p>Estudo avaliativo com abordagem qualitativa.</p>	<p>Os elementos do Modelo de Coordenação de Cuidados – Assumir a responsabilidade, construir relacionamentos com parceiros de cuidados, apoiar pacientes através do processo de referência ou transição, e criar conexões para troca de informações de suporte, foram positivamente correlacionados com PCMH-A itens de coordenação de cuidados. Atividades relacionadas ao modelo foram mais fortemente correlacionadas com o seguimento de pacientes visto no departamento de Emergência ou admitidos no hospital.</p>

2016	<p>Analisa os limites e possibilidades de coordenação do cuidado e controle de acesso aos serviços especializados (<i>gatekeeping</i>) por Equipes de Saúde da Família (EqSF) em região de saúde na Bahia, Brasil.</p>	<p>Estudo de caso com abordagem qualitativa.</p>	<p>Na região, equipes têm dificuldades na retaguarda assistencial, limitando a continuidade do cuidado e a resolubilidade dos casos que precisam de suporte especializado. Os fluxos comunicacionais incipientes entre diferentes pontos da rede não viabilizam a coordenação do cuidado por Equipes de Saúde da Família.</p>
2017	<p>Analisar a coordenação do cuidado pela APS, especialmente para usuários portadores de condição crônica, na percepção de gestores e usuários, tendo como pano de fundo o processo de construção da RAS em uma região do Estado de São Paulo.</p>	<p>Estudo de caso com abordagens quanti-qualitativo.</p>	<p>Os resultados sugerem fragilidades da APS em assumir papel de coordenação do cuidado em todas as dimensões analisadas. Ademais, foi identificado mix público-privado para além dos serviços contratados pelo SUS, com desembolso direto para consultas especializadas, exames e reabilitação. Destacando também que da mesma forma que não existe RAS sem APS robusta capaz de coordenar o cuidado, a APS não consegue exercer seu papel sem um sólido arranjo regional e uma articulação virtuosa entre os três entes federados.</p>

2017	<p>Avaliar a coordenação do cuidado no âmbito da APS em um sistema municipal de saúde do Estado da Bahia de modo a identificar as principais dificuldades das equipes de atenção básica para cumprirem essa função.</p>	<p>Estudo de caso de abordagens quanti-qualitativo.</p>	<p>Evidenciou-se que a coordenação do cuidado não tem sido alcançada no município, onde apenas 14 dos 22 critérios propostos foram atendidos, destacando-se como principais dificuldades a ausência de protocolos assistenciais, de sistemas informatizados e de outras tecnologias de informação e comunicação. Apontou também que a operacionalização conceitual de um modelo para avaliar a coordenação do cuidado são contribuições relevantes deste estudo, que podem ser aplicadas a outros contextos com características similares.</p>
2018	<p>Identificar de políticas, estratégias e instrumentos para alcance de melhor coordenação do cuidado no SUS, através de conceitos, evidências, resultados e desafios acerca da coordenação do cuidado no cenário nacional, assim como formular uma agenda estratégica pró-coordenação.</p>	<p>Estudo de revisão integrativa de literatura.</p>	<p>Demonstrou-se que na medida em que o fortalecimento da APS é uma das mais potentes medidas pró-coordenação, a diminuição de investimentos e de prioridade na Estratégia Saúde da Família representa o enfraquecimento da consolidação de arranjos sistêmicos, capazes de garantir a integralidade da atenção. Portanto, a despeito de todos os desafios, a proposição do que chamamos de ‘agenda estratégica pró-coordenação’ reconhece os avanços alcançados, mas também a incompletude dessas iniciativas, que, em alguns casos, precisam ser ampliadas, em outros, fortalecidas e, em alguns, reinventadas.</p>

2018	Examinar como as dinâmicas de equipe se relacionam com as percepções da cultura de segurança na atenção primária e se a coordenação do cuidado desempenha um papel intermediário.	Estudo transversal com abordagem quantitativa.	Os achados sugerem que existe uma relação entre dinâmica de equipe, coordenação do cuidado e percepções da segurança do paciente em um ambiente de atenção primária. Para tornar os pacientes mais seguros, é preciso prestar mais atenção à forma como os prestadores de cuidados primários trabalham em conjunto para coordenar os cuidados.
------	---	--	--

Fonte: Autoria própria, 2018.

Procurando oferecer subsídios que possibilitem uma melhor compreensão prática da qualidade das evidências científicas, merece destaque uma análise feita a partir dos níveis hierárquicos de evidência, no qual indica que a maioria dos artigos foi considerada nível 4 de evidência (08) correspondendo a 57%, pois seu delineamento metodológico se pautou em estudos descritivos (não experimentais) ou em abordagens qualitativas. Dois dos artigos com nível 3, onde se situam os estudos quase experimentais; uma pesquisa com nível 1, com evidências resultantes da meta-análise; um outro com nível 6, baseado em opiniões de especialistas; e por fim dois estudos que não foi possível a categorização, levando em conta que há clareza da descrição metodológica, que são os ensaios teóricos.

O conhecimento desses sistemas de classificação de evidências proporciona subsídios para auxiliar o leitor na avaliação crítica de resultados oriundos das pesquisas, permitindo a síntese e comparações dos estudos incluídos na revisão, enfatizando

as diferenças e similaridades, considerando que cada desenho de pesquisa tem sua finalidade, forças e limitações. O mais importante é assegurar que o desenho apropriado de pesquisa seja utilizado adequadamente para atingir os objetivos propostos.

Discussão

Fundamentado na literatura sistematizada, este estudo adotará a ideia de coordenação do cuidado como sendo um processo que visa integrar ações e serviços de saúde, em que distintos profissionais dentro de uma rede de saúde, utilizam mecanismos e dispositivos para planejar a assistência, para definir fluxos, para trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, para referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, entre serviços localizados no mesmo ou em distintos níveis de atenção, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado de forma integral e resolutivo.

No que concerne aos componentes estratégicos relacionados à coordenação do cuidado, dentre os mais citados na literatura, destacaram-se o planejamento da assistência individual proposto por Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) e Okunogbe *et al.* (2018), a padronização de condutas referenciado por Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) e Blumenthal, Chien e Singer (2018), a comunicação e a troca de informações entre profissionais de distintos níveis de atenção e, entre estes, com usuários e familiares que Almeida *et al.* (2018) e Santos e Giovanella (2016) destacam como sequência na coordenação, o referenciamento e contrarreferência fundamentados no que diz Bousquat *et al.*

(2017) e Blumenthal, Chien e Singer (2018), e por fim, o monitoramento dos usuários (ALMEIDA *et al.*, 2018; WAGNER *et al.*, 2014).

Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) propõem que a coordenação do cuidado pela APS se iniciaria através do planejamento da assistência individual. Isso corresponderia à organização da atenção, por meio da avaliação diagnóstica das necessidades do usuário pela equipe multiprofissional; da construção de planos terapêuticos individuais e compartilhados; da identificação de participantes-chave na assistência e da divisão de responsabilidades entre profissionais, serviços de saúde, usuário e a família.

Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) e Okunogbe *et al.* (2018) enfatizam que para desenvolver um plano de cuidados, inclui o planejamento de ações; a organização da atenção, conforme cada plano e a identificação dos participantes-chave no cuidado, para especificar suas funções. Esses estudos também destacaram que os planos de cuidados precisam ser colocados em prática e devem ser monitorados para identificar necessidades de ajustes e falhas na coordenação.

Outro componente essencial da coordenação se refere à utilização de ferramentas para padronização de condutas como os protocolos clínicos, as diretrizes baseadas em evidência. Estas medidas teriam como objetivo padronizar os processos de trabalho e melhorar o desempenho do cuidado aos usuários da atenção primária que necessitam de assistência na atenção secundária e terciária. Os mesmos autores ressaltaram a necessidade de práticas de avaliação dos resultados e dos impactos da coordenação

(BLUMENTHAL; CHIEN; SINGER, 2018; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007).

Em seguida, as práticas de coordenação do cuidado procederiam por meio do registro regular da assistência e da utilização de ferramentas padronizadas (protocolos e/ou diretrizes terapêuticas), com vistas a facilitar a tomada de decisão terapêutica e a definição de fluxos assistenciais entre os distintos serviços da rede de atenção (BLUMENTHAL; CHIEN; SINGER, 2018; MENDES, 2010).

Definindo o fluxo assistencial, ocorreria o encaminhamento do usuário seja de forma horizontal ou vertical para serviços e/ou profissionais de referência. Esse encaminhamento estaria condicionado à utilização de instrumentos específicos que auxiliariam tanto a integração de fluxos assistenciais quanto a comunicação entre profissionais e serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018; SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Bousquat *et al.* (2017) Considera ainda a importância do processo de encaminhamento estar pautado na prática regular da contrarreferência pelos profissionais de todos os níveis de atenção, para facilitar a continuidade do cuidado.

Santos e Giovanella (2016) e Bousquat *et al.* (2017) destacam que os encaminhamentos realizados para a atenção terciária especificamente, poderiam existir possibilidades de fluxos realizados diretamente a partir do nível dos cuidados primários ou mesmo a partir da atenção especializada. Reitera-se que estes encaminhamentos seriam intermediados por atores responsáveis pela regulação da oferta e da demanda de serviços do nível terciária-

rio, contudo, coordenado e supervisionado pela APS, com vistas a garantir o acesso a serviços de saúde, em tempo e local oportunos.

No que diz respeito às evidências sobre os componentes estratégicos de coordenação do cuidado, Bousquat *et al.* (2017) destacaram a referência e a contrarreferência como um meio bastante influente para viabilizar o encaminhamento de usuários para especialistas e atenção hospitalar. No entanto, a contrarreferência se mostrou como a prática pouco comum, apesar de ter sido apontada como prática fundamental para assegurar o acompanhamento do paciente (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Como possibilidades de melhorias na coordenação dos cuidados também foi destacada a importância de aumentar as informações disponíveis sobre a assistência prestada aos usuários. Isto se relacionaria com a disponibilidade de registro por parte dos profissionais que realizam a assistência, a fim de organizar dados relevantes na referência e contrarreferência, e auxiliar os setores regulatórios do sistema de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A respeito da comunicação e a troca de informações entre profissionais e usuários e entre profissionais de diferentes níveis de atenção, Santos e Giovanella (2016) declaram ser o quarto componente crucial da coordenação do cuidado. A comunicação pode ser realizada mediante utilização de registros médicos eletrônicos, registro das equipes e de profissionais, além de registros de encaminhamentos e utilização de tecnologias telecomunicativas como telefones, aplicativos de celulares e e-mails. Isto garantiria o conhecimento pelos diferentes profissionais, sobre dados clínicos, condutas realizadas, recursos, dentre outros, entre os

distintos níveis de atenção (BLUMENTHAL; CHIEN; SINGER, 2018; ALMEIDA *et al.*, 2018; LAVRAS, 2011).

Estudos evidenciaram que a transferência de informações sobre o cuidado, utilizando tecnologias telecomunicativas, foi imprescindível para melhorar coordenação da atenção às condições crônicas em organizações Norte-Americanas (BLUMENTHAL; CHIEN; SINGER, 2018; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007). Corroborando com isto, países como melhores fluxos de informação apresentaram taxas mais altas de integração entre serviços de atenção secundária e terciária, além de ter facilitado a contrarreferência para os serviços de cuidados primários. Por outro lado, países com deficiência na informatização apresentaram limitações na introdução de cuidados mais coordenados (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Os elementos necessários para que haja coordenação do cuidado dependem da conexão entre serviços de saúde, mediante a transferência de informação e planos unificados de atenção aos usuários, sincronizados entre as interfaces de cuidados (RODRIGUES *et al.*, 2014; TRICCO *et al.*, 2014). Coordenar atividades independentes exige processos de programação e retroalimentação. Através dessa programação são definidas funções, responsabilidades, habilidades e atividades necessárias. Ao passo que a retroalimentação possibilitaria melhor eficiência no retorno de informações para os profissionais de saúde (ALELUIA *et al.*, 2017).

Rodrigues *et al.* (2014) enseja ainda que, tanto os profissionais da APS quanto aqueles lotados nos níveis secundário e

terciário, deveriam estabelecer estratégias de comunicação para troca de informações no que tange a dados clínicos, assistenciais, recursos, dentre outros, a partir de mecanismos e fluxos de comunicação institucionalizados durante o referenciamento e contrarreferenciamento.

Por fim, estudiosos defendem que o monitoramento de usuário seria um componente fundamental da coordenação do cuidado. Esse componente se concretizaria mediante a utilização de instrumentos e estratégias para acompanhar os usuários tanto nos encaminhamentos quanto após contrarreferência para a unidade de atenção primária. Durante esse monitoramento também seria necessária à comunicação entre profissionais e serviços (WAGNER *et al.*, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2018).

O uso de linhas de prática clínica, de mapas, de grupos de trabalho interdisciplinar e de estruturas matriciais foram destacados como mecanismos para auxiliar o processo de coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde. Tais mecanismos permitiriam identificar e estratificar riscos, conhecer os serviços mais utilizados e avaliar o desempenho das ações (SILVA, 2011; MENDES, 2010; LAVRAS, 2011).

Considerações finais

O estudo procurou analisar componentes estratégicos relacionados à coordenação dos cuidados praticada na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. A partir da análise, observaram-se como com-

ponentes: Planejamento da assistência individual, padronização de condutas, referenciamento e contrarreferenciamento, comunicação e monitoramento de usuários.

Desse modo, os resultados indicam que as estratégias utilizadas na coordenação da atenção, pensada como atributo da APS, podem desempenhar um impacto significativo no cuidado da comunidade, garantindo a continuidade do cuidado e integralidade das ações em saúde. Que, apesar da premissa que os serviços de APS são os mais adequados para assumir a coordenação dos cuidados, apenas uma APS fortalecida e robusta, consegue juntar e mobilizar os recursos necessários para assumir essa função. Embora a APS tenha obtido ganhos consideráveis ao longo da implementação de sua política, é imprescindível sua valorização financeira e estrutural, que a possibilite ultrapassar a barreira do acesso para a totalidade da população brasileira e que seja capaz de torná-la uma sólida base para o sistema público de saúde, com condições de assumir a coordenação dos cuidados efetivamente.

Espera-se que as indagações erigidas no presente estudo possam fomentar novas investigações, com substantiva validade e possibilidades de generalizações, subsidiando desta forma as políticas de saúde vigente e a organização dos sistemas de saúde em redes, coordenado por uma APS ampliada. Em síntese, considera-se de suma importância a realização de mais pesquisas avaliativas sobre a coordenação do cuidado, cujo eixo investigativo possa abarcar as relações e os conflitos de responsabilidades entre os níveis primário, secundário e terciário nas práticas de coordenação do cuidado ao usuário.

Referências

ALELUIA, I. R. S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Pan. Salud Pública**, v. 29, p. 84-95, 2011.

BLUMENTHAL, K. J.; CHIEN, A. T.; SINGER, S. J. Relationship among team dynamics, care coordination and perception of safety culture in primary care. **Family Practice**, v. 35, n. 6, p. 718-723, 2018.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: Construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

EHRlich, C.; KENDALL, E.; MUENCHBERGER, H. Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. **Cont. nurse**, v. 42, n. 1, p. 67-75, 2012.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved Health System Performance through better Care Coordination.** Paris: OECD Health Working Papers, 2007.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 20, p. 867-874, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v. 14, p. 593-606, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia**

da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, p. 343-352, 2014.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde debate**, v. 40, p. 48-63, 2016.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TRICCO, A. C. *et al.* Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care

services: a systematic review and meta-analysis. **Cmaj**, v. 186, n. 15, p. 1125-1126, 2014.

WAGNER, E. H. *et al.* improving care coordination in primary care. **Medical care**, v. 52, n. 11, suppl. 4, p. S33-S38, 2014.

Estratégias utilizadas pelo homem na diminuição ou cessação do tabagismo

*Christina César Praça Brasil
Silvana Souza Ferreira Pacheco da Cunha
Raimunda Magalhães da Silva
Tainah Brandão Ribeiro
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

Introdução

A literatura evidencia assimetrias entre a atenção à saúde de homens e mulheres (BAKER *et al.*, 2014; GOMES; NASCIMENTO, 2006). Permanecem rígidos estereótipos de gênero (BAKER; SHAND, 2017; GRIFFITH, 2015), ainda que o homem apresente maior taxa de morbimortalidade no cenário mundial (WHO, 2016; INSTITUTE OF HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2017). Ações incipientes não impactam na saúde do homem, a despeito da probabilidade de adotar um comportamento de risco e estilo de vida insalubre. Estima-se que 32 milhões de homens contra 16 milhões de mulheres sejam fumantes na América Latina e Caribe (INSTITUTE OF HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2017).

Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que em 2010 a prevalência de tabagistas na população mundial era de 22,1%; sendo 36,9% de homens e 7,3 de mulheres.

Estima-se em 2025 redução para 18,9%, sendo 33,2% de homens e 4,7% de mulheres (WHO, 2015). No entanto, as mortes relacionadas ao tabaco deverão aumentar de seis para cerca de oito milhões/ano até 2030; mais de 80% em países de baixa e média renda (WHO, 2015). Estes indicadores têm forte impacto na gestão dos serviços de saúde, perpassam os níveis de atenção e reverberam nos territórios, não somente originando e/ou potencializando as doenças respiratórias, mas também com implicações ambientais e podendo se constituir gatilho disparador para o início, cada vez mais precoce, ao consumo, socialmente legitimado. O início precoce do uso do tabaco pode ainda ser “ponte” para o uso/abuso de drogas ilícitas.

Reiterando a gravidade do uso/vício dessa substância, no Brasil, em 2011, o tabagismo esteve relacionado a 147 072 óbitos; ocasionando 2 69 milhões de anos de vida perdidos; 157 126 infartos agudos do miocárdio; 75 663 acidentes vasculares cerebrais, e 63 753 diagnósticos de câncer. As mortes por câncer de pulmão (81%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC (78,0%), doenças cardíacas (21%) e Acidentes Vasculares Cerebrais – AVC (18%) associaram-se ao fumo. O conjunto das mortes por neoplasias revelou que 31% envolveram o consumo de derivados de tabaco (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

Uma das estratégias da gestão para o enfrentamento desse desafio tem sido realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde com inquéritos populacionais. A Vigilância de Fatores de Risco

e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico (VIGITEL) identificou maior percentual de fumantes entre homens (9,5%) quando comparado às mulheres (5,4%). Os municípios de Fortaleza (Ceará) e Macapá (Amapá) detêm menor frequência de adultos fumantes (3,7%); Curitiba (Paraná) e Porto Alegre (Rio Grande do Sul), a maior (9,5%). Quando se consideram todas as capitais brasileiras, a frequência de tabagistas adultos registra 7,2% (BRASIL, 2017).

Outra modalidade do Ministério da Saúde (MS) nesse enfrentamento foi o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) com ações preventivas e terapêuticas para cessação do seu consumo (INCA, 2001), indo ao encontro das diretrizes que sustentam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009).

O PNCT associado às diretrizes da PNAISH auxilia na superação das barreiras enfrentadas pelo homem sobre o acesso aos programas de saúde e na sensibilização sobre as mudanças comportamentais de busca aos serviços de saúde. O PNCT intenta que o homem fumante perceba que os desafios enfrentados podem ser superados e compartilhados entre os pares. O MS recomenda que umas das formas de se obter êxito junto ao tabagista no combate ao vício é, grupalmente, apropriando-se de informações e possibilidades acreditando nessa interação que se estabelece em grupos sociais. Estas informações estão dispostas na coleção “Deixando de fumar sem mistérios” distribuída em quatro manuais: (i) Entender porque se fuma e como isso afeta à saúde; (ii) Os primeiros

dias sem fumar; (iii) Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; e, (iv) Benefícios obtidos após parar de fumar (BRASIL, 2004).

Vale pontuar os investimentos governamentais nos âmbitos nacional e internacional, com elaboração de estratégias para promover a saúde dos povos. A pactuação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que balizam a Agenda de Saúde 2030 (ONU, 2015a) reitera a importância de os governos firmarem ações para o seu alcance entre os países signatários.

Em seu objetivo 3 – “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, de forma geral, atesta a importância de as pessoas serem atendidas em suas necessidades de saúde, como também, efetivar a responsabilização sobre reorientação em estilos de vida”. No decorrer da descrição deste objetivo, o 3.5 reporta-se ao reforço na prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool (ONU, 2015b, p. 22).

O relatório detalha a significância para a gestão do setor saúde e intersetorialidade, ao afirmar que é urgente fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado (3.a); reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde (3.d) (ONU, 2015b, p. 22).

No Brasil, por intermédio do MS identifica-se, no decorrer dessas décadas, promulgações e implementações de políticas

públicas, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009), alinhadas com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) e os temas transversais, diretrizes, eixos temáticos e operacionais balizam as responsabilidades comuns a todas as esferas de gestão do setor saúde.

Desse modo, o investimento nessas políticas e o delineamento de medidas preventivas alinham-se com as diretrizes da gestão, dão visibilidade na interdependência e na imprescindível atuação intersetorial que devem ser efetivadas nessas três esferas de governo.

Por outro lado, a diversidade política, econômica, social e cultural das regiões brasileiras requer estudos que possibilitem compreender as subjetividades masculinas (BRAZ, 2005). O Nordeste detém uma cultura que o “homem” é o que se arrisca, se expõe ao perigo, ao vício, reforçando estereótipos do macho, do forte e do invencível (BRILHANTE *et al.*, 2015), negligenciando o cuidado à saúde e resistindo a adoção de estilos saudáveis. Dados do Vigescola com escolares de 12 a 16 anos de idade, revelam que nas capitais do Norte e Nordeste a prevalência de tabagismo é maior entre os meninos (WUNSCH FILHO *et al.*, 2010).

Estudos anteriores discorrem sobre o papel do PNCT na redução do consumo (INCA; OPAS, 2011). No entanto, é escassa a literatura sobre experiências com homens nordestinos, bem como sobre a inclusão de novas intervenções em relação às previstas no Programa Nacional Controle do Tabagismo.

Deste modo, uma pesquisa realizada em Fortaleza (Ceará) mostrou uma experiência em que foram acrescentadas quatro intervenções complementares ao PNCT, com as seguintes finalidades: intensificar a ida do paciente ao serviço de saúde, ampliado o número de sessões de quatro para oito; instigar a reflexão sobre a necessidade de cessar o vício; fortalecer a autoconfiança e incentivar a motivação para a abstinência tabágica (CUNHA, 2016).

Diante disso, pondera-se como o homem nordestino vivencia a busca pela abstinência, na terapêutica do abandono do vício tabagista. A dependência psicológica é um dos desafios do fumante no abandono ou diminuição do consumo de cigarros (GRIFFITH, 2016; ISMAEL, 2007). Destarte as argumentações, o estudo identifica as estratégias que o homem fumante utiliza para a diminuição e/ou cessação do vício tabágico.

Método

Estudo qualitativo (CRESWELL, 2010; MINAYO, 2014) que favoreceu a aproximação com as masculinidades subjacentes ao processo de diminuição e/ou abandono do fumo. Realizado em metrópole da região nordeste, com população de 2.452.185 habitantes, estratificada em 1.147.918 homens e 1.304.267 mulheres (IPECE, 2016), com rede de saúde distribuída entre Secretarias Regionais de Saúde. Como lócus investigativo e interventivo, elegeu-se o Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-AD), sediado na Secretaria Regional II (SR), com atendimento especializado em dependentes químicos. Destaca-se neste CAPS-AD oferta regular da terapêutica de tratamento de tabagistas.

Participaram do estudo 14 tabagistas e ex-tabagistas que realizaram tratamento nesta unidade de saúde, de fevereiro de 2013 a novembro de 2015, de ambos os sexos. Delimitou-se como critérios de inclusão a participação, em pelo menos seis, dentre as oito intervenções realizadas semanalmente no decorrer do tratamento antitabagismo; excluíram-se os que não atingiram o perfil de assiduidade às sessões. Neste estudo, evidenciam-se conteúdos manifestos de sete pacientes homens.

A coleta de dados foi mediada pela técnica de Grupo Focal (MINAYO, 2014; TRAD, 2009) que reforça as interações sociais ante temas complexos e subjetivos. Nessa condução, realizaram-se dois grupos focais (GF), com dias e local previamente agendados com os pacientes, com duração de duas horas, conduzida por um moderador e um facilitador, com roteiro versando sobre as estratégias utilizadas para a obtenção da abstinência e/ou redução do consumo do tabaco.

Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo (BRADIN, 2011) na modalidade temática (GOMES, 2005), seguindo-se de leitura flutuante, aprofundada, interpretação e identificação de núcleos de sentido relacionados à busca pela abstinência: *dependência física e psicológica, mudanças comportamentais e vínculos sociais*.

Estes sentidos atribuídos foram interpretados e discutidos pelos aportes teóricos do Interacionismo Simbólico (IS), evidenciando interações e comportamentos individual em situações específicas (BLUMER, 1969; CARVALHO; BORGES; REGO,

2010) e da Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) (SILVA *et al.*, 2012), ambos, que discorrem sobre mudanças de comportamento.

Esse estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº466/12 (BRASIL, 2012) e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob o número 1.508.603.

Resultados e discussão

Dependência física e psicológica

A dependência física do tabagismo necessita de estratégias de enfrentamento, uma vez que o tabagista, no processo de cessação do hábito de fumar, lança mão de ferramentas para lidar com a síndrome de abstinência, como explicitado no depoimento: “A psicóloga me dizia que eu tomasse um copo com água, quando tivesse vontade de fumar” (T2).

Reichert *et al.* (2008) afirmam que o paciente deve se atentar para os sintomas da abstinência e lançar mão de formas para enfrentá-los. Uma dessas maneiras de enfrentamento é a ingestão de balas, bombons, chicletes ou alimentos que têm longa permanência na boca, como forma de satisfazer a necessidade oral.

Um dos principais sintomas é a fissura pelo cigarro, que normalmente dura de um a cinco minutos, sendo fundamental que o tabagista desenvolva estratégias para lidar com o sintoma até que ele passe (REICHERT *et al.*, 2008). A verbalização do tabagista demonstra a dualidade entre a satisfação do desejo e a

vontade do abandono: “[...] são só cinco minutinhos [de fissura], passou [...]” (T4).

O conteúdo manifesto evidencia a trajetória do consumo de cigarro, os sintomas provocados pela síndrome de abstinência e o desenvolvimento de estratégias para resistir o desejo de retornar ao fumo. Pontua-se que o paciente está há três anos em abstinência:

Eu tenho uma dependência química do cigarro, eu digo da nicotina, no caso, muito grande... com três anos [em abstinência], embora eu não sinta mais vontade, mas eu sei que tenho que ficar sempre alerta e tenho isso na minha consciência. [...] Eu tive que ‘reprogramar’ o meu cérebro, forçando todos os dias e, hoje, três anos depois, eu ainda faço isso [fico alerta para não fumar] (T7).

As habilidades que o tabagista deve desenvolver para desviar a atenção do cigarro e a adoção de meios para driblar o desejo de fumar, de forma que possa substituir a vontade por algo saudável consistem em: atividades físicas, ingestão de água, atividades manuais, entre outras (ECHER; BARRETO; MOTTA, 2007).

Enfrentar a dependência psicológica do cigarro desafia o tabagista. Abandonar um “amigo” de todas as horas é um sofrimento psíquico, não sendo fácil para o tabagista conviver com esta pressão interior. Requer, ainda, desprendimento e resignificação do lugar ocupado por este “amigo” em momentos de solidão e socialização.

Entende-se que o fumante atribui o significado de com-

panheiro ao ato de dar uma tragada o que o ajuda a enfrentar o estresse advindo das circunstâncias da vida.

Bem, eu tento manter o meu emocional com tranquilidade [para manter a abstinência], não é fácil. Ao invés de discutir, tento me manter calmo, [...] eu também parei de beber, porque a bebida me puxa [para o cigarro], o café me puxa [para o cigarro], a irritabilidade também. Eu tomo banho gelado, eu conto uma piada e não é fácil! Mas isso aí [parar de fumar] eu busco já há muito tempo [...] (T6).

Autores asseveram que um dos insucessos dos tabagistas ao manifestarem e decidirem parar de fumar está na díade da simbologia e significação que a pessoa transfere ao cigarro, situando-o como apoio na lida dos problemas diários (JESUS *et al.*, 2016).

A dependência psicológica do hábito de fumar é sustentada por uma teia de sentimentos que, muitas vezes, são desencadeados por situações estressantes do dia a dia e fazem com que o tabagista recorra ao cigarro como forma de aliviar-se. Salienta-se o congestionamento viário comprometendo ou inviabilizando a mobilidade urbana como significativo gatilho disparador.

[...] O estresse para mim sempre foi um fator de risco, me fazia acender um cigarro. [...] para ir para o trabalho, eu pego trânsito intenso. Para retornar para casa, é pior ainda, pois fico uma hora e meia no engarrafamento. Às vezes, quando chego em casa, me visto... e vou fazer uma corridinha ou uma caminhada [para me livrar do estresse] (T7).

O cigarro é fumado como forma de lidar com a ansiedade decorrente de situações estressantes e contribui para que se tenha uma sensação momentânea de alívio e bem-estar. O depoente recorre, entre outras estratégias, à atividade física para aliviar o cansaço e o estresse da sua rotina, o que auxilia na manutenção da abstinência. Estudo realizado atesta que a dependência psicológica ocorre em paralelo à física, sendo complexa e difícil de ser percebida e tratada (ISMAEL, 2007).

Outro aspecto apontado pelos participantes diz respeito ao nível de consciência que têm sobre a dependência psicológica e a necessidade de mudar os hábitos para combater o tabagismo. Exemplo dessa compreensão identifica-se nas falas em que o paciente reduziu o consumo, mas não se encontra abstinido: “[...] tive recaída, voltei a fumar, mas não como eu era, praticamente curado, reduzi bastante [...]” (T1).

Mudanças comportamentais

Há muitos costumes da vida diária que influenciam diretamente na manutenção do hábito de fumar. Assim, a mudança de comportamento precisa ser conscientizada e compreendida pelos fumantes como uma forma auxiliar para que busquem a abstinência.

Algumas situações possuem relação com o tabagismo e são consideradas gatilhos para a recaída. A associação entre cigarro e álcool é um disparador do ato de fumar.

[...] o momento que eu mais fumava era justamente quando eu estava tomando

cerveja, houve casos onde eu cheguei a fumar 40 cigarros...duas carteiras, uma atrás da outra, tomando cerveja. [...] O que está me mantendo em abstinência? Eu não bebo mais. [...] Então, eu tenho esse compromisso comigo... Não vou disparar o gatilho! (T7).

Para outro participante, o álcool não é gatilho para fumar. Este relatou conseguir fazer uso de bebida alcóolica sem recair no tabaco: “[...] Hoje eu tomo a cerveja e não sinto mais nada. Não vou ser hipócrita, de vez em quando me dá aquela vontade de fumar, mas passa. Tomo cerveja normal, meu cafezinho jamais eu deixei” (T3).

Queiroz (2012) sinaliza que o gatilho pode ser entendido como um estímulo que antecede o uso da substância e está relacionado a ambientes, objetos, lugares, outras substâncias ou até mesmo emoções negativas que são difíceis de lidar. O álcool é um desses gatilhos e o fumante deve tentar afastar-se de tudo que se reporta ao cigarro.

França *et al.* (2015) constataram que os gatilhos são obstáculos para a cessação do tabagismo, funcionam como motivadores do consumo e contribuem para a recaída.

A dependência da nicotina mantém relação direta com o consumo de álcool, observando-se que quanto maior a quantidade de álcool consumida, maior o número de cigarros fumados. Esse fato é confirmado por Drobes (2002), ao mostrar que os fumantes consomem mais álcool do que as pessoas não fumantes. Dentre os dependentes de álcool, 90% fumam e, destes, 70% fazem uso de, pelo menos, 20 cigarros diários.

É fundamental que o tabagista faça mudanças em seus hábitos de forma constante para alcançar o objetivo da abstinência. Faz-se necessário que ele amplie o olhar para si, para suas necessidades e promova modificações em seu cotidiano, para fortalecê-lo e firmá-lo em sua decisão. No depoimento a seguir o abandono de um velho hábito é explicitado: “Até cinzeiro, no caso, ela [a psicóloga] aconselhou tirar de perto também” (T1).

Estudioso defende a quebra de rotinas que possuem ligação com o tabagismo como agregar o fumo ao café. Comportamentos associados ao hábito de fumar são obstáculos para cessar o consumo de tabaco, pois integram a rotina, constituindo-se como desafios desconstruir associações e crenças vinculadas ao tabagismo (LEITÃO FILHO, 2012).

Essas associações cotidianas realizadas pelo tabagista devem ser rompidas, conforme o tratamento proposto pelo Ministério da Saúde (INCA, 2001), o qual se apoia na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) que proporciona ao indivíduo a possibilidade de lançar mão de estratégias de enfrentamento ao vício, as quais são conscientes e mais eficazes (SILVA *et al.*, 2012).

Em outros depoimentos, constatou-se que não foi possível a abstinência do cigarro, mas houve a redução do consumo e a aquisição de novos hábitos, vislumbrando possível cessação do uso no futuro: “[...] Eu reduzi o número de cigarros, mas não deixei. Adquiri outros hábitos mesmo fumando e reduzi para 50%, mas não parei total. Eu fumava duas carteiras por dia, estou fumando uma, às vezes menos de uma” (T5).

Às vezes, reduzir o consumo é o que é possível no momento existencial da pessoa e isso deve ser valorizado pelo grupo terapêutico e pelos profissionais de saúde que acompanham o paciente. Esse apoio é necessário para o empoderamento, incentivo à abstinência e a hábitos saudáveis que tenham significados positivos.

Motivação e vínculos sociais

A motivação para o tratamento também está associada à busca pela abstinência, uma vez que muitos tabagistas se sentem instigados a parar de fumar em decorrência da preocupação com a saúde.

[...] eu tenho asma, cada vez que eu fumava e me sentia sufocado, muito sufocado [...]. Eu descobri que era do cigarro, por isso eu procurei o tratamento. Graças a Deus, hoje me sinto maravilhosamente bem, durmo tranquilo, respiro bem, sinto o cheiro, o paladar das coisas [...] (T3).

Outros depoentes fazem referência à preservação da saúde como motivo para cessar o consumo tabágico, porém ainda não o fizeram e fica explícito que o prazer de fumar ainda é maior do que a força para cessar o hábito: “Eu só estou tentando parar de fumar porque eu sei que faz muito mal à saúde, mas se não fosse isso eu estava fumando mais e mais” (T5).

Nesse depoimento, constatou-se o que Trigo (2005) menciona como um fenômeno denominado de “duplo nó psicológico”

presente em fumantes ativos, em que o prazer dado pelo o cigarro é confrontado com os males advindos da manutenção desse comportamento. Afonso e Pereira (2012), em estudo realizado com fumantes e abstêmios, verificaram que os que ainda fumam possuem mais representações negativas do comportamento de fumar e dos riscos que estão submetidos, do que os abstêmios. A abstinência pode não ocorrer porque o fumante não encontra motivação suficiente para transformar o seu comportamento.

No entanto, a determinação pessoal para parar de fumar não necessariamente menciona motivos específicos: “Eu disse [para mim mesmo] parou [o consumo de cigarros], vou tentar e pronto[...] (T5)”.

Retomando ao IS (BLUMER, 1969; HAGUETTE, 2007), a busca pela abstinência perpassa pelos caminhos dos significados, os quais constroem e desconstroem representações, levando a ressignificações, que fundamentam explicações de mudanças comportamentais. Estas levam os tabagistas a atingirem os objetivos buscados no tratamento para abandonar o hábito de fumar. Essas ressignificações percorrem rotas interiores remetendo às articulações entre o *self* e o *mind*.

O *self* por indicar que o homem também é objeto das próprias ações, age em grupo e consigo mesmo. O *mind* é um processo de autointeração, usando gestos compartilhados por assumirem um sentido comum. O *mind* é, em síntese, uma ação simbólica para o *self*, pois é um recurso social que surge do processo de comunicação interpessoal e da interação (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010; HAGUETTE, 2007). Essas premissas

facilitam a compreensão do cenário em estudo, ampliando o olhar sobre as relações dos tabagistas consigo mesmos e com os outros.

Um dos pontos que sustentam a motivação do fumante em abandonar o vício consiste no apoio recebido da família e/ou dos amigos: “Minha esposa vivia pedindo para eu parar de fumar. [...] Comecei a fazer o tratamento. Quer ver minha esposa feliz? É eu chegar na quarta-feira e dizer que vou lá para o CAPS.” (T4) e “Eu tive muito apoio da minha filha [...]” (T3).

A postura da família com o fumante repercute na dependência e no abandono do vício. Motivos elencados por fumantes para deixar o tabagismo são os conselhos da família; enquanto a ausência de apoio familiar dificulta esse processo (MAIA; NASCIMENTO, 2015).

Aliado ao apoio familiar, o desejo de parar o consumo do cigarro deve fazer sentido para o fumante. Raw (2004) sugere estreitar os vínculos familiares e sociais como suporte de enfrentamento desta “batalha”, solicitando a compreensão, ainda que medicado, sobre alterações no humor e nos dias de abstinência (LEITÃO FILHO, 2012; ECHER; BARRETO; MOTTA, 2007).

Compreender essas atitudes perpassa pela constituição do *self*, formado pelo “Eu” e pelo “Mim”. O “Eu”, respostas individuais (impulsiva, não elaborada) às atitudes do outro. Por sua vez, o “Mim” constitui-se de atitudes organizadas, produzindo o outro generalizado, interpretado e compartilhado com pessoas (BLUMER, 1969; CHARON, 1989).

Um depoente fez referência a um momento terapêutico em que a família participou, em que foi apresentado um teatro sobre

o tabagismo e o paciente entendeu como sendo uma reunião para os familiares. No entanto, essa não foi uma reunião específica e nem uma intervenção complementar previamente definida, mas demonstrou ter sido bastante significativa para os participantes, uma vez que foi definida como um momento de apoio: “[...] tem até uma reunião em que vai a família [...]” (T5).

Ressalta-se a importância do incentivo aos familiares e amigos dos pacientes no encerramento dos grupos, o que os ajuda a compreender o significado atribuídos pelos tabagistas à cessação do hábito, oportunizando a socialização das conquistas e de agradecimentos.

É importante ressaltar que a família do fumante também seja trabalhada de forma a compreender a complexidade que envolve a largada de um vício.

A terapia familiar do dependente químico beneficia no padrão de consumo da substância e nas relações familiares. Cuidar da família desenvolve sistema familiar equilibrado no âmbito das substâncias lícitas e ilícitas (PAYÁ, 2011).

Considerações finais

Conclui-se que os homens tabagistas enfrentam inúmeros desafios na busca pela cessação tabágica, buscam estratégias assertivas e menos dolorosas para encarar tanto a dependência física como psicológica que envolve o ato de fumar. Nesse processo, é necessário desprender-se e dar um novo significado ao cigarro. Os tratamentos antitabagismo devem oportunizar transformações comportamentais que contribuam para não disparar os gatilhos do consumo de cigarros, além de desfazerem o vínculo com o

cigarro.

Evidencia-se que a motivação pessoal, bem como a preocupação com doenças são estimulantes para o abandono do vício. Os vínculos sociais também compõem o conjunto incentivador do processo árduo de atingir e manter-se em abstinência. O arsenal de ações, ressignificações, motivações e apoio demonstram ter um potencial significativo de ajuda ao homem fumante e contribui de forma positiva na busca pela abstinência, tal como para a melhora na qualidade de vida.

Referências

AFONSO, F.; PEREIRA, M. G. Preditores da morbidade psicológica em fumantes, motivados para deixar de fumar, e em abstinentes. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 96-116, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v15n2/v15n2a08.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BAKER, P. *et al.* The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. **Bull World Health Organ.**, v. 92, n. 8, p. 618-620, aug. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147416/pdf/BLT.13.132795.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BAKER, P.; SHAND, T. Men's health: time for a new approach to policy and practice? **J. Glob. Health.**, v. 7, n. 1, p. 1-5, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344012/>. Acesso em: 13 nov. 2017.

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

BLUMER, H. **Symbolic interactionism, perspective and method**. Califórnia: Prentice-Hall, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Deixando de fumar sem mistérios: os primeiros dias sem fuma**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf. Acesso em: 10 nov. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 3 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.

97-104, mar. 2005. Disponível em: <http://ref.scielo.org/btcvtw>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BRILHANTE, A. V. M. *et al.* The “northeastern male” in formative years: sexuality and gender relations among teenagers. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 4, p. 471-478, out./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3835>. Acesso em: 10 nov. 2017.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; REGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. Disponível em: <http://ref.scielo.org/b54772>. Acesso em: 3 maio 2015.

CHARON, M. **Symbolic interacionism**: an introduction, an interpretation, an integration. Califórnia: Prentice–Hall, 1989.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, S. S. F. P. **Percepção dos tabagistas sobre o hábito de fumar e as intervenções complementares associadas ao tratamento**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2016.

DROBES, D. J. Concurrent alcohol and tobacco dependence: mechanisms and treatment. **Alcohol Res. Health**, v. 26, n. 2, p. 136-142, 2002.

ECHER, I. C.; BARRETO, S. S. M.; MOTTA, G. C. P. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. **R. Gaú. Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 350-358, 2007.

Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4681>. Acesso em: 24 out. 2016.

FRANCA, S. A. S. *et al.* Factors associated with smoking cessation. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 10, p. 1-8, 2015. Disponível em: <http://ref.scielo.org/689dkd>. Acesso em: 20 out. 2016.

GOMES, R. A análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. C. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006. Disponível em: <http://ref.scielo.org/78nqy2>. Acesso em: 14 jan. 2011.

GRIFFITH, D. M. “I AM a Man”: manhood, minority men’s health and health equity. **Ethnicity & Disease**, v. 25, n. 3, p. 287-293, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4671414/pdf/ethndis-25-287.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

GRIFFITH, D. M. Biopsychosocial approaches to men’s health disparities research and policy. **Behav Med.**, v. 42, n. 3, p. 211-215, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4970581/pdf/nihms806016.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

INSTITUTE OF HEALTH METRICS AND EVALUATION. Daily smoking patterns for both sexes, all ages: daily smoking prevalence in 2015. **Health data**, 2017. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/tobacco/> Acesso em: 10 nov. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Perfil básico municipal 2016**: Fortaleza. Fortaleza: IPECE, 2016. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/perfil_basico_municipal/2016/Fortaleza.pdf. Acesso em: 10 nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Abordagem e tratamento do fumante**: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf. Acesso em: 10 nov. 2017.

ISMAEL, Silvia Maria Cury. **Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista**. 2007. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Experimental) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

JESUS, M. C. P. *et al.* Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 73-80, 2016.

LEITÃO FILHO, F. S. S. Quais são as orientações-chaves para cada sessão/consulta de tratamento de fumantes? Como preparar o paciente para o dia D – deixar de fumar? *In*: ARAÚJO, A. J.

Manual de condutas e práticas em tabagismo. São Paulo: AC farmacêutica, 2012.

MAIA, L. I. H.; NASCIMENTO, E. G. C. Percepções e dificuldade de fumantes na cessação do hábito de fumar. **Rev. Universidade Vale do Rio Verde**, Betim, v. 13, n. 2, p. 105-116, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2173>. Acesso em: 3 nov. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015a. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. Objetivos do desenvolvimento sustentável. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), última edição em 13 de outubro de 2015b. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org>. Acesso em: 17 jul. 2020.

PAYÁ, R. Terapia familiar. *In:* DIEHL, A. *et al.* **Dependência química:** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 319-327.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

QUEIROZ, A. M. D. Quais são as orientações-chaves para cada sessão/consulta de tratamento de fumantes? Como

enfrentar os gatilhos que levam a fumar? *In*: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. São Paulo: AC farmacêutica, 2012.

RAW, M. **Pare de fumar para sempre**. São Paulo: Publifolha, 2004.

REICHERT, J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo-2008. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 10, p. 845-880, out. 2008.

SILVA, L. C. C. *et al.* Programa de tratamento do tabagismo. *In*: SILVA, L. C. C. A. (org.). **Tabagismo: doença que tem tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 215-245.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <http://ref.scielo.org/nsw8vy>. Acesso em: 12 nov. 2017.

TRIGO, M. O que provoca realmente a mudança nos fumadores? Algumas reflexões. **Rev. Port. Clin. Geral, Lisboa**, v. 21, p. 161-182, 2005. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10122>. Acesso em: 3 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco Free Initiative (TFI): WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobacco-smoking/en/index4.html>. Acesso em: 13 nov. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2016**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2016.

WÜNSCH FILHO, V. *et al.* Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 175-187, 2010. Disponível em: <http://ref.scielo.org/xdgvv2>. Acesso em: 10 nov. 2017.

Intoxicações por psicofármacos e a interface com políticas públicas de saúde

*Igho Leonardo do Nascimento Carvalho
Ana Paula Antero Lôbo
Clayre Anne de Araújo Alencar
Ana Paula Vasconcellos Abdon
Adriana Rolim Campos*

Introdução

A intoxicação humana é um problema de saúde pública de importância mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2012, cerca de 200.000 pessoas morreram, em todo o mundo, em virtude de intoxicação não intencional e estima-se que quase 1 milhão de pessoas morra a cada ano por suicídio, sendo a intoxicação exógena responsável por um número significativo dessas mortes (OMS, 2017).

No Brasil, no período de 2010 a 2015, ocorreram mais de 18.000 óbitos em decorrência de intoxicação, apontando um aumento de 3% no coeficiente de mortalidade. Os medicamentos, em especial, os psicotrópicos, figuram entre os principais agentes tóxicos responsáveis pelas mortes – sobretudo suicídios –, acompanhados dos agrotóxicos e das drogas de abuso (BOCHNER; FREIRE, 2020).

Apesar dos benefícios ocasionados pelo uso dos medica-

mentos em determinadas circunstâncias, o uso de qualquer fármaco apresenta probabilidade de que produza um dano à saúde em condições específicas, devido à toxicidade inerente ao agente químico (MOTA, 2012). A intoxicação medicamentosa, portanto, pode ser compreendida como o conjunto de sinais e sintomas que causam desequilíbrio orgânico promovido pelo uso dessas substâncias, tecnicamente obtidas, podendo causar dano e óbito (OSLON, 2013).

Os psicofármacos ou psicotrópicos são medicamentos que afetam as funções mentais e emocionais e estão situados na subespecialidade psicofarmacologia (GODMAN; GILMAN, 2012). O uso desses medicamentos é indicado para atenuar sintomas, reduzir incapacidades, abreviar o curso de muitas perturbações mentais e prevenir recorrências (OMS, 2001).

Destarte, o uso de psicofármacos passou a ser caracterizado como um dos recursos terapêuticos para o tratamento de transtorno mentais, associado à psicoterapia e reabilitação psicossocial (OMS, 2001), visando à promoção de saúde, a inclusão social e a ressignificação existencial do processo de adoecimento mental (KANTORSKI *et al.*, 2013).

Contudo, a toxicologia clínica, compreendida como o conhecimento sobre sintomatologia, diagnóstica e terapêutica de venenos no ser humano, aponta para uma problemática relevante relacionada ao uso irracional de psicofármacos (OSLON, 2013).

A indústria farmacêutica exerce forte influência na prescrição de medicamentos, sendo em muitos momentos considerada uma ameaça à prática da medicina segura, devido à falha

na regulação (ABRASCO, 2017). Nesse contexto, a indústria farmacêutica apresenta alto investimento em *marketing* sobre os prescritores, atividades promocionais irregulares e falta de informação sobre o uso correto de medicamentos, o que aumenta o consumo desnecessário dessas substâncias e eleva o risco de intoxicação (ARAÚJO; BOCHNER; NASCIMENTO, 2012).

Vale ressaltar que, apesar do benefício com o uso de psicotrópicos no tratamento de transtornos mentais, existem baixos índices de adesão aos psicofármacos (CARDOSO *et al.*, 2011), o que constitui um comportamento complexo que, por sua vez, se relaciona com o agravamento dos transtornos, exacerbação de sinais e sintomas (NICOLINO *et al.*, 2011), probabilidade aumentada de recaídas, aumento do número de hospitalizações e, principalmente, intoxicações (SILVA *et al.*, 2012; VEDANA *et al.*, 2013).

Associados a essas circunstâncias estão a falta de preparo dos profissionais para atuar em saúde mental na atenção básica, que é o espaço preferencial para a oferta de ações nessa área e ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e a baixa incorporação de ações educativas e de promoção da saúde na rotina dos serviços (GERBALDO *et al.*, 2018).

Considerando que a situação das intoxicações no Brasil caracteriza-se como um problema de saúde pública e que esse fato envolve outros aspectos como o uso irracional de medicamentos e a fragilidade no cuidado em saúde, destaca-se, portanto, a necessidade em discutir sobre a efetividade de políticas públicas, como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Polí-

tica Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), criada pela Portaria nº 3.916/98, objetiva garantir a disponibilidade, o acesso e o uso racional de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, para todos os setores da população (BRASIL, 1998). Entretanto, a manutenção da elevada frequência de intoxicações por psicofármacos sugere a insuficiência das ações públicas na prevenção dessas ocorrências (SANTOS *et al.*, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por sua vez, aprovada pela Portaria nº 2.436/17, define esse nível de atenção como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde; é ela que orienta o conjunto de ações e serviços disponibilizados na rede. Porém, na maioria das vezes, pacientes que tentaram suicídio, por exemplo, são liberados da emergência sem avaliação psiquiátrica/psicológica ou sem encaminhamento, ou quando o fazem são encaminhados de forma burocrática para serviços de saúde mental sem garantia de acolhimento ou continuidade de tratamento (VIDAL; GONTIJO, 2013). Mais preocupante é o fato que cerca de 45 % das pessoas que morrem por suicídio tenham se consultado por um médico clínico no mesmo mês e não receberam o devido cuidado (STORINO *et al.*, 2018).

Perante o exposto, o objetivo do estudo é analisar as intoxicações por psicofármacos a partir da Política Públicas de Saúde. Essa discussão mostra-se pujante para o fomento de estratégias capazes de garantir a integralidade no atendimento a vítimas de

intoxicação por psicofármacos, bem como nortear o planejamento de ações de prevenção às intoxicações.

Método

Trata-se de estudo teórico-reflexivo e documental, baseado nas Políticas Nacional de Medicamentos (PNM) e da Atenção Básica (PNAB) e nas fichas de notificação de intoxicação por medicamentos do Centro de Assistência Toxicológica do estado do Ceará (CEATOX), numa construção teórica que visa à interpretação e análise a partir de elementos teóricos (MINAYO, 2014). O estudo ainda constitui um fragmento do projeto de pesquisa “Estudo das intoxicações por medicamentos registradas pelo centro de intoxicações do Ceará”.

O percurso metodológico incluiu o levantamento de políticas públicas de saúde relacionadas com a assistência de usuários com intoxicações por psicofármacos, bem como fichas de notificação por essas intoxicações, no período de 2010 a 2014, no Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) do Instituto Dr. José Frota (IJF), localizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

Quanto à inclusão da PNM, ela ocorreu por ser a principal legislação sobre a promoção do uso racional e acesso a medicamentos. E da PNAB, devido ser a mais representativa legislação orientadora das ações de proteção, prevenção e promoção da saúde. Essas políticas foram lidas exaustivamente com intuito de identificar os trechos relacionados com a promoção do uso racional de medicamentos e prevenção e promoção da saúde, respecti-

vamente, que permitissem reflexões acerca das intoxicações por psicofármacos.

Os CEATOX são serviços de referência para atendimento a intoxicações no Brasil. Responsáveis pelo fornecimento de informações técnicas sobre os vários tipos de intoxicação aos profissionais e comunidade, esses centros têm o intuito de auxiliar no diagnóstico, prognóstico, tratamento atualizado e prevenção de sequelas (FORTALEZA, 2016), além de serem fonte de informações para o Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (SINITOX) (SÃO PAULO, 2015).

O CEATOX-CE funciona em plantões de 24 horas, interligado à Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT) e aos demais serviços do Instituto, tendo uma equipe profissional composta por médicos e farmacêuticos (FORTALEZA, 2016). A coleta dos dados ocorreu no período de junho a agosto de 2015, a partir de formulário semiestruturado baseado na ficha de notificação do participante, composta por dados sociais e características clínicas da intoxicação.

O universo amostral do estudo foi constituído por todas as notificações registradas pelo CEATOX, enquanto a população se refere a todas as fichas de notificação que tiveram como causa a intoxicação por psicofármaco. No estudo foram coletadas 1.420 fichas de notificação de intoxicação medicamentosa realizadas pelo CEATOX no período entre 2010 e 2014. Desse total, foram excluídas 58 fichas, devido à ausência de informações sobre notificação, e 422 fichas por serem de intoxicação por outras classes de medicamentos. Logo, foram analisadas 940 fichas de notifica-

ção.

Os dados foram armazenados e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®] 19.0 (GRAY, 2011). O plano de análise compreendeu a obtenção de frequências relativa e absoluta, bem como uma ilustração que relaciona a intoxicação por psicofármacos com as PNM e PNAB, o que permite reflexões sobre a gestão dos episódios de intoxicação por psicofármacos.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Instituto Dr. José Frota, e aprovado com Parecer N° 1.060.172, emitido em 28 de maio de 2015.

Resultados

As intoxicações por psicofármacos predominaram no sexo feminino (62,1 %), apresentando média de idade de 26,4 anos, sendo que 36,2 % dos indivíduos tinham até 19 anos. O que mais motivou a intoxicação por psicofármacos foi à tentativa de suicídio (73,6 %), seguida de acidente individual (20,5 %). Houve elevada frequência de manifestações clínicas (97,1 %), sendo que as mais frequentes foram: sonolência (34,1 %) e rebaixamento sensorio (15,3 %). As manifestações clínicas indicaram a necessidade de internação hospitalar (50,3 %), sendo as intoxicações classificadas prioritariamente como envenenamento moderado (46,5 %) ou leve (36,7 %) (Tabela 1).

Com as condutas adotadas no tratamento de intoxicação por psicofármaco, constatou-se que o desfecho clínico mais frequente foi a alta hospitalar (64,6 %), em detrimento dos óbitos

(1,0 %). Uma característica particular ao estudo foi o desfecho “não encontrado” (23,5 %), que ocorre quando existe o registro da admissão do paciente no pronto-socorro do IJF, mas ocorre a descontinuidade do acompanhamento pelo CEATOX, inviabilizando o registro do desfecho da internação desse paciente (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil social e clínico dos participantes intoxicados por psicofármacos atendidos pelo Centro de Assistência Toxicológica. Fortaleza, CE, 2010-2014.

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Sexo		
Masculino	356	37,9
Feminino	584	62,1
Faixa etária		
Até 19 anos	340	36,2
20 a 29 anos	250	26,6
30 a 39 anos	156	16,6
40 a 49 anos	112	11,9
50 a 59 anos	49	5,2
60 ou mais anos	33	3,5
Circunstância		
Tentativa de suicídio	692	73,6
Acidente individual	193	20,5
Outros	55	5,9
Apresentou manifestações clínicas		
Sim	913	97,1
Não	27	2,9
Avaliação da intoxicação		
Envenenamento leve	345	36,7

Envenenamento moderado	437	46,5
Envenenamento grave	158	16,8
Desfecho do tratamento		
Alta hospitalar	607	64,6
Alta a pedido ou revelia	73	7,7
Transferido	30	3,2
Óbito	09	1,0
Não encontrado	221	23,5

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Discussão

Diante dos resultados apresentados, o predomínio de mulheres no uso de psicofármacos encontra ressonância em outros estudos como de Silva e Herzog (2015) e Borges, Hegadoren e Miasso (2015). São preponderantes também em mulheres, com idade reprodutiva e quando expostas a medicamentos, os episódios de intoxicação intencional (90,5 %) e por uso de psicofármacos (59,9 %) (TAKAHAMA; TURINI; GIROTTO, 2014).

Lima *et al.* (2008) apontam ainda a prevalência feminina no uso de psicofármacos em decorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), sendo estes considerados um conjunto de sintomas não psicóticos associados frequentemente a quadros subclínicos de ansiedade, depressão e estresse, que se apresentam com significativa expressão aos cuidados primários em saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a integralidade do cuidado é um princípio fundamental, central a todo o Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade visa o atendimento às necessidades de saúde do indivíduo ao mesmo tempo em que pressupõe a articulação da saúde com

outras políticas públicas, assegurando uma atuação intra e inter-setorial (BRASIL, 2017).

Considerando que as mulheres predominam nas intoxicações intencionais por psicofármacos, que são a maioria do público atendido nas unidades básicas de saúde (GUIBU *et al.*, 2017), que são prevalentes nos Transtornos Mentais Comuns (STEEL *et al.*, 2014) e que fazem mais uso de psicotrópicos em comparação aos homens (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017); quais as estratégias adotadas pelas políticas de saúde? A política de atenção básica está sendo efetiva no cuidado integral à saúde da mulher? Quais ações estão sendo realizadas para o uso racional de medicamentos frente a esse público?

A partir desses questionamentos, algumas respostas podem ser vislumbradas. Compreende-se, previamente, que as políticas públicas são desenvolvidas para tentar dar conta da complexa e dinâmica teia de necessidades da população. Destaca-se, dentre elas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que foi desenvolvida em 2004 e já apontava para a necessidade da abrangência do cuidado à mulher, perpassando por outras demandas além das relativas a questões biológicas.

A PNAISM pressupõe o cuidado em todos os ciclos de vida feminino, resguardando as especificidades dos diferentes grupos populacionais e faixas etárias. Aborda ainda a associação entre saúde mental e gênero, referindo que a saúde mental das mulheres é, em parte, determinada por questões de gênero, somadas às questões socioeconômicas e culturais (BRASIL, 2004).

Não obstante mais de uma década de implantação dessa política, a integralidade da assistência à mulher não tem sido efetivamente contemplada, ficando reduzida, por muito tempo, à saúde reprodutiva e ao ciclo gravídico-puerperal (SANTANA *et al.*, 2019). Desse modo, apesar dos avanços, permanecem as fragilidades do cuidado integral, assim como da resolubilidade da atenção básica, que é a ordenadora da rede de saúde.

Outro aspecto relevante a ser discutido, a partir da faixa etária prevalente das intoxicações por psicofármacos, é a atenção à saúde de crianças e adolescentes. Esses dois grupos representam um desafio para o cuidado em saúde à medida que apresentam características biopsicossociais específicas.

O SINITOX demonstra que a faixa etária de 0 a 19 anos apresenta elevada prevalência de intoxicação por medicamentos, variando entre 53,8 e 57,7 % (SINITOX, 2013), corroborando com os dados encontrados no estado do Ceará, mesmo estes estando abaixo da média nacional.

Ademais, existe ampla evidência na literatura científica que, no Brasil, crianças menores de cinco anos são as maiores vítimas de intoxicação causadas por medicamentos, com prevalência variando entre 30,6 e 45,3 % (SINITOX, 1999, 2012, 2013). Mesmo tendo ocorrido uma redução de 26,5 % no número de internações por intoxicação medicamentosa nesse grupo entre 2003 e 2012, observa-se ainda no Brasil disparidades regionais estando a região Nordeste entre as de maior ocorrência (MAIOR; OSORIO-DE-CASTRO; ANDRADE, 2020).

As intoxicações em crianças estão relacionadas à curiosi-

dade dessa etapa do desenvolvimento, à imaturidade de funções do organismo, a embalagens sem mecanismos de segurança e pouco incentivo à prevenção de acidentes. Outros fatores também favorecem às intoxicações infantis como a prática da automedicação assistida pelos pais ou responsáveis, erros de prescrição e propaganda indiscriminada de medicamentos (MAIOR; OSORIO-DE-CASTRO; ANDRADE, 2017).

Trata-se, portanto, de causas evitáveis, passíveis de prevenção, principalmente por meio de ações educativas (BARCELOS; DEL-PONTE; SANTOS, 2018). Orientações como o cuidado na guarda de medicamentos e a importância da supervisão contínua de um adulto, por exemplo, estão presentes na Cadereta de Saúde da Criança – documento de acompanhamento da saúde, do crescimento e desenvolvimento da criança – e podem ser dadas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2018), embora a prevenção de acidentes suscite um envolvimento intersetorial.

Assim, a atenção básica exerce um papel importante por estar mais próxima das famílias e suas crianças, sendo o ponto de atenção mais acessível para realizar intervenções educativas, especialmente durante visitas domiciliares (BRASIL, 2018).

As dificuldades encontradas no cuidado ao adolescente recaem sobre a mesma perspectiva da integralidade, pois ainda é preponderante o modelo centrado na doença, que não entrevê as peculiaridades dessa fase do desenvolvimento. Programas destinados a esse grupo requerem abordagem interdisciplinar, por demandar cuidados de diferentes âmbitos, desde os adoecimentos comuns à essa fase, até a gravidez na adolescência, envolvimento

com drogas e violências (SILVA *et al.*, 2016).

Enquanto a maioria das intoxicações medicamentosas em crianças são motivadas por acidente individual, nos demais grupos, são em decorrência de tentativa de suicídio (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010). Dessa forma, as tentativas de suicídio também são uma preocupação para os adolescentes, pois são prevalentes, sobretudo, entre as mulheres (BRASIL, 2017).

A violência autoinfligida, em que se enquadra a tentativa de suicídio, pode ser evitada e suas consequências, reduzidas. Os fatores responsáveis pela tentativa de suicídio, quer sejam derivados de atitudes e comportamentos ou de condições sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas, podem ser modificados (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Para tanto, é necessário intervir precocemente, a partir de uma organização adequada dos serviços de saúde que garanta uma definição de fluxos e responsabilidades, a construção de linhas de cuidado, a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, a desestigmatização do fenômeno e a articulação inter-setorial (BRASIL, 2017).

Ademais, a existência de uma rede de proteção às pessoas em risco para o suicídio precisa estar constantemente em processo de formação e ação, pois pesquisas nacionais e internacionais mostram que pelo menos dois terços das pessoas que tentaram ou cometeram suicídio haviam comunicado, de alguma maneira, sua intenção para amigos, familiares, conhecidos ou a profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

Tais indicações apontam uma importante lacuna no con-

trole desse agravo e evidenciam uma falha na efetivação da PNAB, haja vista a epidemiologia crescente desses eventos, não só entre adolescentes, mas em toda a população (BRASIL, 2017).

É consenso que o comportamento suicida é mais frequente em indivíduos com sofrimento psíquico intenso e/ou transtorno mental, especialmente com diagnóstico de depressão, transtorno de personalidade, transtorno por uso de substâncias psicoativas, esquizofrenia e transtorno mental orgânico (OMS, 2000). Ademais, a tentativa de suicídio é a principal causa de internação nos hospitais gerais de pacientes adultos com transtornos mentais, o que pode explicar parcialmente o predomínio dos casos de intoxicação em virtude do uso de psicofármacos (BORBA, 2016; SINITOX, 2013).

Contudo, o estudo evidenciou a ausência de informações sobre transtornos mentais e acompanhamento psicológico e psiquiátrico na ficha de notificação, o que contraria as associações indicadas na literatura e aponta para a necessidade da inclusão desses itens no instrumento de avaliação. Tais informações irão permitir o detalhamento da dimensão psíquica nas ocorrências e do tratamento das intoxicações por psicofármacos.

Diante do exposto, o predomínio do uso de psicofármacos nas intoxicações por medicamentos pode estar associado à tentativa de suicídio (TAKAHAMA; TURINI; GIROTTO, 2014), que é a circunstância mais comum encontrada nesse estudo. O acesso aos psicofármacos, medicamentos sujeitos a controle especial, que em quantidade suficiente podem produzir intoxicação, sugere o uso sob prescrição médica para o próprio participante ou

alguém próximo (MIASSO *et al.*, 2015).

A interface das intoxicações por psicofármacos e a Política Nacional de Medicamentos (PNM) demonstra a importância no controle ao acesso dos psicofármacos que, neste contexto, assumem a condição de meio para a tentativa de suicídio. Apesar do controle na dispensação, prevista pela Resolução 344/98, existe uma facilidade de acesso no ambiente domiciliar, o que sugere a necessidade de ações educativas direcionadas à promoção do uso racional de medicamentos no domicílio.

A fim de reduzir a fragilidade da PNM na promoção do uso racional de medicamentos, foi proposto o Projeto de Lei nº 7.029 de 2006, que visa garantir a obrigatoriedade na venda de medicamentos fracionados, mas que ainda se encontra em tramitação na Câmara Federal. Entidades sociais, setores da saúde e da indústria farmacêutica, apesar de estarem discutindo sobre o assunto, não consideraram até então a urgência de soluções (SANTOS *et al.*, 2013).

Em 2007 foi aprovada a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC nº 27/2007), que estabelece a implantação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). Essa resolução tem o intuito de aumentar a vigilância e dificultar a venda sem prescrição (BRASIL, 2007).

Além disso, nesse mesmo ano de 2007, a OMS lançou uma campanha global denominada “Medicação sem Danos” com o objetivo de aumentar a conscientização pública sobre as questões de segurança relacionadas ao uso de medicamentos e de re-

duzir o dano associado à medicação. A campanha ainda visa o desenvolvimento de estratégias de segurança e encoraja/capacita pacientes e profissionais de saúde para desempenhar papel ativo nas práticas mais seguras de medicação (OMS, 2017).

À vista disto, observa-se que, a despeito das políticas públicas existentes e das ações de setores não governamentais, pouco se avançou efetivamente em medidas de prevenção e restrição ao acesso destes insumos. Uma das consequências diretas dessa lacuna, além das perdas de valor incalculável, são os efeitos clínicos das intoxicações nos indivíduos.

As manifestações clínicas apresentadas nesse estudo foram coerentes com os efeitos esperados dos psicofármacos no organismo, cujas ações afetam prioritariamente o Sistema Nervoso Central e a toxicidade é potencializada pelo aumento da dose dessas substâncias (SADOCK; SADOCK; SUSSMAN, 2015; BRUNNER; SUDDARTH, 2015).

É a partir das condições de exposição e das manifestações/evolução clínicas que os envenenamentos são caracterizados. Destarte, os dados do estudo apontaram que o potencial de toxicidade produziu distúrbios reversíveis e insuficientes para provocar danos à saúde (FIOCRUZ, 2015), reforçando a ideia da intoxicação por psicofármaco como método não invasivo e de baixa letalidade (KIM *et al.*, 2015).

A pouca expressão de mortalidade por psicofármacos destacada na literatura vai de encontro ao desfecho prevalente do tratamento da intoxicação por psicofármaco desse estudo, quando a ampla maioria dos pacientes recebeu alta hospitalar por cura.

Porém, o fato de os psicofármacos serem de baixa letalidade não cessa a preocupação pela segurança dos medicamentos ou sequer dos indivíduos e suas circunstâncias para as intoxicações.

Em oposição a isso, a alta hospitalar após envenenamento por psicofármacos e, principalmente, em decorrência de tentativa de suicídio, evidencia a necessidade da continuidade do cuidado em serviços ambulatoriais de saúde mental, o qual, na maioria das vezes, é rompido (VIDAL; GONTIJO, 2013). Assim, a adoção dessa estratégia visa oferecer tratamento para o sofrimento psíquico/transtorno mental que motivou esse episódio e garantir a integralidade da atenção.

Apesar deste estudo pretender abordar os dados de intoxicação a partir das políticas de atenção básica e de medicamentos, percebeu-se a insuficiência dessas políticas em dar conta da complexidade das questões referentes às intoxicações, necessitando do trabalho em rede e da intersetorialidade.

O estudo apresenta ainda limitações metodológicas que devem ser reconhecidas, assim como devem ser descritas as estratégias de redução dessa influência na investigação do objeto de estudo. Seguem as limitações abaixo:

- O atendimento no pronto socorro do IJF constitui uma referência no tratamento de intoxicações no Ceará, já que abriga o único CEATOX do estado, sendo responsável pela notificação dos casos de intoxicação. Por ser o local de estudo, as inferências sobre o atendimento em pronto socorro são restritas à população participante.
- O CEATOX do IJF não possui um manual de preenchimento

da ficha de notificação, fazendo com que exista uma variação no preenchimento, de acordo com o profissional responsável. Nesse sentido, os conceitos utilizados se basearam no manual da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/tox_inpreficha.asp), no qual descreve todos os conceitos avaliados na ficha de notificação.

- A utilização da ficha de notificação agrega a possibilidade de erros de preenchimento ou informações incompletas como perdas amostrais. Tal possibilidade não compromete a qualidade geral dos achados, devido à realização do tratamento analítico e discussão dos achados no estudo.

Conclusão

A atuação conjunta das estratégias propostas pelas PNM e PNAB representaria uma potente estratégia de prevenção ou acompanhamento de intoxicações por psicofármacos, viabilizando o tratamento da causa base e/ou a redução de novos episódios. Entretanto, observa-se que a ausência dessa articulação implica na elevada prevalência de intoxicações por psicofármacos e atendimento que não contempla a integralidade.

A reflexão sobre as políticas públicas de saúde subsidia a ressignificação das intoxicações por psicofármacos que, apesar da baixa mortalidade, apresenta risco de morte e necessidade de intervenção psicológica após alta clínica. Nesse contexto, torna-se fundamental implementar estratégias de prevenção da ansiedade e depressão nas unidades básicas de referência para assistência continuada dos pacientes vítimas de intoxicação por psicofarma-

cos, com intuito de prestar atenção integral.

A garantia do uso seguro e racional de psicofármacos envolve o estabelecimento de ações efetivas baseadas nas políticas públicas de saúde, o que requer a participação da equipe multiprofissional na manutenção e equilíbrio da saúde mental da população.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. A indústria farmacêutica e o acesso a medicamentos na Abrasco Livros. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/a-industria-farmaceutica-e-o-acesso-a-medicamentos-na-abrasco-livros/28014/>. Acesso em: 13 jul. 2017.

ARAÚJO, C. P.; BOCHNER, R.; NASCIMENTO, A. C. Marcos legais da propaganda de medicamentos: avanços e retrocessos. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 331-46, 2012.

BARCELOS, R. S.; DEL-PONTE, B.; SANTOS, I. S. Intervenções para redução de acidentes na infância: revisão sistemática. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 94, n. 4, p. 351-367, ago. 2018.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 7, p. 1366-72, 2010.

BOCHNER, R.; FREIRE, M. M. Análise dos óbitos decorrentes de intoxicação ocorridos no Brasil de 2010 a 2015 com base no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 761-772, fev. 2020.

BORBA, L. O. **Adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamento no tratamento em saúde mental.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev. Pan. Salud Publica**, v. 38, n. 3, p. 195-201, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamento.** Portaria Nº 3.916/ GM, de 30 de outubro de 1998. Brasília, DF, 1998a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.** Portaria GM 344/ 1998. Brasília, DF, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei N° 7029**. Dispõe sobre registro e fracionamento de medicamentos para dispensação. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n° 27, de 30 de março de 2007**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC, estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2017. Seção 1, p. 62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiol.**, v. 48, n. 30, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 22 de set. 2017b. Seção 1, n. 183.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. SMELTZER, S. C. *et al.* 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CARDOSO, L.; MIASSO, A. I.; GALERA, S. A. F.; MAIA, B. M.; ESTEVES, R. B. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Rev. Lat.-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1-9, 2011.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 11, suppl., p. 1163-1178, 2006.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **CEATOX/Acesso de psicofármacos**. Fortaleza, 2016. Disponível: <http://www.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 23 jun. 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Intoxicações e envenenamentos**. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/virtual%20tour/hipertextos/up2/intoxicacoes_envenenamentos.htm. Fiocruz, [n.d]. Acesso em: 13 jul. 2017.

GERBALDO, T. B.; ARRUDA, A. T.; HORTA, B. L.; GARNELO, L. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. **Trab., Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, set./dez., 2018.

GOODMAN, L. S.; GILMAN, A. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 12. ed. BRUTON, Laurence L. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2012.

GRAY, C. D.; KINNEAR, P. R. **IBM SPSS 19 Statistics made simples**. Chicago: Psychology Press, 2011.

GUIBU, I. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 17s, 2017.

KANTORSKI, L. P.; GUEDES, A. C.; FEIJÓ, A. M.; HISSE, C. N. Mediação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 1022-1029, 2013.

KIM, J. *et al.* High Prevalence of Psychotropics Overdose among Suicide Attempters in Korea. **Clin. Psych. Neurosci.**, v. 13, n. 3, p. 302-307, 2015.

LIMA, M. C. P. *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 717-23, 2008.

MAIOR, M. C. L. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; ANDRADE, C. L. T. Internações por intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos no Brasil, 2003 – 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 4, 2017.

MAIOR, M. C. L. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; ANDRADE, C. L. T. Demografia, óbitos e indicadores de agravamento nas internações por intoxicações medicamentosas entre menores de 5 anos no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 23, E200016, 2020.

MIASSO, A. I.; MIAMOTA, C. S.; MERCEDES, B. P. C.; VEDANA, K. G. G. Adesão, conhecimento e dificuldades relacionados ao tratamento farmacológico entre pessoas com esquizofrenia. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 186-195, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

MOTA, D. M.; MELO, J. R. R.; FREITAS, D. R. C.; MACHADO M. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 1, p. 61-70, 2012.

NICOLINO, P. S. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 708-715, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: um manual pra profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança – 2001.** Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Programa Internacional de Segurança Química. **Prevenção de Gerenciamento de Intoxicações.** 2017 Disponível em: <http://www.who.int/ipcs/poisons/en/>. Acesso em: 13 jul. 2017.

OSLON, K. R. **Manual de Toxicologia Clínica.** 6. ed. Nova York: Mc Graw Hill, 2013.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 747-758, dez. 2017.

SADOCK, B.; SADOCK, V.A.; SUSSMAN, N. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SANTANA, T. D. B. *et al.* A. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de

literatura. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 135-141, 2019.

SANTOS, A. S. *et al.* Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 16, n. 2, p. 376-387, 2013.

SÃO PAULO. Centro de Vigilância Sanitária. Evento Tóxico/Intoxicação, 2015. **CVS**, 2015. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/tox_inpreficha.asp. Acesso em: 13 jul. 2017.

SILVA, C. S. O. *et al.* O adolescente na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa de literatura. **Adolesc. Saude**, v. 13, n. 3, p. 76-87, 2016.

SILVA, J. C.; HERZOG, L. M. Psicofármacos e psicoterapia com idosos. **Psicol. Soc.**, v. 27, n. 2, p. 438-48, 2015.

SILVA, T. F. C. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **J. Bras. Psiq.**, v. 61, n. 4, p. 242-51, 2012.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICOS-FARMACOLÓGICAS, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento. Fiocruz, 1999. Disponível em: https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//tab04_brasil_1999.pdf. Acesso em: 13 jul. 2017.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICOS-FARMACOLÓGICAS, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento. Fiocruz, 2012. Disponível em: http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Tabela%204_2012.pdf. Acesso em: 11 jan. 2017.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICOS-FARMACOLÓGICAS, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento. Fiocruz, 2013. Disponível em: http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Tabela7_2013.pdf. Acesso em: 13 jan. 2017.

STEEL, Z. *et al.* The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **Int. J. Epidemiol.**, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014.

STORINO, B. D. *et al.* Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 369-377, dez. 2018.

TAKAHAMA, C. H.; TURINI, C. A.; GIROTTO, E. Perfil das exposições a medicamentos por mulheres em idade produtiva atendidas por um centro de informações toxicológicas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 4, p. 1191-1199, 2014.

VEDANA, K. G. G. *et al.* Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso. **Rev. Ciênc. Cuidado Saúde**, v. 12, n. 2, p. 365-374, 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, jun. 2013.

Construções sociais da masculinidade intervindo no comportamento de busca por serviços de saúde

*Kerma Márcia de Freitas
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Aline Veras Moraes Brilhante
Raimunda Magalhães da Silva
Ildernandes Vieira Alves
Josué Barros Júnior*

Introdução

A vacância dos homens nos serviços de saúde no Brasil, principalmente na atenção primária, não é tema recente na literatura (SCHRAIBER *et al.*, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2002; MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016; COSTA, 2003), sendo apontada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) como um problema influenciado por questões de gênero (BRASIL, 2009). Evidências sugerem que o não reconhecimento da diversidade dos homens, por parte de gestores e profissionais de saúde, dificulta o planejamento de ações para implementar essa política (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012; GOMES *et al.*, 2011). Deste modo, estudos que visem analisar as interseções entre as construções sociais das masculinidades e o

acesso aos serviços de saúde são fundamentais para a formulação de estratégias para acolher o homem na Atenção Primária à Saúde (APS) (SCHWARZ *et al.*, 2012; MARTINS; MALAMUT, 2013).

A masculinidade, assim como a feminilidade não representam formulações únicas e inequívocas de dados naturais (SCOTT, 1986). Em cada estrutura social, política, econômica e cultural, desponta um modelo de “masculinidade hegemônica”, que estabelece uma série de atributos, valores e condutas específicas (CONNELL, 2000, 2005). O cerne da masculinidade hegemônica estruturada no mundo ocidental através dos anos constrói-se a partir de uma imagética que mescla virilidade, força e resistência (NOLASCO, 1995; BRILHANTE *et al.*, 2017; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011) reforçando o mito da invulnerabilidade masculina (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Esse estereótipo, contudo, contrasta com os perfis de morbimortalidade segundo o gênero. A expectativa de vida ao nascer do homem é de 71 anos de idade, sendo inferior aos 78 anos estimados para as mulheres. Em 2011, dos 1 166 348 óbitos de pessoas entre 20 e 59 anos, 57,0% (662 237) foram de homens. Cardiopatias, doenças do aparelho respiratório e mortes por causas externas acometem mais frequentemente nos homens (BRASIL, 2013; 2012).

Evidências atribuem essas diferenças entre homens e mulheres a cinco fatores principais: especificidades biológico-genéticas; diferenças e desigualdades sociais e étnicas; associação entre condutas e distintas expectativas sociais; busca e uso de serviços de saúde e cuidados de profissionais de saúde (MCKIN-

LAY, 2012). Os três últimos tópicos elencados relacionam-se intrinsecamente com os papéis sociais de gênero. Deste modo, o estabelecimento de políticas de saúde sustentáveis carece de análises acerca de fatores culturais e suas influências nas construções das identidades sociais.

Diante desse panorama questiona-se como as construções sociais da masculinidade influenciam o homem, no comportamento de busca por serviços de saúde. Estudos prévios foram realizados com homens cidadãos residentes no eixo sul e sudeste (SCHRAIBER *et al.*, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2002; MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016; COSTA, 2003; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; KEIJZER, 2003). Contudo, são escassas as pesquisas que abrangem homens de cidades de pequeno e médio porte do Nordeste brasileiro região, culturalmente, marcada por uma imagética social androcêntrica (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Dessa maneira, ponderando a relevância enfatizada na literatura de considerar a multiplicidade de contextos culturais (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012), este estudo analisa a percepção de homens nordestinos e de profissionais da atenção primária sobre masculinidade e comportamento de busca por serviços de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo (GIL, 2008). Essa abordagem justifica-se diante da necessidade

de se analisar uma situação real, incluindo opiniões, atitudes e crenças (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2006; CRESWELL, 2010).

A pesquisa foi realizada em um município de médio porte do nordeste brasileiro com população estimada de 67 045 habitantes, distribuída na zona urbana e rural e com extensão territorial de 1 871 996 km² (24). Sede da 17^a Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), este município é polo de referência para outros seis, contando com uma rede de Atenção Primária abrangendo 20 Equipes de Saúde da Família (EqSF), 12 na zona rural. Elegueuse para cenário desta pesquisa a Unidade Básica Alto Manoel Mariano (UBAMM), na zona urbana, por ser uma das pioneiras no município, dispor de duas EqSF e ter pactuação com instituição de ensino superior, proporcionando troca de saberes. Sua área adscrita abrange sete bairros, 11 microáreas, 3 234 famílias cadastradas, população de 11 865 pessoas, 4 284 homens e 4 626 mulheres (IBGE, 2014).

Participaram da pesquisa 20 informantes: 13 usuários e sete profissionais que atenderam aos critérios do estudo. Usuários com idade entre 20 e 59 anos, residentes da área adscrita da EqSF; e, profissionais de nível superior, efetivos da unidade, atuando há pelo menos seis meses na Atenção Primária à Saúde. Todos participaram espontaneamente, atendendo, dessa forma, os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Foi critério de exclusão entre os usuários: trabalhar em serviço de saúde e/ou ser profissional da área. Entre os profissionais, os que se encontravam afastados por qualquer motivo e os ausentes nos dias da coleta.

Atendendo aos critérios, os participantes compuseram três grupos. O grupo I formado por sete usuários que buscavam a unidade de saúde frequentemente; o grupo II, por seis usuários que não ia habitualmente; e, o grupo III, por sete profissionais da Equipe de Saúde da Família. Os usuários foram indicados e convidados pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) (e um dos autores) pelo fato de conhecer o perfil dos usuários, porém, respeitando as diversidades social, cultural, econômica, religiosa e étnica.

Os dados foram obtidos pela técnica de Grupo Focal (GF) que permite análise da interação coletiva e individual, a partir de questões orientadoras (RESSEL *et al.*, 2008). Essa técnica fomenta a escuta, a argumentação e contra argumentação, aumentando a fidedignidade dos dados (BARBOUR, 2009). Realizou-se um grupo focal para cada conjunto de participantes, esclarecendo-se que, em caso de pendências, novos contatos seriam necessários (BARDIN, 2011). Os dados foram coletados em abril de 2015, atendendo aos eixos temáticos: questões de gênero; política de atenção à saúde do homem; e, busca do homem por serviços de saúde. Este artigo discorrerá sobre o eixo questões de gênero a partir da questão orientadora: a saúde é preocupação maior de homens ou de mulheres? Justifique a sua opinião. Todos os grupos responderam, também, questionário com variáveis socio-demográficas (BARBOUR, 2009). No questionário dos usuários tinham as variáveis idade, situação conjugal, escolaridade, profissão; no grupo dos profissionais, foram acrescentadas ano de conclusão do curso e realização de pós-graduação.

A coleta de dados do GI e GIII aconteceram na sala de reunião da UBS AMM; a reunião com o GII, em local da comunidade. As sessões transcorreram em ambiente neutro, privativo, confortável e de fácil acesso, com duração de uma hora e trinta minutos. As falas foram gravadas, transcritas na íntegra, assegurado o sigilo e o anonimato mediante codificação alfanumérica - grupo I (H_1 , H_2), grupo II (H_{b1} , H_{b2}) e o grupo III (P_1 , P_2) dos profissionais.

Na análise dos dados sociodemográficos recorreu-se a estatística descritiva. Com os dados não estruturados, a análise de conteúdo, complementada com a modalidade temática, seguindo a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta complementação possibilitou identificar núcleos de sentido, frequentes no material, com significados no contexto analisado (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2015; SCHRAIBER *et al.*, 2012). Após transcrição integral do material coletado foi realizada leitura flutuante e exaustiva, impregnando-se do conteúdo, identificando-se as unidades de registro deste estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Leão Sampaio, sob parecer de número 1 029 488 e sua execução atendeu a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e discussões

Os resultados evidenciam três núcleos de sentido: (1) percepções masculinas e femininas sobre as necessidades de saúde;

(2) o ser homem interferindo no processo de cuidar; e (3) a invisibilidade) dos homens pelos profissionais da atenção primária. Discorremos sobre esses núcleos na subseção Gênero e Saúde, que sucede a caracterização dos participantes.

Caracterização

Os seis informantes do Grupo I compõem o seguinte perfil: homens com idade entre 31 a 50 anos, casado ou em união estável (04/57,2%); com ensino fundamental incompleto (05/71,4%). Apenas um participante acessou o ensino superior. Sobre profissão/ocupação evidenciou-se agricultor (03/42,8%); serviços gerais (02/28,6%), músico (01/14,3%) e engenheiro agrônomo (01/14,3%).

O grupo II foi composto por homens entre 20 a 40 anos de idade; em sua maioria casados ou em união estável (05/83,3%); ensino fundamental incompleto (05/83,3%); profissão/ ocupação centrada em servente/pedreiro (03/49,9%).

O grupo III foi formado por sete profissionais de nível superior, da Estratégia de Saúde da Família Alto Manoel Mariano e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Neste grupo prevaleceu: sexo feminino (05/71,4%); faixa etária de 20 a 30 anos (05/71,4 %); equilíbrio entre solteiros (04/57,1%) e casados (03/42,9%); tempo de formado maior que três anos (05/71,4%); sem pós-graduação (05/71,4%); pós-graduação em saúde da família (02/28,6%). Um participante (01/14,3%) possui mestrado em Nutrição de Ruminantes. Este grupo tem composição multi-

disciplinar (assistente social, enfermeiro (a), médico(a), médica veterinária e nutricionista).

Gênero e Saúde

A analogia entre a figura masculina e feminina nos mol-des da saúde está presente nas falas dos usuários ao relatarem a primazia dada às mulheres nos serviços de assistência, em contraste com a invisibilidade da população masculina: “[...] o que tá acontecendo não só aqui na nossa cidade, mas todo país é a abordagem, geralmente quando a gente recebe uma abordagem em casa da saúde eles procuram as mulheres e talvez os homens (H1).” e “[...] os médicos hoje em dia, enfermeiras procuram mais as mulheres (H3_b)”.

Os profissionais corroboram o posicionamento dos usuários, enfatizando que a abordagem diferenciada é decorrente das ações direcionadas do Ministério da Saúde (MS). “A maioria das ações que o Ministério da Saúde disponibiliza é voltado para a mulher [...]eu noto que o sistema de saúde ela a programação toda é mais direcionada pra o pra mulher, pro público feminino (P1)”.

A gravidez e a assistência à infância são apontadas como uma das razões para esta divergência, como afirma P6.

A mulher também ela tem mais porque as ações serem mais direcionadas para ela, porque a mulher engravida [...] tem que fazer o pré-natal, ai o menino nasce o menino adoecer tem que levar no médico ai tem as vacinas da criança e as vacinas que ela mesmo toma no pré-natal e os exames que ela faz no pré-natal [...] ai tem diabetes hipertensão e uma coisa vai levando a outra (P6).

Aparte da inegável relevância de uma assistência qualificada às mulheres no período gestacional, a utilização deste argumento para justificar a negligência à saúde do homem descortina a forte influência de fatores socioculturais na organização dos serviços. A associação da figura feminina primordialmente ao eixo materno-infantil reforça a desigualdade em gênero e saúde ao reduzirem os homens a mantenedores financeiros e a mulher ao corpo reprodutor e agente do cuidar (ROHDEN, 2014). As falas demonstram que a mulher se preocupa mais com a saúde do que os homens, retratados como negligentes em relação aos cuidados de saúde: “Ela tem consciência a mulher se preocupa muito com a saúde o homem às vezes ele é mais relaxado. (H3)”; “A mulher procura mais, os homens são mais relaxados [...] são mais atenciosas para esse negócio aí. (H1_p)”; “[...] a mulher tem aquela preocupação e mesmo sem tá doente tá procurando doença de tá se cuidando de tá no posto de tá investigando” (P4).

A despreocupação do homem com a sua saúde é uma ação naturalizada, sendo a mulher majoritariamente responsável pelas condições de manutenção da saúde de todos os membros da família, incluindo os homens (MACHIN *et al.*, 2011). Deste modo, a fala dos profissionais demonstra que a mulher age como influenciadora e intermediadora entre o comportamento de saúde do homem e o acesso ao serviço de saúde. “Geralmente quem vem é a esposa por ele, porque ele tá sentindo alguma coisa [...]” (P4); e “A mulher vem com as queixas do homem dizendo passa uma medicação para o meu esposo ele está em casa não quer vir tá doente” (P5).

Essas descobertas convergem com os resultados do estudo de Machin *et al.* (2011) e Althusser (1987), no qual, igualmente, foi encontrado que a mulher vem a unidade de saúde com a problemática do marido que ficou em casa.

O posicionamento social da mulher com responsável pelo cuidado familiar, associado à construção social da invulnerabilidade masculina (GOMES *et al.*, 2011) reforçam estruturas ideológicas (Meirelles, 2009) que culminam na estruturação de serviços de saúde, como espaços destinados preferencialmente às mulheres, contribuindo para a vacância masculina (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2015). Não é à toa que a literatura corrobora que homens casados ou que convivem com uma parceira, tem a tendência de procurar mais os serviços médicos do que os homens solteiros (ALVES *et al.*, 2011; MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

O núcleo intitulado “*Ser homem*” e a interferência no processo de cuidar condensa discursos sobre o estereótipo do homem como forte e provedor. Essa força é incompatível com vulnerabilidades que podem reverberar na busca por cuidados com a saúde, como ilustram as falas: “O homem ele é resistente a não querer ou se achar doente ou querer prevenir alguma coisa [...]” (H1) e “[...] como ele tem que prover as coisas e casa né ele tem que ser forte a base forte da casa acha que ele não pode adoecer” (P7).

O posicionamento dos profissionais tece uma estreita relação entre a obrigação de prover o sustento da família e a impossibilidade do adoecimento. Essa construção sociocultural ignora

que, segundos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), em 2015, 40,5% dos domicílios brasileiros são chefiados por mulheres. O Nordeste é a região do país em que há, proporcionalmente, mais mulheres na posição de referência - em média, 42,9% das casas. Verifica-se, assim que a construção sociocultural do homem como único mantenedor do lar não se ancora no contexto cotidiano. Apesar disso, ela está culturalmente imbricada com o pensamento hegemônico da masculinidade, refletindo no processo de saúde do homem (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

A saúde do homem é multifacetada e o processo de reconhecimento de fatores relacionados está em processo de discussão. A elucidação de outras necessidades que cercam o homem se faz necessário para que haja uma ampliação dos princípios de equidade e integralidade, rompendo com paradigmas que pregam que homem é invulnerável (COUTO *et al.*, 2010).

Muitas vezes os próprios homens negam a existência de algum desconforto que comprometam o seu bem-estar e/ou que gere dor ou sofrimento, para que sua masculinidade não seja atingida. Esta lógica segue a perspectiva de gênero, que modela como deva ser e fazer para ser considerado homem e/ou mulher, à medida que são seguidos estereótipos que pregam a imagem do homem viril, forte, provedor e da mulher frágil, emotiva e passiva (ALTHUSSER, 1987).

Paradoxalmente, as falas dos profissionais revelam que o homem tem um certo temor em procurar assistência: “O homem tem aquele tabu do medo de já não querer vir para o posto de vir

só nas últimas [...]. Eu acho que problema do homem é o medo, se não ele não tivesse medo, tava igual a mulher procurando direto” (P4); “Homem tem medo” (P7).

Contrariando a existência de uma virilidade dita masculina, é encontrado nas falas dos profissionais trechos que afirmam que o medo é um dos principais adjetivos relacionado a “ser homem”.

O medo quando existente pode interferir toda a lógica assistencial ao partir do pressuposto que ao senti-lo é retardado ao máximo o encontro com o seu agente causador. No contexto em questão, implicará, por parte dos homens, atraso na busca por cuidados, que por sua vez, agrava suas condições de saúde, reunindo as complicações existentes e as que virão. Na hesitação entre vencer o medo e tomar uma decisão, atinge-se um ponto limite que compromete não somente o homem, mas toda a dinâmica familiar e social que o cerca (MACHIN *et al.*, 2011).

Os participantes dos três grupos focais enfatizam também que a vergonha de ir buscar assistência é um determinante relacionado a ser homem, principalmente quando há presença de profissionais do sexo feminino nos serviços: “Os homens são mais vergonhosos em procurar o médico” (H6_b) e “[...] a vergonha também do homem de tá procurando” (P4). De acordo com outro participante:

Eu mesmo eu tiro por mim mesmo se eu tiver doente dentro de casa quem é o doutor? Não num é um doutor não, é uma doutora. Já não vou, porque tem certas doenças em cima da pessoa que a pessoa não tem coragem de

amostrar pra uma doutora né, sendo o homem é mais fácil [...] vou lá dizer uma coisa na frente de uma mulher (H3_b).

A presença do tripé medo/timidez/vergonha são referências ligados ao sujeito do sexo masculino, que interfere no cuidado a essa população, dificultando que o homem vá procurar por ajuda para sanar suas necessidades (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

A questão da vergonha que cerca o homem em expressar-se diante de mulheres, foi identificado por Gomes *et al.* (2011), vindo assim confirmar os achados desta pesquisa e reafirmar a existência na perspectiva de gênero de que existem assuntos que só devem ser conversados com homens e assuntos que só devem ser discutidos com mulheres.

É pertinente dizer que desde a infância os indivíduos são incorporados sob a lógica divisória que separa os homens das mulheres, vão crescendo aprendendo que determinadas situações são restritas de acordo com o sexo. Sendo o homem, impossibilitado de demonstrar qualquer sentimento representativo de passividade. Nessa significação, gerou-se um preconceito e uma falsa ideologia, principalmente por parte do sexo masculino, não aceitando mostrar-se frágil diante de uma mulher (PINHEIRO *et al.*, 2002; RIBEIRO, 2016).

Os fragmentos do núcleo de sentido *a (in)visibilidade do homem pelos profissionais* encontrados no GI expressam que os homens se sentem esquecidos e negligenciados: “Tem que investigar a vida do homem também porque na maioria das vezes isso

não acontece (H7)”; “A gente tá ficando de lado” (H6); “Se eu disser assim rapaz eu preciso sim da saúde, mas se não for uma pessoa que possa chegar e lhe alertar as vezes me esqueço da saúde [...] precisamos ter mais atenção” (H3).

Essa invisibilidade decorre de uma falha tripla, ao passo que os próprios homens não aderem a práticas de cura-prevenção; o serviço não os enxerga por não oferecer nada direcionado para eles, principalmente a adultos jovens em faixa etária produtiva e os profissionais por apresentarem determinadas posturas que reforçam os estereótipos de gênero (COUTO *et al.*, 2010). A reflexão provocada pelo debate descortinou essa percepção, antes oculta para alguns profissionais, como ilustra P1: “Eu acho que isso (a pesquisa) serviu imensamente pra gente perceber o quanto é deficiente [...] saúde do homem é na prática” (P1).

Considerações finais

Seja pela vacância nas unidades de atenção primária ou pela busca tardia pelos serviços de saúde, já em estado avançado de adoecimento, os resultados dessa pesquisa evidenciam que as políticas públicas voltadas para os homens colidem em questões culturais para a sua implementação.

Constatou-se que o estereótipo hegemônico de masculinidade ainda exerce forte papel sobre a saúde do homem do Nordeste brasileiro. Esse modelo cultural coloca os homens em situação de vulnerabilidade no que se refere a sua saúde.

Referências

ALTHUSSER, L. **Aparelhos Ideológicos de Estado**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1987. 128 p.

ALVES, R. F. *et al.* Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 3, p. 152-166.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed 2009. 216 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Interagencial de Informações Para a Saúde**. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012 IDB-2012. DATASUS, 2013a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>. Acesso em: 25 out. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, DF, 13 jun. 2013b. n. 12, Seção 1, p. 59-59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 out. 2014.

BRILHANTE, A. V. M. *et al.* Construction of the stereotype of “Northeastern macho” in the Brazilian forro songs. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 13-18, 2018.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVAM, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2006. 176 p.

CONNELL, R. W. **The men and the boys**. Berkeley: Univ of California Press, 2000. 268 p.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Berkeley: Univ of California Press, 2005. 349 p.

COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Rev. Bras. Estudos Populares**, v. 20, n. 1, p. 79-92, 2003.

COUTO, M. T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 33, p. 257- 270, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 296 p.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C. F (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. São Paulo. 34. ed. São Paulo: Vozes, 2015. 80 p.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 6, supl. 1, p. 935-944, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 261 p.

GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Sala de imprensa**. IBGE, 2012. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/pt/noticias?view=noticia&idnoticia=2271>. Acesso em: 20 out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Cidades**: Ceará, Icó. IBGE, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230540&search=ceara|ico>. Acesso em: 20 out. 2014.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *In*: CACERES, C. *et al.* **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Herida, 2003. p. 137-52.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. A.; NOGUEIRA DA SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 1, p. 2607-2616, 2012.

MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MARTINS, A. M; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013.

MCKINLAY, E. Men and health: a literature review. **Rev. Saúde Pública**, v. 2, n. 46, p. 108-116, 2012.

MEIRELLES, R. M. R; HOHL, A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. **Arq. Bras. Endoc. Metabol.**, v. 53, n. 8, p. 899-900, 2009.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 1-10, 2016.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014.

NOLASCO, A. S. **Desconstrução do masculino**. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. 165 p.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

RESSEL, L. B *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

ROHDEN, F. A centralidade do sexo nas estratégias recentes de promoção da saúde do homem no Brasil. **Rev. Antropologia**, v. 57, n. 2, p. 173-214, 2014.

SCHAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCHRAIBER L. B. *et al.* Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 4, p. 790-803, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCHWARZ, E. *et al.* Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, supl., p. 108-116, 2012.

SCOTT, J. W. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. **Am. His. Rev.**, v. 91, n. 5, p. 1053-1075, 1986.

STORINO, L. P.; SOUZA, K. V.; SILVA, K. L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 638-645, 2013.

Conhecimento da mulher na escolha do método de contracepção: revisão integrativa

*Camila Lima Ribeiro
Giselly Cristine Sousa Rocha
Hedyeny Pereira dos Santos
Tamara Braga Sales*

Introdução

No Brasil, historicamente, questões relacionadas à concepção e contracepção, com enfoque na saúde das mulheres, têm como marco primordial a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, lançado pelo Ministério da Saúde em 1983. Este programa surgiu como uma referência na história das políticas públicas direcionadas às mulheres, buscando oferecer uma assistência integral, que contemple todos os ciclos de vida da mulher, e não apenas o período gravídico puerperal. O propósito foi normatizar ações voltadas para cada etapa do ciclo vital feminino, reunindo os princípios da atenção preventiva e dos cuidados curativos, além da inserção de atividades de planejamento familiar (COSTA *et al.*, 2013).

Como forma de garantir a efetivação desses direitos, o planejamento familiar se organiza como uma das ações do PAISM preconizada pelo Ministério da Saúde, que aponta como competência do Estado propiciar recursos científicos e educacionais

para o exercício desses direitos (FERREIRA *et al.*, 2014).

A Lei do Planejamento Familiar, regulamentada em 1996 e de nº 9.263/96 estabelece, em todos os níveis, assistência à saúde, direitos à mulher, ao homem e ao casal, garantindo a assistência à concepção e contracepção. Essa mesma legislação, em seu artigo 2º, afirma entender o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 2013).

Aprofundando: o planejamento familiar vai além da distribuição de métodos anticoncepcionais. E, em torno dele, é imprescindível esclarecer os eixos dessa política às mulheres, para que elas possam construir, por si mesmas, ideais de vida e o impacto na qualidade de sua família (ZUNTA; BARRETO, 2014). A escolha do método contraceptivo deve ser informada e livre, cabendo à cada mulher a decisão por essa escolha. As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, além de oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade (BRASIL, 2015).

A análise da evolução das políticas públicas em saúde da mulher mostra o deslocamento do enfoque estritamente reprodutivo para a compreensão da mulher imersa no seu contexto social, econômico, cultural e histórico, observando os diferentes modos de ser mulher, requerendo qualificação e ampliação da assistência em contracepção sob o enfoque de gênero (BRASIL, 2011).

Porém, apesar de importantes conquistas, a atenção em contracepção é marcada pela dissociação entre a necessidade das mulheres e a assistência prestada nos serviços. Restrições qualitativas e quantitativas comprometem o exercício da autonomia das mulheres quanto à livre escolha dos métodos contraceptivos (COELHO *et al.*, 2012).

A anticoncepção atribui um papel fundamental quando se fala em saúde reprodutiva da mulher, já que inadequações podem acarretar algumas consequências, como gravidez não planejada, gravidez na adolescência, abortos ilegais e aumento da mortalidade materna e infantil (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011).

O profissional enfermeiro, em conjunto com a equipe multiprofissional, deve assistir à população com ações educativas e assistenciais que visem a garantia dos direitos reprodutivos (MARTINS *et al.*, 2006).

Compreende-se ainda que a discussão sobre métodos de planejamento familiar deve se iniciar antes da gestação, sendo que, no período puerperal, também são necessárias orientações sobre a escolha de um método que atenda às necessidades da mulher de modo a evitar uma nova concepção (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2010).

Considerando tais aspectos, os quais apontam que a falta de conhecimento tem sido um fator presente entre mulheres na hora da escolha correta do método contraceptivo, este estudo tem como objetivo analisar de que maneira o conhecimento da mulher afeta na escolha do seu método de contracepção.

Levando em consideração os desdobramentos abordados, a escolha pelo desenvolvimento desde estudo justifica-se pela notória importância em aprofundar o conhecimento sobre a temática de forma a tentar viabilizar a melhora da escolha do método contraceptivo. Há ainda a questão do grande interesse das autoras em torno do recorte temático: elas, como futuras enfermeiras obstetras, querem conhecer cientificamente o que a literatura tem abordado acerca do cuidado humanizado de enfermagem na orientação sobre o uso de contraceptivos.

Nesse sentido, há a compreensão de que é um grande desafio a incorporação da prática clínica de enfermagem. E diante de todo o contexto em foco, há o levantamento da seguinte indagação, relevante para o percurso deste estudo: na hora de escolher, qual o conhecimento das mulheres acerca do método contraceptivo?

Método

O presente estudo concretiza-se através de uma revisão integrativa do tipo nível de evidência, o qual é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativamente). Os estudos incluídos na revisão foram analisados de forma sistemática (seguindo um protocolo pré-estabelecido) em relação aos objetivos, materiais e métodos, permitindo ao leitor ampliar o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

As etapas da revisão incluíram: a escolha e definição do tema (elaboração da questão problemática); busca na literatura (amostragem); critérios para categorização dos estudos (coleta de dados); avaliação dos estudos incluídos nos resultados; discussão dos resultados e apresentação da revisão sistemática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a primeira etapa, foi definida como pergunta norteadora: na hora de escolher, qual conhecimento das mulheres acerca do método contraceptivo?

Na coleta dos dados desta pesquisa foram utilizados periódicos que abordaram a temática e que estavam indexados nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF). Os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram escolhidos para a busca dos dados: “Cuidados de enfermagem”, “Métodos contraceptivos” e “Anticoncepção feminina”.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos de pesquisa qualitativos e/ou quantitativos que abordassem o conhecimento da mulher na escolha do seu método de contracepção e publicados nos idiomas, português ou espanhol, sem período determinado, disponíveis *on-line*, na íntegra e gratuitamente nas bases de dados. Ressalte-se que foram incluídos estudos com vários tipos de delineamentos e evidências científicas, devido à característica da questão norteadora, que não se relaciona à eficácia de uma intervenção, a qual, necessariamente, remeteria a estudos experimentais com níveis de evidência forte; mas sim, à abran-

gência do conhecimento produzido acerca de determinada temática. Foram, portanto, excluídos os artigos que não estivessem dentro desses critérios, que não abordassem a temática e que não estivessem dentro do período específico.

Quadro 1 – Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados LILACS, SciELO e BDNF de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

Busca	Total
Produção encontrada	45
Não está disponível <i>on-line</i>	15
Repetido	10
Não aborda a temática	14
Revisão bibliográfica	01
Total selecionado	05

Fonte: Quadro elaborado pelas autoras, 2019.

Em seguida, foi realizada leitura na íntegra dos textos, de modo exaustivo e aprofundado, com o intuito de analisar se estes atendiam aos requisitos e critérios de inclusão relacionados à temática abordada. Ressalte-se que a busca foi realizada pelas três pesquisadoras autoras deste estudo, via acesso *on-line*, no mês de outubro de 2019, sendo a amostra final desta revisão integrativa constituída por cinco artigos (Quadro 1).

Utilizou-se a análise temática para realizar uma interpretação compreensiva dos dados. Esta tem por objetivo explorar as opiniões e representações sociais sobre um tema, cuja dimensão sociocultural que subsumem as opiniões e representações de

um grupo apresentam características comuns, ao mesmo tempo que evidenciam singularidades próprias de cada interlocutor (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

A trajetória da análise temática apresenta três etapas: a primeira consiste em fazer uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva; a segunda explora o material pedagógica, científica e coerentemente; por fim, a terceira etapa é uma síntese interpretativa concretizada através de uma redação que possa dialogar com os temas em torno dos objetivos, questões do recorte e pressupostos da pesquisa.

Resultados e discussão

Apresenta-se a seguir a classificação dos níveis de evidências considerados no estudo, bem como os artigos que atenderam os critérios de inclusão e compuseram o corpus de análise desta revisão.

Caracterização dos artigos

A presente revisão analisa cinco artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Sobre esse contexto, a seguir, apresenta-se um panorama geral dos artigos avaliados.

Os estudos foram classificados de acordo com o sistema de classificação de evidências, conforme orienta a Prática Baseada em Evidências (Quadro 2). Geralmente esses sistemas são

classificados de forma hierárquica, dependendo do delineamento da pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica para o desenvolvimento do estudo.

O conhecimento desses sistemas de classificação proporciona obter subsídios para auxiliar o enfermeiro e demais profissionais da saúde na avaliação crítica de resultados oriundos de pesquisas e, conseqüentemente, na tomada de decisão sobre a incorporação de evidências à prática clínica (FINEOUT-OVERHOLT *et al.*, 2010). Para esta classificação, foram utilizados os critérios estabelecidos por Fineout-Overholt *et al.* (2010), de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2 – Classificação dos níveis de evidência.

Nível	Natureza do Estudo
I	Revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados e controlados; ou diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e controlados.
II	Pelo menos um ensaio clínico randomizado e controlado. Estudos com desenho experimental.
III	Ensaio clínico bem delineado sem randomização, delineamento quase experimental.
IV	Estudos de coorte e de caso – controle bem delineado.
V	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
VI	Um único estudo descritivo ou qualitativo.
VII	Opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Fonte: Fineout-Overholt *et al.*, 2010.

O Quadro 3, por sua vez, mostra estudos que foram publicados em revistas variadas contando com cinco periódicos. E com relação ao tipo de revista científica na qual foram publicados os artigos selecionados: percebeu-se que todos estavam enquadrados em revistas de saúde, um fator favorável para disseminação do conhecimento científico produzido pelo setor de saúde, haja vista que o público-alvo ao qual se destina o assunto em questão também será beneficiado com as atualidades sobre o tema.

No presente quadro pode-se identificar a análise dos artigos distribuídos por título, ano, autores, nível de evidência, objetivos e resultados. Nessa conjuntura, a busca procurou responder à pergunta considerada problema do estudo e atender aos seus objetivos.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos segundo título, ano, autores, nível de evidência, objetivos e resultados.

Título	Ano	Autores	Nível evidência	Objetivos	Resultados
Vivência de mulheres sobre contraceção na perspectiva de gênero.	2016	MEDEIROS, <i>et al.</i>	V	Analisar a vivência de mulheres quanto à contraceção na perspectiva de gênero.	A partir da análise emergiu a categoria central 'escolhas contraceptivas femininas e sua relação com a dinâmica de gênero'; a partir dela, emergiram as subcategorias 'construção desigual das identidades de gênero na infância e adolescência'; 'desdobramento da dinâmica de gênero na (contra)concepção na adolescência' e 'medicalização do corpo feminino'.

Saúde reprodutiva da mulher: fatores determinantes na escolha dos métodos contraceptivos.	2016	FERNANDES <i>et al.</i>	IV	Identificar a escolha das mulheres em relação ao método anticoncepcional na UBS do bairro Major Prates, no município de Montes Claros, antes e depois da realização da reunião de planejamento familiar, e verificar quais são os fatores que influenciaram na escolha do método, após a participação na reunião.	Os anticoncepcionais hormonais foram os mais citados como o método em mente e como método de escolha pelas mulheres (60,46%). O principal fator que determinou a escolha pelo método foi “ser mais prático e fácil” (35%), seguido de “mais seguro” (22,5%) e “não quer ter mais filho” (12,5%).
Título	Ano	Autores	Nível evidência	Objetivos	Resultados
Conhecimento de puérperas sobre planejamento familiar.	2017	SANTOS <i>et al.</i>	VI	Avaliar o conhecimento de puérperas durante a internação em uma maternidade de risco habitual quanto ao planejamento familiar.	Os resultados demonstram a fragilidade existente nos serviços de saúde pública no que diz respeito às saúdes sexual e reprodutiva, já que a maioria das entrevistadas não foi orientada a respeito do planejamento familiar durante o ciclo gravídico. As que relataram acesso a essa informação citaram o enfermeiro como o profissional responsável pela transmissão. E declararam-se satisfeitas com a gravidez, embora não tenha sido planejada.

Gravidez no puerpério: conhecimento de mulheres quanto ao uso de métodos contraceptivos.	2018	SILVA; I. C., SILVA; M. E., GALDINO; C. V.	V	Avaliar o conhecimento de gestantes e puéperas sobre os métodos contraceptivos no puerpério.	Foram entrevistadas 17 mulheres. A média de idade foi de 28 anos e, entre as entrevistadas, três eram puéperas (17,6%) e quatorze se encontravam no período gestacional (82,3%). Foram elaboradas duas categorias de análise. A primeira - “O conhecimento das mulheres sobre métodos contraceptivos”; e a segunda - “O esclarecimento das mulheres em relação a contracepção no puerpério”
Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo.	2019	FERREIRA <i>et al.</i>	IV	Verificar a associação entre os Determinantes Sociais da Saúde e o método contraceptivo utilizado por mulheres em idade fértil.	Destacaram-se os métodos hormonais como os mais utilizados entre as participantes da pesquisa (25,0%), seguido pelos métodos de barreira (21,5%) e pelos métodos cirúrgicos (19,3%). Foram observadas associações estatísticas acerca da idade, menarca, início da vida sexual, gravidez, aborto, tabagismo, hipertensão, estado civil, cuidado ginecológico e escolaridade com a escolha dos métodos.

Fonte: Quadro elaborado pelas autoras, 2019.

Dos estudos encontrados, quatro (04) foram de abordagem qualitativa, e dois (02) de abordagem quantitativa. As áreas de conhecimentos eram variadas. E dos selecionados para a coleta de dados houve a análise descritiva de cinco (05).

Acrescente-se que a enfermagem em obstetrícia vem se destacando e crescendo ao longo dos anos. E, em torno desse contexto, entende-se ainda que o público-alvo dos artigos era variado. Além disso, as estratégias incluíam a escolha do método contraceptivo correto e orientações por parte dos profissionais de saúde para as mulheres.

Conhecimento da mulher na escolha do seu método de contracepção

Com o propósito de garantir a autonomia na escolha dos métodos e do controle de fertilidade são valorizadas práticas de educação em saúde e sexualidade, entendidas como instrumentos disseminadores de informações para o fortalecimento da autonomia. A vulnerabilidade das mulheres menos favorecidas economicamente ao acesso às informações sobre os métodos contraceptivos deve se tornar alvo de prioridades dos programas de atenção à saúde da mulher (ANDRADE; SILVA, 2009).

Medeiros *et al.* (2016), em seu estudo, evidenciam as escolhas contraceptivas femininas e sua relação com a dinâmica de gênero; a partir daí, os autores realizam uma abordagem acadêmica acerca da construção desigual das identidades de gênero na infância e adolescência, do desdobramento da dinâmica de gê-

nero na (contra) concepção na adolescência, e da medicalização do corpo feminino. Convém acrescentar a observância de que a vivência em contracepção guarda relação com a dinâmica de gênero, tendo como desdobramento a gravidez na adolescência e a medicalização do corpo.

O segundo método mais utilizado pelas mulheres, segundo a literatura, é o contraceptivo oral, sendo mencionado como forma contraceptiva em algum momento da vida ou como desejo futuro. Apesar disso, apenas parte delas utiliza o método atualmente. Logo, percebe-se que estes resultados se aproximam dos que foram encontrados em outro estudo que aponta o contraceptivo oral como o método frequentemente mais utilizado, sobretudo, causado pelo pouco conhecimento e falta de acesso a outros métodos (ANDRADE; SILVA, 2009).

Por sua vez, Fernandes *et al.* (2016), em seu estudo, relatam que a atenção em planejamento reprodutivo implica não só na oferta de métodos e técnicas para a concepção e na anticoncepção, mas também na oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada. Destaque-se que os anticoncepcionais hormonais foram os mais citados como o método em mente e como método de escolha pelas mulheres (60,46%). O principal fator que determinou a escolha pelo método foi “ser mais prático e fácil” (35% %), seguido de “mais seguro” (22,5%) e “não quer ter mais filho” (12,5%). É necessário que a atenção básica reforce ainda mais o serviço de planejamento familiar reprodutivo por meio de capacitações contínuas aos profissionais de saúde, assim como a melhoria no desenvolvimento dos grupos

educativos que permitam aumentar a adesão dos participantes, sendo inserida, nesse contexto, a participação dos homens como corresponsáveis na regulação da fecundidade.

Os resultados obtidos mediante o estudo permitiram destacar pontos importantes referentes à saúde reprodutiva das mulheres usuárias dos serviços de planejamento familiar da unidade aqui estudada, tendo como ponto significativo a autonomia na escolha pelo método que desejam usar - escolha que repercute ao longo da vida dessas mulheres. A capacidade de as mulheres planejarem o número e o momento de terem filhos tem reduzido os riscos associados à gravidez e é uma importante história de sucesso (WHO, 2011).

Ao comparar a renda familiar ao número de filhos e abortos sofridos no grupo de mulheres estudadas, pôde-se constatar que a maioria delas não possui renda, e observa-se nesse grupo específico, o maior número de filhos e todos os casos de aborto presentes nos dados do estudo. A maior parte das gravidezes indesejadas que terminam em aborto resulta do não uso ou da falha de método contraceptivo, particularmente de métodos tradicionais como o coito interrompido. Estudo aponta que o planejamento familiar foi expresso por algumas mulheres sob a dimensão econômica, enquanto outras o entenderam como independência e liberdade, além da prevenção de gestações indesejadas (LEMOS, 2013).

Aprofundando: em seu artigo, Santos *et al.* (2017) objetivaram avaliar o conhecimento de puérperas durante a internação em uma maternidade de risco habitual quanto ao planejamento

familiar. Os resultados demonstraram a fragilidade existente nos serviços de saúde pública no que diz respeito às saúdes sexual e reprodutiva, como já relatado neste trabalho de conclusão, já que a maioria das entrevistadas não foi orientada a respeito do planejamento familiar durante o ciclo gravídico. As que relataram acesso a essa informação citaram o enfermeiro como profissional responsável pela transmissão. E declaram-se satisfeitas com a gravidez, embora não tenha sido planejada. Assim, a adequação do processo de planejamento familiar, levando em consideração as premissas preconizadas pelo Ministério da Saúde, é necessária para evitar perfis perigosos de uso de métodos contraceptivos, bem como reduzir o número de gravidez não planejada.

Os enfermeiros são os profissionais majoritários no âmbito do planejamento familiar, tendo contribuição em 50% das entrevistadas, seguido de 25% por parte dos médicos e 18,7% por agentes comunitários de saúde. Esses percentuais são comparados aos de um estudo que aconteceu em seis cidades nigerianas, cuja realização se deu entre janeiro e junho de 2012, com serviços provedores de saúde reprodutiva, em que 60% dos prestadores de serviço eram enfermeiros e/ou parteiras, 06% médicos e 32% de “trabalhadores de extensão de saúde comunitária” (SCHWANDT *et al.*, 2017).

Estudo de Silva *et al.* (2018) objetivou avaliar o conhecimento de gestantes e puérperas sobre os métodos contraceptivos no puerpério. As pessoas presentes na pesquisa eram da faixa etária de 28 anos; entre as entrevistadas, três eram puérperas (17,6%) e quatorze se encontravam no período gestacional

(82,3%). Foram elaboradas duas categorias de análise. A primeira - “O conhecimento das mulheres sobre métodos contraceptivos”, e a segunda - “O esclarecimento das mulheres em relação a contracepção no puerpério”. O estudo trouxe o resultado de que o conhecimento das mulheres sobre contracepção e puerpério é baixo. Elas também referem o desejo de engravidar e por isso não usam métodos contraceptivos, esse sendo o motivo da não escolha.

Por sua vez, um estudo realizado por Zunta e Barreto (2014) evidenciou a importância de um bom atendimento em planejamento familiar, com uma orientação de qualidade. De acordo com os autores, faz-se necessário “avaliar as necessidades específicas de cada paciente e desenvolver uma comunicação individualizada, um plano de aconselhamento para lidar com as barreiras impostas pelas mulheres ao uso bem-sucedido dos métodos”. Destaque-se ainda que, para esses autores, a orientação do profissional de enfermagem é imprescindível para adesão ao método contraceptivo, evidenciado por 100% das participantes da pesquisa atendidas pelo enfermeiro.

Ferreira *et al.* (2019), em seu estudo, verificam a associação entre os Determinantes Sociais da Saúde e o método contraceptivo utilizado por mulheres em idade fértil. Destacaram-se os métodos hormonais como os mais utilizados entre as participantes da pesquisa (25,0%), seguido pelos métodos de barreira (21,5%) e pelos métodos cirúrgicos (19,3%). Foram observadas associações estatísticas acerca da idade, menarca, início da vida sexual, gravidez, aborto, tabagismo, hipertensão, estado civil, cuidado ginecológico e escolaridade com a escolha dos métodos.

O resultado do estudo leva a crer que o método contraceptivo vai a partir da identidade da mulher e do que ela busca, e que seu estilo de vida acaba interferindo quase que totalmente no método de escolha.

De acordo com os critérios de elegibilidade para escolha de métodos contraceptivos da Organização Mundial da Saúde (OMS), para quem apresenta hipertensão ou é tabagista, de maneira geral, não se recomenda o uso de métodos hormonais combinados, pois há presença de etinilestradiol, hormônio que induz alterações significativas no sistema de coagulação e atua diretamente na parede vascular, podendo ser favorável ao desenvolvimento de eventos tromboembólicos, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (WHO, 2015).

Mesmo que muitas mulheres tenham acesso ao Sistema Único de Saúde através dos postos de saúde, e neles haja os programas de planejamento familiar, acompanhamento citopatológico, dentre outros, ainda se observa carência de compreensão e entendimento por parte das mulheres sobre o uso de anticoncepcional.

A partir de toda essa conjuntura, conclui-se que existe a necessidade de aprofundamento sobre a temática por parte dos profissionais de saúde, identificando-se a necessidade da realização de novos estudos e divulgações sobre a temática, além do apoio e incentivo sobre a autonomia que as mulheres adquirem sobre seu próprio corpo.

Conclusão

Diante do material em recorte analisado, há a compreensão de que os artigos possuem um consenso mostrando o processo em sua dimensão geral. Nesse contexto, destaque-se que a ação da enfermagem - que depende de uma equipe multiprofissional, além da família e do próprio paciente - é um processo contínuo. Foi possível perceber nesta pesquisa que há carência de artigos sobre a temática. Assim, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM - apresenta seu olhar pontual com mudanças na qualidade de assistência à saúde.

O principal desafio encontrado no desenvolvimento desta pesquisa relaciona-se à escassez de trabalhos publicados, tendo em vista que foram poucos os artigos que mostravam as ações do enfermeiro especialista em obstetrícia. Esta afirmação se justifica por conta da importância do enfermeiro no desenvolvimento de artigos acerca da temática; afinal, eles são os responsáveis pelo cuidar, devendo abordar todas as áreas da saúde em questão.

Acrescente-se ainda que no começo deste trabalho foi feita uma indagação: na hora de escolher, qual o conhecimento das mulheres acerca do método contraceptivo? Ao longo desse estudo, compreendeu-se a grande importância da atuação do enfermeiro diante do planejamento familiar. Observou-se, entretanto que, além disso, são necessários estudos mais aprofundados para uma melhor atuação e discussão sobre tal temática.

Depreende-se que o objetivo do trabalho foi atingido; nesse sentido, destaque-se que os artigos encontrados retrataram o

tema supracitado. A análise revela ainda que existem falhas consistentes por parte dos profissionais, havendo falta de dimensionamento adequado, aspecto que também influencia na propagação do conhecimento. Nesse sentido: tornam-se necessárias as orientações para as mulheres sobre os métodos ideais.

Os artigos em questão são enfáticos quando apresentam a contribuição da enfermagem para a qualidade assistencial. É necessário, portanto, que sejam desenvolvidos estudos acerca dos conhecimentos do planejamento familiar na formação educacional do profissional de saúde.

Em síntese, buscou-se através deste trabalho contribuir para que ocorram discussões mais aprofundadas sobre toda esta temática, pois existe certa carência do papel fundamental do enfermeiro obstetra em artigos escritos, ressaltando-se a extrema importância de um conhecimento prévio sobre o planejamento familiar.

Referências

ANDRADE, E. C.; SILVA, L. R. Planejamento familiar: uma questão de escolha. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 11, ed. 1, p. 85-93, 31 mar. 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a11.htm>. Acesso em: 4 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2011.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4. ed. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta a ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo Zika vírus**. Brasília, DF, 2015.

COELHO, E. A. C. *et al.* Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, ed. 3, p. 415-422, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a15.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2019.

COSTA, A. *et al.* História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 74-86, jan./mar., 2013.

FERNANDES, I. A. C. *et al.* Saúde reprodutiva da mulher: fatores determinantes na escolha dos métodos contraceptivos. **Rev. Norte Min. Enferm.**, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24137/1/PerfilPacientesSubmetidos.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2019.

FERREIRA; H. L. O. *et al.* Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo; Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 4, 2019.

LEMOS, L. L. **Representações Sociais sobre Planejamento Familiar**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

MARTINS, L. B. M. *et al.* Conhecimento sobre métodos contracepcionais por estudantes adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006.

MEDEIROS, T. F. R. *et al.* Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 2, 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVERA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, 2008.

PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R.; MIRANZI, M. A. S. Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. **Ciênc., Cuid. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 262-268, 2010.

PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R.; MIRANZI, M. A. S. Intenção de uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um Hospital Universitário. **Rev. Rene**, v. 12, n. 1, p. 150-157, 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

SANTOS, A. A. P.; FERREIRA, C. C.; SILVA, M. L. Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa. **Rev. Atenção Primária à Saúde**, v. 18, ed. 3, p. 368-377, maio 2015. Disponível em: file:///D:/Usu%C3%A1rio/Downloads/15619-Texto%20do%20artigo-66976-1-10-20160413.pdf. Acesso em: 6 nov. 2019.

SANTOS, E. A. *et al.* Conhecimento de puérperas sobre planejamento familiar. *In: INTERNATIONAL NURSING CONGRESS Theme: Good practices of nursing representations in the construction of society. Anais...* Alagoas: UNIT, 9-12 maio 2017.

SCHWANDT, H. M. *et al.* Contraceptive service provider imposed restrictions to contraceptive access in Urban Nigeria. **BMC Health Serv. Res.**, v. 17, n. 1, p. 278-286, 2017.

SILVA; I. C., SILVA; M. E., GALDINO; C. V. Gravidez no puerpério: conhecimento de mulheres quanto ao uso de métodos contraceptivos. **Saber digital**, v. 11, n. 2, p. 35-41, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda**. 2011. Disponível em: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf. Acesso em: 02 nov. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use**. 5. ed. Geneva: WHO, 2015.

ZUNTA, R. S. B.; BARRETO, E. S. Planejamento familiar: critérios para escolha do método contraceptivo. **Health Sci Inst.**, v. 32, ed. 2, p. 173-178, 31 maio 2014. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/02_abr-jun/V32_n2_2014_p173a178.pdf. Acesso em: 5 nov. 2019.

Potencialidades e Desafios na Formação de Professores na Prevenção do Bullying

*Geisy Lanne Muniz Luna
Liana Maria Moreno Moreira
Antônio Rodrigues Ferreira Junior
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

Introdução

A violência é um dos maiores problemas humanos, que perpassa todo o ciclo de vida dos indivíduos, sendo essencial enfrentá-lo em todos os contextos, dentre os quais na escola. Minayo (2013) afirma que, tradicionalmente, existe uma resistência das escolas em abordar as questões de violência com o discurso de que seu papel é ensinar conceitos e conteúdo que educacionais.

A escola pode ser um foco de violência por meio de comportamentos de professores, outros funcionários e dos estudantes. Dentre os tipos possíveis de violência na escola, têm-se o bullying. O bullying escolar é o fenômeno em que um estudante é repetidamente agredido por um ou mais estudantes, sem ter condição de se defender (OLWEUS, 2013).

É considerado um tema bastante presente em manchetes de blogs ou jornais, principalmente quando ocorrem tragédias. O ato se caracteriza pela ocorrência de ações agressivas, intencio-

nais, repetitivas e sem motivação aparente que causam dor, angústia ou intimidação. As vítimas desse fenômeno podem sofrer diversos danos psíquicos, e até irreversíveis, e eventualmente podem desenvolver também dificuldades em se relacionar com outras pessoas, quadros depressivos, dificuldades na aprendizagem, além de poder assumir a posição de agressor em novas situações de bullying no futuro (LOPES NETO, 2005).

Assim, o bullying pode envolver crianças de diferentes maneiras, fazendo com que essas assumam papéis diferenciados. Dentre estes, têm-se vítimas, agressores e vítimas-agressoras. Saliencia-se que tem sempre como objetivo ferir e magoar as vítimas, ocorrendo principalmente de três maneiras: agressões físicas diretas, agressões verbais diretas e agressões indiretas (SMITH *et al.*, 2008; CRAIG *et al.*, 2009; PUHL; KING, 2013).

As vítimas geralmente constituem o grupo de alunos mais novos e com poucos amigos. Geralmente passivos, inseguros, retraídos, infelizes, pouco sociáveis, sofrem com a vergonha, medo, depressão, ansiedade e são desesperançados quanto à possibilidade de adequação ao grupo (CARVALHOSA; LIMA; MATOS, 2001).

As pessoas com deficiência física e mental (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007), com diferentes orientações sexuais e de gênero (PATRICK *et al.*, 2013), com defeitos congênitos ou adquiridos, (LOUIS *et al.*, 2005) e com sobrepeso (STRAUSS; POLLACK, 2003) são as principais vítimas do bullying.

Esses indivíduos que sofreram e sofrem este tipo de vitimização na infância, em curto prazo, são mais propensos ao aban-

dono escolar (STONE; HAN, 2005), podem ter dificuldades nas atividades escolares, adoecerem ou ficar indispostos e ter problemas com o sono. A longo prazo, são mais propensos a sofrer de bloqueios psicológicos (LOPES NETO, 2005), e de perturbações mentais na vida adulta (PIEDRA; LAGO; MASSA, 2006), tendem a ter maior dificuldade de se relacionar com os outros, pior autoestima. E a mais preocupante de todas as consequências do bullying é tornar essas pessoas mais propensas a cometer suicídio (KING, 2013).

Em contrapartida, o perfil dos agressores constitui-se de algumas características como: maior idade, mais prática de exercício físico (SEIXAS, 2009), maior consumo de drogas, tabaco e álcool (GOWER; BOROWSKY, 2013), mais comportamentos violentos, melhor imagem corporal (CARVALHOSA; LIMA; MATOS, 2001), mais extroversão e segurança, confiança em si, ausência de sentimentos de medo, ansiedade ou culpa (SMITH; SHARP, 1994), tendência a ter pior relação com os pais (JUNGER, 1990). Muitas vezes são hiperativos, têm dificuldades de atenção, menor nível de inteligência, desempenho escolar deficiente, são os principais responsáveis por levarem armas à escola, são tipicamente populares e veem sua agressividade como qualidade, podendo mostrar-se agressivos inclusive com os adultos (PEREIRA, 2010).

Contudo, em qualquer esfera de participação no bullying, essas atitudes de abuso de poder podem acarretar graves problemas no desenvolvimento dessas crianças e adolescentes, que se refletirão até mesmo em sua vida adulta. Assim, tornam-se neces-

sárias maiores investigações sobre como esse fenômeno acontece e quais os perfis dos participantes do bullying escolar, principalmente em comunidades de risco (LEWIS *et al.*, 2013), nas quais crianças e adolescentes estão em contato direto com formas violentas de resolver conflitos.

Sabe-se que a probabilidade de envolvimento nesse tipo de comportamento cresce consideravelmente quando aumentam os fatores de risco que afetam as crianças e adolescentes (SPENCE; MATOS, 2000). Além disso, a lacuna na formação de professores no âmbito do bullying, a pouca habilidade em lidar com os conflitos entre alunos, o próprio processo de trabalho docente com a alta rotatividade de professores, vínculos institucionais fragilizados e sobrecarga de trabalho, também contribuem para bullying praticado pelos estudantes (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2003).

O bullying vem tomando projeções cada vez mais evidentes, ocorrendo com muita frequência, e já se encontram estampado nas manchetes de jornais, revistas e principalmente nas redes sociais. Diante desse contexto, em 2015, a publicação da Lei 13.185, de 06/11/2015, pela Presidência da República, instituiu o Programa de Combate a Intimidação Sistemática (Bullying). Em seu Art. 4º que trata dos objetivos do programa, no parágrafo II encontra-se: “capacitar docentes e equipes pedagógicas para a implementação das ações de discussão, prevenção, orientação e solução do problema” (BRASIL, 2015). Assim faz-se necessário que o tema deve ficar claro para todos, para que sejam planejadas e implementadas estratégias nas escolas no intuito de acabar ou pelo menos diminuir esse tipo de violência.

Pode-se perceber que a escola atualmente passa por tempo de crise, pois para muitos estudantes, esta perdeu seu significado. Para tentar erradicar o bullying das salas de aula, é necessário tanto o envolvimento dos professores quanto dos alunos. O professor deve discutir as questões ética, respeito mútuo, diálogo, justiça e solidariedade, e o papel dos alunos é colocar em prática estas ações após apreensão dos conceitos.

Entende-se que este tipo de violência não é reflexo de problemas psicológicos próprios do âmbito pedagógico, mas compreende aspectos institucionais relacionados à escola e ao conjunto de organizações que regulam a vida social, elementos psicodinâmicos presentes nas relações familiares e grupais, e a totalidade social que se efetiva em cada elemento particular que a constitui, exercendo, com isso, forte pressão sobre os indivíduos e as instituições sociais sob sua influência (ZEQUINÃO *et al.*, 2016).

Por essas razões, pode-se dizer que o enfrentamento desse novo regulador das relações estabelecidas por crianças e adolescentes no contexto escolar ainda representa um grande desafio para toda a sociedade. Diante da complexidade configurada, acompanhando a evolução digital que a sociedade vivencia, cada vez mais encontramos materiais / informações sobre o tema em buscas na internet. O que possibilita acesso fácil tanto para professores, como alunos, e pode colaborar para adoção de boas práticas na prevenção de bullying nas escolas.

Nesse contexto faz-se cada vez mais necessário formar professores capazes de identificar, abordar e prevenir esse tipo de violência no ambiente escolar. Sendo assim, a partir de uma

análise das tendências de publicações nessa temática, o presente capítulo busca descrever a formação do professor e experiências no enfrentamento ao bullying, mediante as produções textuais de blogs na internet.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, realizado por meio de buscas na internet (www.google.com.br) por blogs que retratavam, especificamente, formação dos professores no enfrentamento/combate ao bullying.

A busca deu-se mediante as palavras-chave ‘Formação’ e ‘Bullying’. O resultado identificou 11 blogs, mas ao abrir as páginas e realizar leitura flutuante, o termo bullying, muitas vezes, estava deslocado da formação do professor na apropriação de conhecimentos e habilidades para lidar com este fenômeno.

Após a verificação de dez páginas (1, 2, ...10) com leitura mais aprofundada, elegeu-se cinco blogs para análise. Os critérios adotados para selecioná-los foram: priorizar o papel do professor no combate/enfrentamento ao bullying; intervir para lidar com este fenômeno da melhor forma.

Deu-se início a análise dos escritos nos blogs, por meio da análise de convergências e dissensos dos conteúdos orientada pelas fases de aprofundamento da leitura, elaboração de temas e interpretação. A discussão foi sustentada pela literatura que respalda as nuances e complexidade do tema. Após essas etapas emergiram as seguintes categorias: (i) A formação de professores sobre bullying; (ii) Estratégias de intervenção.

Resultados e discussão

A internet constitui-se de uma ferramenta que permite diversas trocas de informações, e cada vez mais educadores a explora unindo-a à criação de sites e blogs. O seu potencial pedagógico permite importante troca de conhecimento entre estudantes e docentes, além de contribuir para que possam partilhar e atualizar o conhecimento. Considerado um espaço igualitário, o blog é cada vez mais usado por professores, tanto por sua linguagem como por seu potencial para complemento ao ensino.

Ademais, os blogs possibilitam a produção de textos, análises e opiniões importantes sobre atualidade, publicação de fotos e vídeos, além de contribuir com a imaginação e facilitar a socialização através de comentários que podem ser postados em cada publicação. Concede ainda ao aluno exteriorizar ideias sem restrições e fornece a interação direta com os outros colegas e o professor.

Nesse contexto, as análises foram feitas considerando os cinco blogs: ‘Expoente’; ‘Escola em Movimento’; ‘Gestão Escolar’; ‘Funiber’ e ‘Somos Todos Contra o Bullying’, que falam sobre a formação de professores no enfrentamento ao bullying e as estratégias aplicadas por escolas e professores no enfrentamento do fenômeno. As seções a seguir detalham as principais publicações postadas nos blogs e discutem-nas à luz da literatura.

A formação dos professores sobre bullying

Um dos grandes desafios de implementação de estratégias eficazes na prevenção e/ou combate ao bullying nas escolas perpassa pela formação dos professores nessa temática. Percebe-se pouco preparo acadêmico do professor para tratar das questões relacionadas ao bullying, pois a maioria não teve em sua graduação disciplinas que tratassem especificamente sobre o tema.

Vale ressaltar a importância de disciplinas que discutam o problema na graduação dos docentes, para que estes saibam lidar com as situações nas práticas laborais do ambiente escolar. Isso permite a análise de possíveis desdobramentos e pode minimizar a ocorrência dos casos, com a vivência das posturas adequadas frente ao problema, medidas de intervenção e prevenção.

Nesse contexto, é importante ponderar sobre a forma como tem sido, em geral, apresentado os discursos pedagógicos ao professor. Conforme Ribeiro (2017) a formação dos professores ainda tem muitas fragilidades, pois embora existam diversos meios para que os professores aprimorem seus conhecimentos, contudo, por vezes, encontram-se sobrecarregados de atividades e/ou desmotivados para a participação de cursos, e em algumas ocasiões precisam fazer o próprio investimento em sua formação docente. Assim, os blogs têm sido uma alternativa de busca de novos conhecimentos pelos professores e alguns têm se dedicado especificamente a temática da violência escolar e bullying.

No *Blog Expoente*, o objetivo é colocar o professor como profissional que tem o papel fundamental no enfrentamento ao

bullying, como evidencia o recorte de fala: “(...) o bullying é uma pauta importante e bastante recorrente no meio educacional. As instituições de ensino, juntamente com seus profissionais (diretores, coordenadores e professores), e o Ministério da Educação vêm trabalhando de diversas maneiras para combater essa prática negativa. Mas esse é um trabalho a ser realizado continuamente. A violência presente nas escolas ocorre de maneira repetida e intencional, com agressões físicas e psicológicas, resultando em uma situação de desequilíbrio de poder entre o agressor e a vítima” diz Priciane Crocetti (BLOG EXPOENTE, 2017).

A escola é percebida, tradicionalmente, como um local de aprendizado, assim, deveria ser considerado um local seguro, livre de violência. Três documentos legais formam a base de entendimento com relação ao desenvolvimento e educação de crianças e adolescentes: a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e a Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU, 1990). Em todos esses documentos, estão previstos os direitos ao respeito e à dignidade, sendo a educação entendida como um meio de prover o pleno desenvolvimento da pessoa e seu preparo para o exercício da cidadania. Todos desejam que as escolas sejam ambientes seguros e saudáveis, onde crianças e adolescentes possam desenvolver, ao máximo, os seus potenciais intelectuais e sociais (VIEIRA, 2014).

A realidade do bullying nas escolas têm sido motivo de angústia e preocupação para muitos professores que podem se

sentir despreparados, inseguros e intimidados para lidar com essa problemática. Muitas vezes o professor não está conscientizado de seu papel de educador e apresenta dificuldade para relacionar a importância do enfrentamento desse fenômeno no ambiente escolar. Assim, a situação ideal seria a de compreender o aluno na sua integralidade, a qual embora tenha se configurado como meta para a maioria dos profissionais da educação, muitos ainda são os embates enfrentados no cotidiano da sala de aula para se chegar a essa quimérica, como, por exemplo, lidar com o bullying.

A Plan (Organização não governamental, não religiosa e apartidária que defende os direitos de crianças, adolescentes e jovens) realizou uma pesquisa em 2009, na qual identificou que 50% dos casos de bullying ocorrem em sala de aula. O estudo também apontou que 68% dos casos acontecem na presença do professor. Por isso, é essencial uma postura firme desse profissional, pois sua atitude positiva ou negativa pode servir de exemplo. Assim, o professor deve estar atento ao perfil dos alunos e seus comportamentos, além de realizar uma autoanálise de seu comportamento perante a turma, já que acaba sendo ponto de referência para essas crianças. Para identificar situações de bullying, o profissional deve estar conectado com seus alunos, de modo a prevenir a violência e incentivar uma cultura de paz (PLAN BRASIL, 2009).

Ainda, é preciso salientar a atmosfera de culpabilização que, muitas vezes, ronda o ambiente educacional: pais tentando culpar escola/professores pela agressividade da criança, e escola/professores buscando nos pais a justificativa da agressividade do

filho, manifestada muitas vezes no espaço escolar (AMARAL; GONÇALVES, 2012). A culpabilização pode estar associada à dificuldade de criar possibilidades, estratégias de enfrentamento, uma vez que o professor faz parte da mesma cultura em que a autoridade deve ser exercida com ameaças e aviltamento.

Nesse contexto, é notória a dificuldade encontrada pelos professores na maneira de como agir para resolver e prevenir os múltiplos problemas relativos à violência que surgem no cotidiano escolar. Observa-se que, na maioria das vezes, o professor tem muitas dificuldades em lidar com situações de bullying, não propiciando ao aluno, formas construtivas de interação que favoreçam a sua formação ética. Mesmo que haja uma série de pesquisas realizadas sobre a violência escolar, cujos resultados relatam suas manifestações, procurando entender as raízes socioculturais, econômicas e familiares do fenômeno (ESTRELA, 2006), essas não estão alocadas no campo de estudos sobre a formação de professores (SOUZA; SILVEIRA; GUIMARÃES, 2006).

No *Blog Gestão Escolar*, o objetivo é mostrar como as escolas podem formar professores para combater o bullying, e frisar que os educadores devem ser embaixadores da boa convivência e isso não significa a ausência de conflitos, mas sim a capacidade de solucioná-los por meio do diálogo. O primeiro passo da equipe escolar foi dado durante um curso sobre Gestão para a Aprendizagem em que as escolas participantes elaboraram um Plano de Ação e o implementaram, tendo como foco diferentes temáticas que fazem parte dos desafios cotidianos das escolas públicas brasileiras. O coordenador de Projetos da Elos Educacional, Alex

Moreira, afirma que o professor precisa ser um embaixador da boa convivência. “Isso não significa a ausência de conflitos, mas sim a capacidade de solucionar conflitos por meio do diálogo”.

No que concerne à formação constituída na racionalidade técnica, como discutido anteriormente, é possível perceber que conhecimento teórico e conhecimento prático acabam por se divorciar, visto que somente a teoria é tida como tônica capaz de alcançar a efetivação do ensino. Essa forma de compreender o processo de formação acaba por dividir o trabalho em diferentes níveis, criando assim relações de subordinações, aceitação externa de objetivos e metas, provocando ainda um isolamento no profissional que entenda sua prática como algo a ser cumprido pelas metas hierárquicas superiores (ALMEIDA, 2001).

Essa racionalidade técnica de ensino desenvolve um aprendizado “de fora para dentro”, procurando aplicar ao contexto escolar práticas e procedimentos generalizados, julgando serem esses meios capazes de atender toda e qualquer realidade, deixando, desse modo, de considerar as diferentes realidades. Assim, o professor é considerado um técnico que executa tarefas sem ter participado de sua construção. O resultado têm sido práticas desprovidas de significação. Em se tratando do bullying, quando professores não se apropriam das estratégias de enfrentamento, quando estas não são gestadas de “dentro para fora”, o resultado em geral é de apatia e descrédito.

Se a teoria (capacitações, seminários, dentre outros) estiver destituída de sentido ao profissional, nada adiantará, em termos de resultado efetivo para a formação docente, ficando apenas

a informação. Dessa forma, é imprescindível que os professores tenham em suas mãos o leme para conduzir diferentes realidades encontradas em sala de aula, e é necessário possibilitar ao professor ‘libertar-se’ da autoridade do discurso dos outros. Assim, é importante propor caminhos eficazes a uma nova realidade educacional, no qual o professor não é mais aquele que somente executa tarefas, mas que ativamente participa de um processo de construção, reflexão, não só de sua prática pedagógica, mas também de si próprio.

Estudiosos que advogam que a transcendência do papel do professor situa-se para além das questões instrumentais e curriculares. É uma experiência que leva em conta o fato de que os professores produzem em suas práticas uma riqueza de conhecimentos que precisa ser, juntamente com as suas vivências, assumida como ponto de partida de qualquer processo para qualificar esse exercício docente. É urgente que a sociedade perceba os professores como seres transformadores e, em transformação, atribuindo à docência a dimensão política, ética e social (CRUZ, 2007; FREIRE, 1996).

No que tange à formação do professor, a teoria é considerada insuficiente para nortear o exercício docente. O professor não deve ser meramente um técnico que passe adiante o conhecimento, mas um prático reflexivo, alguém que atue e tome decisões, mediante avaliação dos problemas encontrados durante o seu trabalho em sala de aula. Essa prática não é estática, mas deve ser diariamente reelaborada para que este desempenhe uma reflexão que leve em conta a tríade da dimensão do antes, durante e

depois da atuação, juntamente com seus alunos, tendo em vista alcançar os objetivos e, assim, superar as dificuldades e problemas encontrados no cotidiano. Desse modo, compreende-se que a formação do professor é uma prática diária e que o aprendizado da teoria é vã, caso se divorcie da prática. Dessa forma, a formação se dá de fato quando envolve diálogo entre teoria e prática (ALMEIDA, 2001).

No que se refere às relações que envolvem o processo de formação de professores, compreende-se que estas devem ser centradas na reflexividade, em que o professor possa ter liberdade de atuar de acordo com a realidade encontrada, privilegiando a construção coletiva de saberes a partir da reflexão sobre o ensino. Desse modo, o pensar sobre o papel do professor, é algo que deve ser analisado criticamente, visto que a troca de experiências, o desenvolvimento de ações compartilhadas no âmbito escolar entre os sujeitos do ensino/aprendizagem constituem e, dessa maneira, privilegiam a construção do saber (AMARAL; GONÇALVES, 2012; RODRIGUEZ ZIDAN; GRILLI, 2016).

Um dos caminhos para isso é a formação continuada dos professores a fim de que eles consigam detectar e combater casos de bullying na escola. “A gente só lida com o diferente se a gente souber”, reforça o coordenador, que fez um estudo sobre o bullying durante seu mestrado em Educação, além disso, recomenda que pais e professores fiquem atentos a sinais como insistência em faltar à escola; arranhões, machucados, roupas rasgadas; objetos “roubados” que não são explicados pelos alunos; isolamento em momentos de recreação e interação com os demais

colegas; comentários sobre não ter amigos na escola, falta de apetite, mudança de humor, baixa autoestima e tristeza aparente.

“Esses são alguns comportamentos que podem apontar para o quadro de um aluno que seja vítima de bullying”. E reforça que: “É preciso criar agendas para discutir o assunto, senão não gera reflexão”, alerta. Ele acrescenta, ainda, que é necessário estar atento a algumas atitudes a serem evitadas, como, por exemplo, expor a vítima diante dos colegas ou esperar que tragédias aconteçam para tomar atitudes.

No *Blog Blog Funi*, o objetivo ressalta a importância da formação de professores para o combate à violência na escola. Na maioria dos países, falta docentes capacitados para enfrentar essa situação difícil”, afirma o especialista francês Eric Debarbieux sobre o combate ao bullying na escola. Autor de obras como “Violência na Escola: Um Desafio Mundial” e “Os Dez Mandamentos Contra a Violência na Escola”, o especialista em bullying diz que a formação dos professores é essencial. “Fico impressionado com o fato de que os professores passem a vida trabalhando como líderes, tendo que manter o controle da classe, sem receber nenhuma formação específica para isso”, disse em entrevista para a revista Nova Escola.

No Mestrado em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação da Fundação Universitária Ibero-americana (FUNIBER), os profissionais contam com uma ferramenta útil para trabalhar aspectos relacionados à psicologia, ao desenvolvimento e à educação. Com a formação, os professores podem aprender técnicas de intervenção psicológica adequadas, organi-

zar estratégias de prevenção e intervir com a outros agentes no contexto da violência escolar.

Já o Blog 5 ‘*Somos Contra o Bullying*’ oferece curso que visa preparar os professores para o tema da Convivência Ética, e assim conseguir manter um ambiente mais justo e generoso na Escola. Inúmeras cenas de violência física e moral, traduzidas como bullying, têm sido constantes no cotidiano da escola. São meninos e meninas, autores, sofredores e espectadores de um cenário de intimidação que precisam de ajuda para superar suas dificuldades em suas relações interpessoais. É, portanto, grande a necessidade de que os educadores saibam como intervir para a superação de um problema urgente, principalmente refletindo sobre a importância de um trabalho que leve em conta a tomada de consciência de valores morais que superem diferentes formas de preconceito e, sobretudo, que permita a manifestação e reconhecimento dos sentimentos dos envolvidos. Dessa forma, os cursos visam a preparação dos professores para lidar com essas questões em ambiente escolar.

Diante do exposto, deve-se fornecer contexto para que o educador possa ter um papel ativo e criador diante do problema que está sendo apresentado. Porém, também deve-se transmitir conhecimentos e técnicas que já obtiveram resultados positivos em outros contextos ao professor, de modo a se não descartar o que estudos vem apontando como efetivo no enfrentamento do bullying.

Ao profissional da educação compete ajudar a pessoa a viver essa transição e promover o seu processo de reconstrução da

autonomia (SILVA MENDES, 2011). Assim, identificar sinais de risco, comportamentos e sinais exteriores que podem indicar que o indivíduo está em dificuldades, alertar as famílias para as consequências que o bullying tem na saúde e na qualidade de vida dos estudantes e orientá-las na sua intervenção, assim como, incentivar e colaborar com as escolas na implementação de programas de prevenção e redução da violência, são importantes medidas da esfera de atuação dos profissionais de educação, em particular os professores.

Diante dessa complexidade, destaca-se a figura do professor, pois é notória a dificuldade encontrada na maneira de como agir para resolver e prevenir os múltiplos problemas relativos à violência que surgem no cotidiano escolar. Observa-se que, na maioria das vezes, o professor tem muitas dificuldades em lidar com situações de violência na escola, não propiciando ao aluno, formas construtivas de interação que favoreçam a sua formação ética. Mesmo que haja uma série de pesquisas realizadas sobre a violência escolar, essas não estão alocadas no campo de estudos sobre a formação de professores (SOUZA *et al.*, 2006).

Estratégias de intervenção

Em relação à segunda categoria, os professores geralmente assumem uma postura de reação apenas durante a ocorrência do fenômeno, reagindo quando percebem que está acontecendo. Isto está intimamente relacionado a uma carência de apoio ao enfrentamento do bullying, pois apesar da escola obter diversos históricos de casos relacionados, os docentes ainda possuem di-

ficuldades em lidar com o problema, necessitando assim de posicionamento mais firme das escolas que precisam providenciar e propiciar mais debates, cursos e palestras sobre este tema. Muitos não se sentem preparados para intervir nesses casos, e precisam de mais capacitação para que haja soluções eficazes.

Dentre as expressões de violência que depredam o ambiente escolar, o bullying obtém grande destaque, pois incide em uma faixa etária – infância e adolescência – em que a educação poderia influir de maneira mais positiva, entretanto, com a ocorrência deste fenômeno, desperta na sociedade uma grande preocupação. Isto decorre devido a uma complexidade de fatores que geralmente estão dispostos de maneira irregular na vida de cada um dos agressores, vítimas e demais participantes do cotidiano relacionadas às diversas formas de intimidação. Entende-se que o bullying não é reflexo de problemas próprios do âmbito pedagógico, mas está relacionado à aspectos institucionais da vida escolar e social de cada um, como elementos presentes nas relações familiares e grupais. O enfrentamento desse fenômeno que regula relações estabelecidas entre crianças e adolescentes no contexto escolar ainda representa um enorme desafio para toda a sociedade.

É até mesmo cabível questionar em que medida o bullying e outras formas de conflito na escola não seriam formas de resistir ao sistema educacional proposto e, em última instância, ao modelo de subjetividade esperado/imposto no contexto escolar. Por diversas vezes ele reflete os efeitos da propagação de um discurso que preconiza o rechaço dos considerados mais fracos e inaptos a

corresponder um ideal de sucesso. De maneira símil, a desconstrução do bullying como um conceito naturalizado, utilizado para descrever/racionalizar fenômenos (ANTUNES, 2010), e como tal imune a críticas que busquem contextualizá-lo no quadro das transformações observadas.

Nesse contexto, Vírseda (2011) ressalta que qualquer estratégia de intervenção na escola para melhorar a convivência entre os alunos ou entre professores e alunos depende do trabalho conjunto de todos os atores envolvidos. A autora afirma que dificilmente boas estratégias terão efeitos se quem for implantá-las, embora possa estar bem-intencionado e ter bons conhecimentos, estiver sozinho. Ela assegura que a primeira fase de elaboração de um “plano de convivência” deve ser a sensibilização de todos os membros da escola, incluindo alunos e familiares, que são convidados a participar efetivamente do plano com sugestões acerca dos objetivos sociais a serem atingidos pela comunidade escolar.

As relações sociais, sobretudo no centro das organizações, são marcadas por estereótipo, preconceitos e impedimentos à comunicação e à convivência do cotidiano, caracterizando uma diminuição da possibilidade de haver experiências. Como as relações escolares também apresentam esses traços, o estudo acerca do modo como essa forma de retrocesso interfere nos objetivos escolares tornou-se central. A adesão a programas de enfrentamento ao bullying podem compor e fortalecer um clima contrário a este fenômeno, o qual mediante intervenções adequadas, pode favorecer a tomada de consciência. Assim, os espaços que promovem discussões e reflexões sobre a temática seriam proveitosos

tanto aos alunos quanto aos profissionais de ensino.

No *Blog Escola em Movimento*, o objetivo era mostrar como a comunicação entre pais e professores podem diminuir o bullying, sendo necessário que tanto pais como educadores observem o comportamento do filho/aluno. Caso seja identificada alguma anormalidade, podem comunicar uns aos outros as suas impressões através de um telefonema ou marcando um encontro na escola. Além das reuniões, as instituições de ensino ainda podem promover palestras e workshops sobre o tema para ajudar os pais a identificarem casos de bullying e resolverem o problema da forma mais saudável possível.

Dentro da sala de aula os professores podem abordar o bullying a partir de exercícios e atividades que incluam a todos. Quando surgir um caso, o educador deve repreender imediatamente e convidar os pais dos envolvidos para um bate-papo. Além disso, é interessante que pais e professores se reúnam para dialogar com os alunos usando uma linguagem próxima a deles. Os mais introvertidos podem ser estimulados a se expressar de outras formas, como através de desenhos, por exemplo. Os pais devem estar sempre em contato com a escola, o que pode acontecer através de reuniões, festas, palestras, entre outras atividades. Só assim conseguirão identificar o comportamento de seus filhos e saber se suas queixas realmente procedem.

Assim, permite-se uma visão dos sujeitos como totalidades, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. Nesse contexto, o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hie-

rarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO *et al.*, 2007).

Conforme ressaltam Najaka, Gottfredson e Wilson (2001), para a elaboração de programas preventivos adequados é importante identificar as variáveis que levam a problemas comportamentais, e práticas preventivas para evitar tais problemas que demonstraram bons resultados. De uma perspectiva mais participativa, também se deve desenvolver ações voltadas para o diálogo e reflexão crítica, em que se possam compartilhar dúvidas e curiosidades, alertando adolescentes e jovens sobre questões envolvendo a temática bullying, e às suas manifestações, bem como, identificação de fatores de vulnerabilidade a este tipo de fenômeno, tornando-se imprescindível o envolvimento das famílias e escola. Lapponi (2011), ao mencionar estratégias para gestão de conflitos, considera fundamental que os professores promovam a corresponsabilidade e a implicação dos alunos em um “plano de convivência”: um documento escolar que prevê o respeito à diversidade, à individualidade e aos valores, que deve ser conhecido, aceito e compartilhado pela comunidade escolar.

A autora ainda relata que a importância do trabalho em equipe que respeita as características e as demandas da comunidade escolar e elenca questões valiosas para a construção de programas de intervenção na escola, mas não menciona de que modo, na prática, os conflitos podem ser geridos de forma cons-

trutiva por meio do chamado “plano de convivência”. Ela também não aponta para a maneira como alunos e professores poderiam ser motivados a trabalhar juntos pela gestão pacífica da escola.

Qualquer estratégia de intervenção na escola para melhorar a convivência entre os alunos ou entre professores e alunos depende do trabalho conjunto de todos os atores envolvidos. A autora afirma que dificilmente boas estratégias terão efeitos se quem for implantá-las, embora possa estar bem-intencionado e ter bons conhecimentos, estiver sozinho. Ela assegura que a primeira fase de elaboração de um “plano de convivência” deve ser a sensibilização de todos os membros da escola, incluindo alunos e familiares, que são convidados a participar efetivamente do plano com sugestões acerca dos objetivos sociais a serem atingidos pela comunidade escolar (VÍRSEDA, 2011).

O autor supracitado ainda pontua o fato de que um ambiente escolar acolhedor e motivador, onde os alunos estão envolvidos nos cuidados uns dos outros, tem maior probabilidade de facilitar o aprendizado cognitivo e de habilidades sociais. Porém, ressalta que cada escola deve elaborar seus programas de intervenção para resolução de conflitos e contra o bullying, baseando-se em seu contexto específico.

Sobre como prevenir e intervir em situações de bullying entre alunos, Abad (2011), menciona que as estratégias de intervenção devem atingir os agressores (crianças que praticam o bullying) e suas famílias, as vítimas (as que sofrem) e suas famílias e os espectadores (os que observam, não provocam nem sofrem bullying). Para os agressores e suas famílias, o objetivo

da intervenção deve se focar: na política de tolerância zero diante de condutas de bullying entre iguais; na sua conscientização das consequências do bullying; na ajuda aos agressores para melhorar suas habilidades cognitivas e emocionais e seu desenvolvimento moral; na busca da colaboração da família e em seu assessoramento com pautas educativas que facilitem condutas saudáveis de interação entre seus filhos. Abad (2011) apesar de apresentar ideias interessantes, não diz o modo de, na prática, trabalhar os aspectos mencionados com os agressores.

A violência é um problema de saúde, deste fenômeno faz parte a violência escolar e o bullying, sendo importante que professores se envolvam na prevenção e enfrentamento do último, mas não estão preparados. Por outro lado, são escassas as investigações sobre efeitos de formação de professores para alteração de conhecimentos e comportamentos de docentes e discentes em relação ao bullying.

As situações de violência comprometem o que deveria ser a identidade da escola, lugar de sociabilidade positiva, de aprendizagem de valores éticos e de formação crítica de estudantes e professores, pautados no diálogo, no reconhecimento da diversidade e na herança civilizatória do conhecimento acumulado. Essas situações repercutem sobre a aprendizagem e a qualidade de ensino tanto para alunos quanto para professores (ABRAMOVAY; RUA, 2003).

Francisco e Libório (2009) asseveram que a vitimização e a intimidação são processos de grande complexidade que se produzem no marco das relações sociais e com frequência no meio

escolar, podendo agravar progressivamente o problema com severas repercussões a médio e longo prazos para os implicados. Esse fenômeno é preocupante e, tanto no Brasil quanto no mundo, chama a atenção de instâncias governamentais, dos organismos internacionais e da sociedade civil.

Assim, Abramovay e Rua (2003) relatam que o fenômeno preocupa porque afeta diretamente agressores, vítimas e testemunhas dessa violência e, principalmente, contribui para romper com a ideia da escola como lugar de conhecimento, de formação do ser, de educação, como veículo, por excelência, do exercício e aprendizagem, da ética e da comunicação por diálogo e, portanto, antítese da violência.

Nesse contexto, estudos apontam que o bullying pode ocasionar isolamento e queda do rendimento acadêmico (JUVONEN; NISHINA; GRAHAM, 2000), doenças psicológicas e sociais (CUNHA, 2009; KUMPULAINEN *et al.*, 1998), como a ansiedade e a depressão (ORPINAS, 2009) e até mesmo levar à delinquência e ao abuso de substâncias (MITCHEL; YBARRA; FINKELHOR, 2007). As experiências de bullying também amplificam a adoção de comportamentos de risco para a saúde dos estudantes, tais como: consumo de álcool, outras drogas e relação sexual precoce, aspectos divulgados na literatura científica (MALTA *et al.*, 2014; BARRETO *et al.*, 2010; FISCHER, 2010).

O tema, assim, é de fundamental relevância para pesquisas e fomento de intervenções escolares no Brasil e no mundo, pois não intervir nas escolas para coibir o bullying significa negligenciar o direito da criança e do adolescente à dignidade e à

integridade física e psicológica. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 1990), “a criança e o adolescente têm direito à liberdade e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento (...)” (Art. 15) e o direito ao respeito, que consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais. (Art. 17) (BRASIL, 1990).

Considerações finais

O bullying é um desafio à sociedade e firma-se, de modo recorrente, nos cenários da educação e alcança todos os envolvidos nessa construção potente de transformação das sociedades. A mídia assumiu um papel canalizador de socializações de desafios e mobilizações entre as comunidades que buscam compartilhar experiências e identificar caminhos de reorientações de rumos.

É reconhecido pelos pesquisadores que o problema é grave. As suas ocorrências desvirtuam o papel central e o espaço da escola como um lugar de conhecimento e formação de pessoas e o desloca para cenários de práticas violentas e cenas de barbáries que, não raro, culminam com a perda de vida de pessoas. Nos blogs analisados é perceptível o ensejo de contribuírem com a qualificação dos professores; no entanto, reconhecem impotência ante a complexidade do fenômeno. Destaca-se as menções sobre práticas colaborativas, o uso da expressão artística e lúdica e o exercício do diálogo entre a escola e família como suporte basilar

na recondução de ocorrências do bullying.

Trazer o debate com mais veemência na sociedade, leituras críticas de realidades diversas e assimétricas, convocar o exercício coletivo de comunicações não violentas e olhar para o interior das nossas ações, podem ser trilhas a serem percorridas em permanente construção e reconstrução.

Ademais, os educadores buscam a superação e se movimentam à procura de conhecimento e estratégias de enfrentamento ao bullying. Pontua-se também, olhares atentos e preocupados com o contexto e dinâmicas familiares e seus entornos, ainda que, em muitos momentos, percebam-se impotentes sobre os crescentes *gaps* das violências estruturais.

Agradecimento

A Fundação Edson Queiroz, à Universidade de Fortaleza, à Diretoria de Pesquisa Desenvolvimento e Inovação (DPDI) pela concessão de bolsa de Iniciação Científica, na modalidade PROBIC.

Referências

ABAD J. V. Prevención e intervención ante el maltrato entre iguales. *In*: FUNES, S. (org.). **Gestión eficaz de la convivencia en los centros educativos**. Madrid: Wolters Kluwer, 2011. p. 233-262.

ALCANTARA, S. C. *et al.* Violência entre pares, clima escolar e contextos de desenvolvimento: suas implicações no bem-estar. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, p. 509-522, 2019.

ALMEIDA, C. M. C. A problemática da formação de professores e o mestrado de Educação da UNIUB. **Profissão Docente**, v. 1, n. 1. p. 01-05, 2001.

AMARAL, L. R. O. G.; GONÇALVES, M. L. A. O professor diante da criança vítima de violência. *In*: MATTIOLI, O.C. *et al.* (orgs.). **Família, Violência e Políticas públicas**: pesquisas e práticas. Curitiba: CRV, 2012.

BERGAMO, L. N. **Intervenção docente na associação entre vitimização entre pares e desempenho acadêmico**. 2016. 124 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

BORGES, A. K. S.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Bullying e inclusão no ensino fundamental I: ações de professores. **Rev. Educ. Esp.**, v. 32, p. 9-1, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 13.185 de 06 de novembro de 2015**. Dispõe sobre a caracterização, prevenção e enfrentamento do Bullying. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13185.htm. Acesso em: 28 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Censo Escolar 2018**. Brasília: Ministério da Educação, 2018.

BURGER, C. *et al.* How teachers respond to school bullying: An examination of self-reported intervention strategy use moderator effects, and concurrent use of multiple strategies. **J.**

Teach. Teach. Education, v. 51, p. 191-202, 2015.

CANAVÊZ, F. A escola na contemporaneidade: uma análise crítica do bullying. **Psicol. Escol. Educ.**, v. 19, n. 2, p. 271-278, 2015.

CECÍLIO, C. Como as escolas podem formar professores para combater o bullying. Nova escola Gestão, 2019.

Disponível em: <https://gestaoescolar.org.br/conteudo/2152/como-as-escolas-podem-formar-professores-para-combater-o-bullying>. Acesso em: 18 abr. 2020.

COMO a comunicação entre pais e professores pode diminuir o bullying. Escola em movimento, 2014.

Disponível em: <https://escolaemmovimento.com.br/blog/como-a-comunicacao-entre-pais-e-professores-pode-diminuir-o-bullying/>. Acesso em: 18 abr. 2020.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em Administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COZBY, P. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

CROCETTI, P. **Professor tem papel fundamental no combate ao bullying. Blog Exponente**, 2017. Disponível em: <http://blog.exponente.com.br/2017/12/professor-tem-papel-fundamental-no.html>. Acesso em: 18 abr. 2020.

CRUZ, G. B. A prática docente no contexto da sala de aula frente às reformas curriculares. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 29, p. 191-205, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010440602007000100013&lang=en&nrm=iso. Acesso em: 11 ago. 2020.

CUNHA, P.; PIRES, S.; MONTEIRO, A. P. Opiniões e Percepções dos Professores sobre Bullying. **Sisyphus**, v. 7, n. 3, p. 30-44, 2019.

DA SILVA, J. L. *et al.* Bullying: conhecimentos, atitudes e crenças de professores. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 147-156, 2014.

DA SILVA, J. L.; BAZON, Marina Rezende. Prevenção e enfrentamento do bullying: o papel de professores. **Rev. Educ. Esp.**, v. 30, n. 59, p. 615-628, 2017.

ESTRELA, M. T. A formação contínua entre a teoria e a prática. **Formação continuada e gestão da educação**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 43-63.

FISCHER, R. M. **Relatório de Pesquisa “Bullying escolar no Brasil”**. Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor. São Paulo: Fundação Instituto de Administração, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

LEVANDOSKI, G.; CARDOSO, F. L. Imagem corporal e status social de estudantes brasileiros envolvidos em bullying. **Rev. Lat.-Am. Psicol.**, v. 45, n. 1, p. 135-145, 2013.

MARCOLINO, E. C. *et al.* Bullying: prevalência e fatores associados à vitimização e à agressão no cotidiano escolar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, 2018.

MÜZELL, L. **Formação para combater o bullying na escola**: especialista francês ressalta a importância da formação de professores para o combate à violência na escola. Especialista

NOBRE, C. S. **Violência interpessoal entre escolares em Fortaleza**: análise situacional de vítimas, agressores e observadores. 2018. 22 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2018.

OLWEUS, D. **Bullying at school**. Cambridge: Blackwell, 1993.

OLWEUS, D. School bullying: development and some important challenges. **Ann. Rev. Clin. Psychol.**, v. 9, n. 1, p. 751-780, 2013.

QUARANTA, G. F.; CAPO, L. S.; SAMPAIO, J. M. C. Bullying: avaliação de uma intervenção com professores em uma escola pública do Distrito Federal. **UniCEUB-Relatórios de Pesquisa**, v. 4, n. 1, 2019.

RIBEIRO, J. J. Formação e profissionalização docente: uma perspectiva de mudança. **Temas Educ. Saúde**, v. 13, n. 2, p. 242-259, 2017.

RODRIGUEZ ZIDAN, E.; GRILLI, J. Desafíos del modelo de práctica resonancia colaborativa en la formación inicial de docentes. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 62, p. 199-227, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602016000400199&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SILVA, Elizângela Napoleão da; ROSA, Ester Calland de S. Professores sabem o que é bullying?: um tema para a formação docente. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 17, n. 2, p. 329-338, 2013.

STELKO-PEREIRA, A. C.; WILLIAMS, L. C. A. Evaluation of a Brazilian School Violence Prevention Program (Violência Nota Zero). **Pensamento Psicológico**, v. 14, n. 1, p. 1-14, 2015

STROHMEIR, D.; NOAM, G.G. Bullying in schools: what is the problem, and how can educators solve it? **New directions of youth development**, v. 133, n. 1, p. 7-13, 2012.

VEENSTRA, R. *et al.* The role of teachers in bullying: the relation between antibullying attitudes, efficacy, and efforts to reduce bullying. **J. Educ. Psychol.**, v. 106, n. 1, p. 1135-1143, 2014.

VENTURA, A.; VICO, B. P.; VENTURA, R. Bullying e formação de professores: contributos para um diagnóstico. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 24, n. 93, p. 990-1012, 2016.

VIEIRA, L. J. E. *et al.* Violência na escola pública: relatos de professores. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 1, p. 34-42, 2010.

VÍRSEDA, C. M. Algunas propuestas para trabajar la convivencia en primaria. *In*: FUNES, S. (org.). **Gestión eficaz de la convivencia en los centros educativos**. Madrid: Wolters Kluwer, 2011. p. 119-163.

TOGNETTA, L. R. P. **Formação de Professores**: preparando os professores para o tema da convivência ética conseguiremos manter um ambiente mais justo e generoso na escola. **Somos Contar o Bullying**, 2018. Disponível em: <https://www.somoscontraobullying.org/formacao-de-professores>. Acesso em: 18 abr. 2020.

TREVISOL, M. T. C.; CAMPOS, C. A. Bullying: verificando a compreensão dos professores sobre o fenômeno no ambiente escolar. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 20, n. 2, p. 275-284, 2016.

WILLIAMS, L. C. A. Violência e suas diferentes representações.

In: SOLFA, G. C. (org.). **Gerando cidadania**: reflexões, propostas e construções práticas sobre direitos da criança e do adolescente. São Carlos: Rima, 2004.

ZEQUINÃO, M. A. *et al.* Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. **Educ. Pesq.**, v. 42, n. 1, p. 181-198, 2016.

Medos, Incertezas e Superações no Ensino Remoto em Tempos de Pandemia

Paula Michelle Vieira de Andrade

Robson Ramos

Samuel da Silva Nobre

Lia Sara dos Santos Muniz

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

O cronista que narra os acontecimentos, sem distinguir entre os grandes e os pequenos, leva em conta a verdade de que nada do que um dia aconteceu pode ser considerado perdido para a história (Walter Benjamin).

Introdução

A COVID-19 é uma doença infecciosa que tem como agente causal um novo coronavírus (SARS-CoV-2), desconhecidos até que despontou a ocorrência de um surto em Wuhan, China, em dezembro de 2019 (WHO, 2020; GARCIA-FILHO; VIEIRA; SILVA, 2020). Tem-se como marco o dia 30 de janeiro de 2020, em que a COVID-19 passou a ser considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma emergência internacional de saúde pública, com a mobilização de países para adoção de medidas a fim de conter a disseminação do vírus, compreender a gravidade dos casos, reduzir a mortalidade dos cidadãos, bem como evitar um colapso da rede de saúde (WHO, 2020).

Por se tratar de uma doença ainda sem proteção e tratamento específicos, as estratégias para mitigar a propagação da COVID-19 são, em grande parte, comportamentais e impactam a sociabilidade e a subsistência da população (GARCIA-FILHO; VIEIRA; SILVA, 2020).

Além dos desafios postos ao campo da saúde pública/coletiva quanto ao enfrentamento e manejo das pessoas com a COVID-19, era urgente conter a propagação nas sociedades globais. A complexidade instalou-se abrupta, rizomática e alcançou setores estruturantes dos países. Dentre estes, o setor educacional moveu-se ao encontro das estratégias governamentais para mitigar a propagação do vírus e evitar o colapso do sistema de saúde, o aumento de casos novos e a concretização de óbitos.

As instituições de ensino compreenderam a gravidade pandêmica e acataram as orientações dos órgãos responsáveis, realizando pactuações setoriais que convergiram para o distanciamento e/ou isolamento social, quarentenas, *lockdown* e outros modelos de gestão emergencial. Desse modo, fez-se urgente o planejamento e a gestão da contingência que adentrou a sala de aula tradicional e a nocauteou. Nessa efervescência, o ensino presencial tornou-se distante, remoto, provocando descontinuidades e incertezas.

Imersos neste contexto, aceitamos o desafio de construir este capítulo, entendendo que o texto é um lugar de produção e de circulação de conhecimentos e, não apenas, uma bucólica transcrição de um conhecimento já produzido. Nessa lógica construtiva, um texto representa o embate e o debate de diferentes vozes.

Portanto, escrever um texto é sempre um desafio. E a várias mentes e mãos, torna-se mais desafiador ainda! No entanto, compartilhamos das indagações: como entrelaçar os multifios de nossas ideias, percorrendo as mesmas inquietações? Quais sentidos podem ser produzidos a partir deste diálogo inusitado, obra de olhares e vozes guiados pelo cenário do ensino-aprendizagem?

O entrelaçamento das diferentes vozes aliado a diferentes construtos teóricos sustentam essa reflexão, dialogando entre si, complementando-se. Para entrelaçar diferentes fios (educação, aprendizagem, professor-aluno, ensino remoto, pandemia, o novo normal), recorreremos à Literatura para relacionar uma compreensão que pode ser construída, desconstruída e reconstruída, quanto à continuidade da Educação em tempos de pandemia.

A Literatura é aqui compreendida como outra forma de conhecimento. É a partir de Calvino (1994), em um trecho do livro *Palomar*, que a trama de nosso texto começa. *Palomar* é o personagem-narrador de Calvino. Não por acaso este é o nome de um observatório astronômico na Califórnia que, durante muito tempo, ostentou o maior telescópio do mundo.

O Senhor *Palomar* a tudo observa, deseja compreender o mundo por meio do olhar, da observação. Entretanto, comporta-se como um telescópio às avessas, focando não na amplidão do espaço, mas nas coisas relacionadas ao cotidiano e faz de cada uma delas uma oportunidade de reflexão.

Nesse mundo “*Palomar*”, encontramos um fragmento que, de uma forma metafórica menciona a relação homem-mundo. O sujeito não está imune às transformações que o cerca e, também,

não é mero observador diante delas. Trata-se de uma relação dialética que permite ao homem construir o mundo e a si próprio, transformar e ser transformado, reinventar e ser reinventado. E, para situar o leitor quanto às indagações e visões do mundo Palomar, que se atualiza e perpassa visões e cenários globais, o narrador pontua que:

(...) como é possível observar alguma coisa deixando à parte o eu? De quem são os olhos que olham? Em geral se pensa que o eu é algo que nos está saliente dos olhos como o balcão de uma janela e contempla o mundo que se estende em toda a sua vastidão diante dele. Logo, há uma janela que se debruça sobre o mundo. Do lado de lá está o mundo; mas, e do lado de cá? Também o mundo: que outra coisa queríamos que fosse? Com um pequeno esforço de concentração, Palomar consegue deslocar o mundo dali de frente e colocá-lo debruçado no balcão. Então, fora da janela que resta? Também lá está o mundo, que para tanto se duplicou em mundo que observa e mundo que é observado. E ele, também chamado “eu”, ou seja, o senhor Palomar? Não será também ele uma parte do mundo que está olhando a outra parte do mundo? Ou antes, dado que há um mundo do lado de cá e um mundo do lado de lá da janela, talvez o eu não seja mais que a própria janela através do qual o mundo contempla o mundo. Para contemplar-se a si mesmo o mundo tem necessidade dos olhos (e dos óculos) do senhor Palomar (CALVINO, 1994, p. 102).

Esse Eu não é desvinculado, mas sim envolvido com o mundo, portanto reflete e refrata o que nele acontece. Neste texto, à semelhança do Senhor Palomar, que seleciona objetos do cotidiano para contemplar e pensar sobre o que está por trás de sua aparência, direcionamos o nosso olhar para o momento atual, para contemplar e compreender o impacto da Covid-19, tecendo assim, nossas primeiras impressões.

O exercício da observação atenta revela nuances e possibilidades também nas áreas de Educação e Ensino-aprendizagem, trazendo também incertezas. Encontramo-nos entre experiências significativas e situações contraditórias, mas transformadoras.

As trilhas a serem construídas na formação do professor ganham contornos de um ensino apreendido e compartilhado, que avançam em direção a um agir na urgência e decidir na incerteza, como preconiza Perrenoud (2001), ao defender a construção das competências necessárias à formação dos docentes.

Embora aparentemente paradoxais, as habilidades para agir na urgência e decidir na incerteza de fato melhor caracterizam a experiência de ensino. Macedo (2001) argumenta, que a urgência está ligada à valorização do instante, fazer o que é necessário ao momento; a incerteza, por sua vez, refere-se à falta de garantias, mesmo contando com um alto grau de planejamento, que decorre de um ambiente naturalmente diverso e, por isso, complexo.

Em um contexto adicionalmente desafiador, as instituições de ensino, perpassando os níveis educacionais e em conjunto com o seu corpo/capital social, somaram esforços, nem sempre exito-

sos, para continuar a percorrer as trilhas possíveis e amenizar as rupturas advindas com o contexto e a propagação da doença.

As angústias e os sofrimentos invadiram as mentes e ações de gestores, professores e alunos; a alta capilaridade do fenômeno cerceou planos, vidas e dinâmicas familiares de forma abrupta, mas não imprevisíveis. No entanto, a materialização de um cenário agravado era questão de tempo, pois as lentes telescópicas nos mostravam redemoinhos nos diferentes setores da Economia, tais como Agricultura, Indústria ou Serviços. Os serviços educacionais não poderiam se esquivar destes efeitos e tiveram de redirecionar a gestão de processos e estratégias na tentativa de assegurar as experiências significativas de ensino-aprendizagem.

Ao sermos desafiados ante as mudanças de cenários globais e locais, Perrenoud (2001) advoga que a qualificação do professor não pode fugir dos esclarecimentos e diálogos. As competências na prática educacional se materializam com as urgências e as incertezas da ação pedagógica, demandando parcelas de criatividade; momentos de solidão, de improvisação, de desânimo, de negociação, mas, também, com o exercício didático e a disciplina do pensamento.

No entanto, essas demandas não permaneceram nem permanecem circunscritas à formação/qualificação do professor/gestor; ultrapassam o pensar e o agir desses profissionais e adentram na formação, qualificação e ressignificação da formação acadêmica. Envolvem o aluno de forma nunca experienciada e sequer imaginada.

Nesse caos, desenvolveu-se um campo fértil de medos, incertezas, desafios tecnológicos, escassez de recursos financeiros, ausência de múltiplos suportes, dentre outros aspectos e situações, advindos da transposição do ensino na modalidade presencial para a modalidade remota. É possível encontrar diversas referências tais como virtual, síncrono, assíncrono, EAD, com variedades e desdobramentos, que podem exacerbar às crescentes e visíveis desigualdades sociais.

E em relação as desigualdades sociais, o Relatório Social Mundial 2020 atesta o seu crescimento e alerta sobre os efeitos da inovação tecnológica. Advoga que a mudança tecnológica pode ser uma mola indutora de crescimento econômico, com novas possibilidades em saúde, educação, comunicação e produtividade. Todavia, pode exacerbar a desigualdade salarial e deslocar os trabalhadores para outros cenários ou, até mesmo, para a informalidade (ONU, 2020).

No entanto, a Organização das Nações Unidas vem alertando sobre a importância de os países compreenderem a Educação sob perspectiva inovadora, defendendo ser a solução para as desigualdades sociais e humanas, mobilizando a atenção da sociedade crítica e engajada com o exercício da cidadania (ONU, 2015). Nessa ótica, o caráter político, econômico, social fundamenta-se na importância da Educação para a sociedade e na rapidez com que o mundo está se tornando esse lugar conectado, com os efeitos da globalização. Dentre estes, a ampliação da pobreza e vulnerabilidades existentes muito antes da pandemia (BERG; VESTENA; COSTA-LOBO, 2020, p. 3).

Nessa linha de raciocínio, deparar com tema de grande amplitude e transcendência carece de delimitação e, ao mesmo tempo, articulação com literaturas que possam sinalizar a complexidade do fenômeno que continua angustiante e incerto. Nessa lógica, o capítulo elege o ensino e aprendizagem como eixo norteador e propõe narrar reflexões de docentes e discentes em torno do ensino-aprendizagem em tempos de pandemia e ensino remoto, amparado nas experiências singulares.

Significados e sentidos: com que olhar lemos o novo normal?

Tomando a palavra enquanto instrumento de compreensão, amparamo-nos na teoria da linguagem de Mikhail Bakhtin¹. Para compreender os sentidos que algumas palavras assumem no interior dos diferentes discursos sobre Educação e Pandemia, neste momento, torna-se fundamental nos apropriar de outro construto teórico de Bakhtin, a palavra enquanto signo ideológico. A palavra não pode ser compreendida apenas enquanto forma gramatical, em sua realidade física, por não se tratar de um sinal, imutável e sempre idêntico. A palavra é um signo, variável e flexível, e é justamente seu sentido que a torna palavra (BAKHTIN, 1999).

1 Mikhail Bakhtin (1895-1975) teórico da literatura e filósofo da Linguagem. Sua obra é bastante extensa, constituindo-se aproximadamente de 33 livros e muitos artigos. Dentre os mais conhecidos tem-se: *Marxismo e Filosofia da Linguagem*; *Estética da Criação Verbal*; *A Cultura Popular na Idade Média e no Renascimento: o Contexto de François Rabelais*, entre outros. Embora possamos encontrar nas obras desse autor diversidade temática, percebe-se a linguagem como linha articulada do pensamento. Apesar de ser um autor do início do século XX, seus estudos continuam a despertar interesse, pela profunda atualidade.

Apreendendo os sentidos produzidos nos enunciados de professores, alunos, poderemos compreender que representações fazem desse momento, como se percebem, do lugar que ocupam, a questão em torno da Educação em tempos inesperados. Quais os sentidos que os termos ‘ensino’, ‘educação’ e ‘pandemia’ ganham nesse momento? É o próprio Bakhtin (1999) quem afirma que a palavra não possui somente um sentido, mas vários que irão depender da situação e do contexto em que será utilizada. Assim, quais são os sentidos produzidos a respeito do Ensino Remoto?

Sendo a palavra compreendida enquanto signo variável e flexível, é possível que o termo Ensino Remoto ainda não esteja definido, oficialmente, em dicionário ou livro em franca circulação. Possivelmente porque seu sentido está em construção no interior dos diferentes discursos produzidos em torno da temática “Educação em tempos de pandemia”.

Ensino é definido usualmente no dicionário e nos livros de didática como processo intencional, planejado, que não existe sem a aprendizagem. Trata-se, pois, da relação que o professor estabelece com o conhecimento; na mesma linha de raciocínio, a aprendizagem será a relação que o aluno estabelecerá com esse conhecimento, incluindo as complexidades que esse processo implica. O termo remoto, por sua vez, significa distante, longínquo, até mesmo, inatingível. Nessa associação de terminologia, o Ensino Remoto ganha força como proposta de ensinar de forma distante na pandemia, ainda que, na forma empírica, seja conhecida desde o Século XIX.

Os primeiros registros mencionam usos da educação remota, a distância já no século XVIII através de um curso por correspondência oferecido por uma instituição em Boston nos EUA. No século XIX, as primeiras experiências concentram-se na Europa através do oferecimento de cursos por correspondência na Suécia, Reino Unido e Espanha, além dos Estados Unidos da América (BARROS, 2003). Entretanto, para alguns é um conceito construído e presente nos diferentes discursos dos sujeitos envolvidos nesse processo.

O Ensino Remoto, entretanto, não deve ser confundido com a Educação a Distância (EaD) que tem previsão na LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - 9.394/96) e possui como pressupostos o apoio de forma atemporal, carga horária diluída em diferentes recursos midiáticos (BRASIL, 1996).

O ensino remoto compreende uma modalidade que se utiliza de plataformas para adaptação da mediação didática e pedagógica de forma síncrona, ou seja, em tempo real². Sendo assim, o ensino remoto que vem sendo praticado aproxima-se da EAD apenas no que diz respeito a uma educação mediada por tecnologias. No entanto, os princípios seguem os mesmos da/na educação presencial.

Aqui neste texto a educação presencial é compreendida como aquela que contempla a modalidade de ensino mais tradicional, onde todo o conteúdo do curso é exibido em salas de aula em tempo real e os alunos e professores se reúnem diariamente,

2 Para mais aprofundamento ver obras de José Carlos Libâneo sobre Didática e o livro “**Pedagogia e Pedagogos, para quê?** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.”.

uma vez que os horários de aula seguem um calendário e respeitam o turno do curso, que pode ser matutino ou vespertino ou ainda noturno. E neste sentido, Freire (1996) acrescenta que esta modalidade fere a autonomia do educando e o transforma como receptor de conhecimentos, sem os confrontá-los e analisá-los com consciência crítica.

Nesse sentido a principal diferença entre o ensino presencial e o ensino a distância está nos horários das aulas e no tempo/espaço, uma vez que o presencial exige do aluno um comprometimento com os horários, e o EAD permite a flexibilidade de tempo e espaço ao aluno, que pode assistir às aulas de qualquer lugar e a qualquer momento.

Narrativas e experiências: tecendo significados sobre o ensinar e aprender em distanciamento social

Compreender a importância de narrativas é compreender o valor da experiência na/para a formação do sujeito. Narrar é antes de tudo trocar experiências, é construir diálogos onde transformamos e somos transformados. O diálogo implica sempre dois, que, juntos buscam a compreensão dos sentidos que vão sendo produzidos, tecidos. Nesta experiência dialógica, as pessoas constroem suas percepções de si e do mundo.

Buscamos em Walter Benjamin³ a fundamentação teórica para aqui compreender a narrativa enquanto uma expressão da

3 Filósofo alemão (1892-1940). Sua obra assume importância no meio acadêmico justamente pela capacidade de unir diferentes áreas do conhecimento, temáticas e enfoques. As principais discussões convergem para experiência, narração, infância, linguagem, barbárie, alteridade.

singularidade humana. Assim como o senhor Palomar, Benjamin (1987) centra seu olhar nas coisas simples do cotidiano e ressalta que a arte de narrar não deve estar vinculada apenas aos grandes acontecimentos mas, também, às situações corriqueiras da vida, do cotidiano dos sujeitos.

Estas narrativas, tecidas na esfera do coletivo, traduzem experiências significativas do vivido e, nesse momento, exprimem os medos e as incertezas experienciados nos últimos meses em cenários que circundam a Educação, especialmente quanto à preocupação docente/discente e à impotência da comunidade educacional ante a incerteza se ocorre aprendizagem. Acreditamos que essa experiência ganha uma capilaridade e mostra-se comum tanto para quem as relata, quanto para quem as ouve, lê, escreve, imagina, fala e/ou socializa. Experiência registrada no tempo e na memória.

No centro da análise de Benjamin não está o sujeito mas, sim, a linguagem compreendida enquanto produção humana acontecida na história e na coletividade (SOUZA; KRAMER, 2009). É no outro que a linguagem se consolida; portanto, compreender a narrativa desse outro requer de nós, uma experiência comum compartilhada. Ou seja, “a narrativa [...] mergulha a coisa na vida do narrado, como a mão do oleiro na argila do vaso” (BENJAMIN, 1987, p. 205).

O uso das narrativas como método de investigação decorre, em parte, da insatisfação com as produções que possuem como temática a Educação e que se caracterizaram por falar a respeito em vez de falar com.

Bakhtin (1997) entende que, por terem objetos distintos, as Ciências Humanas não podem utilizar os mesmos métodos das Ciências Exatas. Nestas, o objeto a ser estudado é contemplado pelo pesquisador para ser conhecido. Há um único sujeito, aquele que contempla e fala sobre o objeto pesquisado, o próprio pesquisador. Trata-se de uma postura monológica de conhecimento, pois o pesquisador se encontra em uma posição na qual fala do objeto, mas não com o objeto.

O interesse de Bakhtin (1999), ao se referir às Ciências Humanas, está voltado para o pensamento, o sentido, o significado do outro, que se manifestam ao pesquisador sob a forma de texto, ou seja, na e pela linguagem. As Ciências Humanas estudam o indivíduo em sua especificidade, isto é, compreendendo-o como um ser que se expressa, fala, cria textos. O pesquisador, elegendo o sujeito como objeto de estudos, ao se colocar diante dele, não pode somente contemplá-lo, pois se encontra diante de alguém que tem voz e que, portanto, tem de ser ouvido. A relação entre pesquisador e pesquisado só se concretizará com diálogo. Nesse sentido, o objetivo da pesquisa nas Ciências Humanas é uma busca de compreensão do outro, daí que não se fala do sujeito, mas com o sujeito, estabelece-se interlocução.

Neste texto, buscou-se dar voz aos diferentes sujeitos em meio ao exercício de suas funções - docentes, coordenador pedagógico, discentes -, mas envolvidos em único fio condutor representado pelos modos de ensinar e aprender neste cenário de pandemia. Vozes que falam de lugares diferentes e, justamente por isso, trazem em suas narrativas apreensões ideológicas do lu-

gar de onde falam.

Assim como o Senhor Palomar, nós nos apropriamos do que vivenciamos e vimos; no entanto, trata-se de uma apropriação não plena, mas somente daquilo que fomos capazes de absorver a partir de nossas perspectivas.

No pilar firmado em experiências alinhadas pela incerteza, o texto constrói-se, em si mesmo, com sujeitos envolvidos e transformados pelas experiências de enfrentar um contexto educacional que teve de se (re)inventar. Quais foram os medos e desafios? Que dificuldades enfrentaram? Quais foram os impactos em suas práticas educativas? Nas relações de ensinar e aprender?

O que narram os docentes?

Março de 2020 emergiu como um deserto, um terreno árido. Neste ponto, traço uma analogia à região do semiárido cearense que inclui, aproximadamente, 95% dos municípios do estado do Ceará. As características ambientais tornam esta região mais vulnerável aos fenômenos da seca, causada pela irregularidade têmporo-espacial, escassez pluviométrica em alguns períodos do ano (IPECE, s/d). Mas o estado do Ceará sobrevive e convive com estes períodos, e, nesse ensejo, transponho esta resistência e sobrevivência ao divisor de águas entre o ensino presencial e a erupção do ensino remoto.

Em contraponto, arquitetar narrativas de um lugar institucional, idealizado e concretizado por um visionário, nos colo-

ca em uma posição de “menos desconforto” mas, não isenta de medos, de angústias, de incertezas, de muitas, muitas, urgências e de momentos de sofrer e chorar com o outro. Esta disrupção mostrou-se muito doída e sofrida!

Integrante do corpo docente de uma universidade privada sem fins lucrativos, no decorrer de décadas, a instituição ampliou a visão do seu idealizador. Caminhou e continua percorrendo portas e passagens para se instrumentar ante a ressignificação de paradigmas educacionais, além de avanços tecnológicos que marcam o século XXI. Ser parte deste todo, ter assentido realizar capacitações sobre formação docente, reorientar meu pensar e agir, originou frutos que tenho colhido em muitas etapas.

Desse modo, a universidade nos apresentou, em encontros pedagógicos, oficinas, cursos diversos, eventos, no ensino, pesquisa e extensão, dentre outros espaços educacionais, a importância de internalizar as rápidas mudanças da globalização (BUSS, 2007) e a revolução tecnológica. A rápida mudança decorrente dos efeitos da globalização (mobilidade entre as nações) nos alcançou abruptamente e nos fez protagonistas digitais. Desafiador fazer a gestão deste cenário.

Esta ruptura do mundo presencial para o remoto encontrou-me ministrando conteúdos na graduação e pós-graduação. Ainda que já tivesse uma certa intimidade com aulas em ambientes *on-line*, muitas ferramentas que não faziam parte do meu convívio e nem das minhas habilidades adentraram nos planos de ensino, além da privacidade da minha residência. Este cenário de improviso, do não-lugar, do não-espaco passou a ser debatido em

lives, *webinars* e congressos virtuais; a unicidade do discurso dos docentes era de que tinham perdido, ainda que temporariamente, a gestão de sua vida pessoal, familiar e profissional.

A docência é uma mão dupla; na outra pista, estavam os alunos e alunas enfrentando situações comuns a muitas pessoas em cenário global, porém em contextos singulares. Alguns imersos em adoecimentos, familiares com a Covid-19, internações em setores de cuidados críticos, experiências de um luto atípico, não elaborado. Outros tantos continuaram exercer a profissão na ‘linha de frente’ da Covid, frase recorrente em mídias e redes sociais. Estes e muitos outros aspectos se desdobraram com a propagação do vírus.

A verbalização de angústia; a recorrência de percepção da desesperança; as dores de perdas inesperadas, dos lutos não elaborados, a desmotivação diante do ensino-aprendizado, dificuldades com adoecimento na família, sobrecarga de trabalho passaram a compor o meu “cardápio diário”. Somou-se a este conjunto, o desafio de gerir, também, as massivas demandas que explodiram com a modalidade do trabalho remoto, a exemplo dos cuidados presenciais no âmbito familiar, da execução de tarefas domésticas e do gerenciamento do instável processo e momento.

Este turbilhão de sentimentos e desafios nos impulsionaram a buscar estratégias de superação ante uma sala de aula mediada pelas plataformas digitais, mas recepcionada por vozes ditas em frações de segundo, predominando microfones e câmeras desligados.

As justificativas eram compreensíveis e aceitáveis e, na

maioria das vezes, pautadas nas questões tecnológicas: evitar a sobrecarga de equipamentos, não aumentar a instabilidade da rede de internet, não dispor desses acessórios, dentre outras. No entanto, deixava-me com uma sensação de vazio, de improdutividade, de não pertencimento ao cenário mediado por uma tela sem vida e muda.

O passar dos dias e a internalização de que o conhecido presencial distanciava-se a cada dia de ser efetivado, chegou a superação acompanhada da decisão de investir no aprimoramento, estreitar vínculos, trazer desafios para a sala de aula, redirecionar o pensamento e ações de que, dentro de um distanciamento social e presencial, iniciávamos ao fortalecimento de vínculos, passamos a partilhar nossas histórias de vida.

Ganhamos, todas e todos. Havia um mix de espera e ansiedade, mas de certeza de que seguiríamos, e seguimos.

A Educação em tempos de pandemia: um olhar sobre sujeitos envolvidos no ensinar aprender

A proposta de refletir sobre a experiência na/com a Educação nesses últimos meses constitui um ato bastante desafiador, pois implica rememorar acontecimentos vividos, visitar espaços e contextos, transformar a memória em narrativa. Nas concepções de Benjamin (1997) um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites; funciona como chave para o que veio antes e depois.

Ao refletir e rememorar esses últimos meses, construo

inúmeras possibilidades de caminhos, de sentidos e vou resgatando as experiências que vivenciei e tenho vivido. Ao narrar, vivo outra vez a história dessa experiência, reconstruindo a memória do passado e criando a memória do presente. Por onde iniciar a viagem? Sempre há um ponto inicial, um marco, por onde se deseja começar a viagem. Neste momento, o lugar de onde falo é o de coordenadora pedagógica de uma escola pública no interior do estado de Minas Gerais.

Com a suspensão das aulas presenciais em decorrência da rápida disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV2), nossa rede educacional, atendendo a orientações superiores, recorreu ao ensino remoto para dar continuidade às atividades escolares do ano letivo de 2020. Esta brusca transposição exigiu e exige adaptações rápidas por parte de todos: direção, coordenação pedagógica, professores, alunos, pais e familiares envolvidos.

Nesse sentido, no exercício da supervisão pedagógica – com o propósito de seguir e cumprir as orientações contidas no plano – compreendi que, neste momento, tornava-se fundamental analisar (mesmo que de forma mais superficial), os desafios enfrentados pelos professores, alunos e coordenadores pedagógicos, os envolvidos diretamente no processo.

Diante dos novos desafios, o papel do professor mais uma vez é colocado em questão. Estava preparado para esses desafios? Possuem conhecimentos e habilidades necessários para a elaboração de materiais digitais? E quais são as habilidades necessárias para tal?

São eles que estão à frente e sendo cobrados para que,

da noite para o dia, comecem a construir conteúdos em meios digitais ou para acesso remoto, dando continuidade aos processos de aprendizagem. Eles têm sido pressionados, cobrados e ainda criticados para se reinventar e utilizar as Tecnologias Digitais de Interação e Comunicação (TDIC) de forma integral, promovendo não apenas o aprendizado mas também a interação com a escola (BASTOS; BOSCAROLI, 2020).

Exatamente o que observei e vivenciei nesses últimos tempos, professores que tiveram que se (re)inventar, utilizando-se de plataformas e recursos tecnológicos que não dominavam, ou desconheciam. Com capacitações rápidas, que não permitiam a eles, muitas vezes, a compreensão necessária para utilização destes novos recursos. Cobrança, dedicação e persistência desses educadores preocupados em dar continuidade ao seu trabalho.

Nesse sentido países como Alemanha, Austrália e África do Sul ponderam sobre algumas das competências exigidas para que o professor impulse o uso pedagógico das TDIC: compreender o contexto e a promoção do uso ético e responsável das TDIC; pesquisar, utilizar e manipular ferramentas e conteúdos digitais; desenvolver/estimular e mediar as habilidades dos alunos com as TDIC; compreender a colaboração dessas tecnologias na comunicação, nos processos avaliativos e na gestão da sala de aula; garantir o alinhamento dessas tecnologias com o currículo e com a sala de aula (BASTOS; BOSCAROLI, 2020).

Tais competências são exigidas dos professores sem uma formação inicial que os prepare e o fundamente, sem estrutura e, principalmente, sem uma reflexão ampla. Esses aspectos podem

ser observados e compreendidos nos diversos estudos realizados nos últimos anos e que têm discutido a apropriação do professor em relação às tecnologias. O que vem sendo percebido é exatamente o distanciamento do professor em relação a essas tecnologias e, principalmente, a subutilização desses recursos ou até mesmo mau uso. Tudo isso em função de formações ineficientes ou inexistentes, bem como práticas acríticas e descontextualizadas.

Dentro do contexto educacional, nas discussões em relação ao professor, de um modo geral, sua formação é compreendida como um processo contínuo pelo qual se instrui, adquire conhecimentos que estão em permanente articulação com sua prática e que permitem reflexões sobre a sua experiência. Por isso, já afirmava Nóvoa (1995), que a formação desse profissional não iria se construir somente pela acumulação de cursos, técnicas ou conhecimentos, mas principalmente, pela reflexão crítica de suas práticas e reconstrução permanente de sua identidade. Tem sido possível ao professor refletir sobre sua prática nesse momento?

Kramer (1995), ao problematizar a formação de professores em serviço afirma que, a necessidade de introduzir rapidamente certas inovações no contexto da escola tem levado à criação de pacotes de formação com efeito multiplicador ou de repasse que tem obrigado o professor a aprender um número grande de informações novas em muito pouco tempo

Ainda de acordo com a autora, esse tipo de formação em serviço pode trazer consequências variadas para a prática do professor, há por exemplo, a comum atitude de ‘entrou por um

ouvido e saiu pelo outro’ em relação ao que é apresentado nos cursinhos, na medida em que não é estabelecida uma ponte com a prática do professor. [...]” (KRAMER, 1995, p. 89-90).

Nesse sentido, não é dado ao professor espaço para que ele possa aprofundar os novos conteúdos nem pensá-los em seu cotidiano, não alcançando efetivamente sua prática pedagógica. Certamente eles só irão utilizar as tecnologias de forma significativa quando tiverem uma formação e uma prática que lhes permita um amadurecimento, sobre o tema, garantindo um trabalho seguro, além de possibilitar a ele perceber as suas vantagens ou limitações. Esta compreensão é fortalecida por Costa e Mattos (2016) em coletânea que traduz relatos de professores sobre a utilização das tecnologias em cenários das salas de aulas.

Dessa forma, sua formação não poderá restringir-se apenas a treinamentos aligeirados, mas permanentes, possibilitando-o uma relação constante entre a prática e os momentos de reflexão sobre as experiências, permitindo que possa incorporar, de fato, ao seu fazer pedagógico os novos conhecimentos adquiridos.

Muitos tiveram dificuldades, resistiram o máximo que puderam. Tiveram que repensar suas práticas, sua relação com os alunos, sua didática, seu o tempo na sala de aula – que agora é virtual – e suas formas de avaliação. Tiveram que desconstruir e reconstruir seu olhar para o processo com seus alunos.

O aluno, como pude observar nesse período, parece caminhar em outra direção. Nossos alunos são caracterizados como Geração Z. De acordo com Toledo, Albuquerque e Magalhães (2020), esta geração (provavelmente nascidas entre 1990 e 2010)

é constituída de indivíduos conectados à dispositivos eletrônicos. O Z refere-se ao “zapear”, isto é, a troca de canais da TV de forma rápida. Significa fazer alguma coisa rapidamente. Sendo assim as principais características dessa geração diz respeito ao domínio, intimidade e compreensão da tecnologia.

Os discentes, sujeitos dessa geração e reconhecidos como falantes nativos dessa linguagem digital, das mídias, das redes sociais; são emergidos deste mundo digital. Como se posicionam diante da emergência do ensino remoto? Que desafios enfrentam?

Sabe-se que esta Geração Z vem demonstrando uma resistência ao modelo educacional atual. Na perspectiva desses alunos, a escola não tem-se constituído em um espaço estimulante o suficiente para atraí-los, o que tem exigido por parte das instituições a necessidade de novas práticas alicerçadas às necessidades dessa geração, que ocupam sobretudo as classes do Ensino Fundamental II e Ensino Médio. Já não basta intercalar conteúdos e exercícios para atrair o interesse desses jovens, há que se compreender que a tecnologia deve ser a principal aliada do docente (BUCKINGHAM, 2010).

Diante de uma pandemia e dos seus desdobramentos, as escolas foram obrigadas utilizar a língua dos seus alunos. O espaço virtual, as redes sociais e os suportes tecnológicos pertencentes a Geração Z passaram a se constituir nas novas ferramentas da escola e dos docentes. Aulas em plataformas como Meet ou zoom, bem como as agora conhecidas *lives*; avaliações *online* em plataformas específicas, a interação mediada por um suporte tecnológico. É possível aprender nesse novo contexto?

É possível ensinar nesse novo suporte? O que avaliar? Quais relações têm sido estabelecidas entre docente e discente no ensino remoto?

O que narram os discentes?

Este conjunto de sentimentos e experiências, em pauta neste item, decorreu da propagação de um vírus iniciado com configuração longínqua, circunscrito à província de Wuhan, na China, como anunciado no início do capítulo (WHO, 2020; GARCIA-FILHO; VIEIRA; SILVA, 2020).

A rápida propagação da doença levou os países recomendarem isolamento social, perdurando com o passar dos meses e as recomendações concentraram-se em medidas de mudanças comportamentais. Em alguns países ocorreu rumores que negavam e subestimavam a gravidade da doença. No entanto, cientistas e órgãos de saúde defendiam e recomendavam o cumprimento das medidas de distanciamento, etiquetas higiênicas, alertavam sobre a incerteza do manejo da doença, desconhecida pela comunidade científica (OMS, 2020).

De modo instantâneo, irromperam sentimentos contraditórios e incompreensíveis na comunidade discente. Nunca tinha sido “tão fácil” e ao mesmo tempo tão desafiador, o exercício da colaboração, durante uma crise, a fim de ajudar a salvar vidas. “Fique em casa”! Esta foi uma das frases mais reforçadas neste cenário atípico de tantas incertezas e desmotivações. Mas, será que foi possível seguir colaborando? Como terá sido para mentes jovens e confrontadoras modificarem todo um *script* de rotinas

e saírem da zona de conforto para se readaptar ao nunca vivido?

O desenrolar da veloz disseminação e propagação entre as pessoas, em muitos países ganhava visibilidade e voz nas mentes, expressões, reações e contextos. A gravidade dos sintomas e letalidade crescente, auferiu força em meio ao descrédito de uma população mergulhada no negacionismo e no ideário de que o Sars-Cov-2 ficaria contido no continente Asiático. Instalam-se descuidos diários e explodem os números de casos, a disseminação entre os continentes, a emergência sanitária e um panorama nunca imaginado por nós, geração dos anos 2000 (OMS, 2020; CNN BRASIL, 2020).

Quanta ingenuidade! Um dos ganhos da globalização é a facilidade que os povos cruzam nações motivados por múltiplos objetivos. Mas a moeda tem dois lados e a globalização também trouxe desigualdades, impactos na economia, doenças (BUSS, 2007).

E nesse contexto, nós, discentes, desaceleramos e paralisamos para indagar quais foram as principais barreiras vencidas e enfrentadas até aqui? De que modo vamos superar os desafios que ainda estão por vir? Os discentes tiveram que se adaptar e se reinventar diante de realidade pandêmica. O *study at home*, outro slogan disseminado e imposto pela Covid-19, aguçou o olhar para se identificar o *at home* como uma pista com obstáculos em série.

A casa foi idealizada para ser acolhedora, convidativa e aconchegante. Estas características tão apreciadas se transformaram em barreiras a efetivação do *study at home* porque, como a velocidade irreal nas tramas dos super-heróis, despontaram

gatilhos procrastinadores que ocasionaram a perda do foco, deixando-se de perceber aquele cenário doméstico, agora designado também, como ambiente de ensino e aprendizado.

Aliado a isso, o contexto pandêmico exigiu a capacidade de adaptação por parte dos discentes para uma forma de educação pouco explorada ou até mesmo inexplorada por muitos sistemas educacionais, em que o uso de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) associado ao processo de ensino e aprendizagem não fazia parte do cotidiano de muitos estudantes de forma tão “dramática” quanto nos últimos meses.

No entanto, como consequência dessa mudança de paradigma, tornou-se mais evidente as assimetrias pré-existentes no que diz respeito ao acesso às TICs por parte dos discentes, influenciando diretamente o processo de ensino e aprendizagem (SENHORAS, 2020).

Subitamente proliferam (como a Covid-19) a ideia veiculada a todo momento de que as pessoas aproveitassem o tempo no lar para se dedicar a concretizar as atividades dos sonhos que a vida “lá fora” não as permitiam realizar. A pandemia do “tempo livre” enraizou a sensação de que nunca tivemos tanto tempo livre, talvez tenha sido uma das maiores falácias da quarentena no cotidiano estudantil.

As responsabilidades e os deveres não deixaram de existir. Adaptaram-se, coexistiram e ampliaram de forma brutal. A sensação do tempo livre foi sufocada pela realidade traduzida em falas como: não tenho mais tempo para nada! Atropelados com demandas não usuais, num cenário diferente, amedrontador.

As indagações, desmotivações e inseguranças transcendiram um amálgama de emoções e sensações que fugiram e fogem do controle com o passar dos dias e meses. Eclodiram momentos de ansiedade, aumento do nível de tensão que atingiu em cheio a capacidade produtiva e o controle emocional. A forma instantânea em que a quarentena foi instalada, possivelmente, explique o porquê se adaptar ao novo é árduo, sem que haja um desmame gradual, como feito com o lactente em seu período de amamentação exclusiva.

Considerações inconclusivas

Como tecer, a atividade de ensino e aprendizagem requer conhecimento, esforço, técnica e paciências. Às vezes, é necessário desfazer e refazer uma trama, para dar o arremate. Em outras, pontas soltas escapam, fios de possibilidades.

Num contexto intempestivo, houve esforço sincero dos gestores, professores e estudantes, a fim de alcançar algum equilíbrio em meio às incertezas. Avançamos rumo a um futuro pouco discernível, mas familiarizados com certas estratégias e com a certeza de que houve perdas, naturais em todo processo de mudança e adaptação.

As fragilidades reveladas por esse contexto corroboram com as velhas desigualdades conhecidas por todos, mas agora acentuadas pela pandemia. É certo que estamos todos na mesma tempestade, mas em condições diversas e especialmente adversas para cada um. Acesso a recursos tecnológicos, ambientes propícios ao estudo e estratégias organizadas de rotina são pontos que

surgem nas várias esferas aqui abordadas.

Cada uma levará consigo as marcas desta experiência, deste tempo, no tecido da alma. É preciso um distanciamento histórico e emocional para que se possa julgar o que foi adequado ou não para o contexto. O que nos resta fazer agora é alimentar com linha a agulha e, mesmo que acertando um dedo ou outro no movimento, seguir. Se o local do ensino, em geral, é percebido nas estruturas físicas da escola, a aprendizagem, por sua vez, ocorre em todos os espaços e tempos!

Referências

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. Tradução: Maria Ermantina Galvão Gomes e Pereira. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. Tradução: Michel Lahud e Yara Frateschi. São Paulo: Hucitec, 1999.

BARROS, D. M. V. **Educação a distância e o universo do trabalho**. Bauru: EUDSC, 2003.

BASTOS, T. B. M. C.; BOSCARIOLI, C. Os professores do ensino básico e as tecnologias digitais: uma reflexão emergente e necessária em tempos de pandemia. **Horizontes**, 2020. Disponível em: <http://horizontes.sbc.org.br/index.php/2020/04/professores-do-ensino-basico-e-as-tecnologias-digitais/>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política** - ensaios sobre literatura e história da cultura. Obras Escolhidas. Tradução: Sérgio Paulo Rouanet. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BERG, J.; VESTENA, C. L. B.; COSTA-LOBO, C. Criatividade e Autonomia em Tempo de Pandemia: Ensaio Teórico a partir da Pedagogia Social. **Rev. Int. Educ. Just. Soc.**, v. 9, n. 3, p. 1-13, 19 maio 2020. Disponível em: <https://revistas.uam.es/riej/s/article/view/12180>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 08 ago. 2020.

BUCKINGHAM, D. Cultura Digital, Educação Midiática e o Lugar da Escolarização. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 37-58, set./dez., 2010. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acesso em: 05 ago. 2020.

BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1575-1589, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000600019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 ago. 2020.

CALVINO, I. **Palomar**. Tradução: Ivo Barroso. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

COSTA, C. S.; MATTOS, F. R. P. (orgs.). **Tecnologia na sala de aula em relatos de professores**. Curitiba: CRV, 2016. 202 p. (Série: Recursos Didáticos Multidisciplinares, v. 1).

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARCIA FILHO, C.; VIEIRA, L. J. E. S.; SILVA, R. M. Buscas na internet sobre medidas de enfrentamento à COVID-19 no Brasil: descrição de pesquisas realizadas nos primeiros 100 dias de 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 1-6, 08 jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000300700#aff1. Acesso em: 05 ago. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO ESTADO DO CEARÁ. **Caracterização Territorial**: meio ambiente. Meio Ambiente. 2007. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/12.htm>. Acesso em: 08 ago. 2020.

KRAMER, S. **Alfabetização, leitura e escrita**: formação de professores em curso. Rio de Janeiro: Edições Papéis e Cópias da Escola de Professores, 1995.

MACEDO, L. de. Prefácio à edição brasileira. *In*: PERRENOUD, P. **Ensinar**: agir na urgência, decidir na incerteza. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p. v-ix.

NÓVOA, A. **Vidas de Professores**. 2. ed. Porto: Porto Editora, 1995.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Relatório de Monitoramento Global da Educação 2019**: migração, descolamento e educação; construir pontes, não muros, resumo. Brasília: UNESCO, 2018. Disponível em: <https://www.gcedclearinghouse.org/sites/default/files/resources/190008por.pdf>. Acesso em: 05 de ago. 2020.

OMS cobra de jovens respeito a isolamento: ‘você não são invencíveis’. **CNN Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/03/20/oms-cobra-de-jovens-respeito-a-isolamento-voces-nao-sao-invenciveis>. Acesso em: 08 ago. 2020.

PERRENOUD, P. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. 208 p.

SENHORAS, E. M. (ed.). Coronavírus e Educação: Análise dos impactos assimétricos. **Boletim de Conjuntura (boca)**, Boa Vista, v. 2, n. 5, p. 128-136, 14 maio 2020. Disponível em: <https://zenodo.org/record/3828085#.XxBddlVKjIU>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SOUZA, S. J.; KRAMER, S. (org.). **Política, cidade, educação: itinerários de Walter Benjamin**. Rio de Janeiro: Contraponto. Ed. PUC-Rio, 2009.

TOLEDO, P. B. F.; ALBUQUERQUE, R. A. F.; MAGALHÃES, Á. R. **O comportamento da geração Z e a influência nas atitudes dos professores**. IX SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão de Tecnologia, 2012. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/38516548.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

UNITED NATIONS ORGANIZATION. **World social report 2020: Inequality in a rapidly changing world**. United Nations: Department of Economic and Social Affairs, 2020. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/dspd/world-social-report/2020-2.html>. Acesso em: 05 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Q&A on coronaviruses (COVID-19)**. Geneva: World Health Organization, 2020.
Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-acoronaviruses> Acesso em: 06 abr. 2020.

Sobre os autores

Adriana Rolim Campos

Farmacêutica, Pós Doutora em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará, docente titular do curso de Farmácia e dos programas de pós-graduação em Biotecnologia, Ciências Médicas e Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Aline Veras Moraes Brilhante

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Pós-Doutora em Ciências Humanas pela Universidad Rey Juan Carlos, Espanha. Professora do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Amanda de Moura Souza

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão. Mestre e Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Ana Carolina Bezerra Ribeiro

Graduanda em Odontologia pela Faculdade Integral Diferencial de Teresina, Piauí.

Ana Maria Fontenelle Catrib

Graduada em Pedagogia pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas e Pós-doutora em Tecnologias e Serviços de Saúde pela Universidade do Porto, Portugal. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Ana Neiline Cavalcante

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário INTA, Sobral, Ceará.

Ana Paula Vasconcellos Abdon

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Biotecnologia pela Universidade Estadual do Ceará. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Ana Paula Antero Lôbo

Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Andreia Paula de Oliveira Aguiar

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Gestão e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Anna Paula Prado Pontes Moura e Silva

Graduada em Enfermagem. Especialista em Auditoria e Gerenciamento de Saúde Pública e Privada do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).

Antonio Germane Alves Pinto

Graduado em Enfermagem. Doutor em Saúde Coletiva (UECE). Professor Adjunto da Universidade Regional do Cariri (URCA). Docente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem (URCA); Mestrado/Doutorado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) e Mestrado Profissional Ensino na Saúde (UECE).

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Pós-Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Átila Chagas de Araújo

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí. Mestre em Saúde Coletiva do Mestrado Interinstitucional Universidade de Fortaleza e o Instituto de Educação Superior Raimundo Sá.

Brenda Pinheiro Evangelista

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS). Mestranda em Enfermagem e Promoção da Saúde na Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Docência e UTI Pediátrica. Pós-graduada em Urgência e Emergência no Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS).

Breno Pinheiro Evangelista

Graduando em Farmácia pela Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP).

Camila Lima Ribeiro

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Mestranda em saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Quixeramobim-UNIQ. Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade de Fortaleza.

Carlos Garcia Filho

Graduado em Medicina pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Supervisor assistente do Setor Médico da Justiça Federal de Primeiro Grau no Ceará, professor do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza e professor do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Cesar Luiz Silva Junior

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Assistente de Pesquisa no Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e Apoio Institucional à Gestão da Saúde Bucal na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Clayre Anne de Araújo Alencar

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Enfermeira do Instituto Dr. José Frota, Prefeitura Municipal de Fortaleza, Ceará.

Cristiane Ribeiro dos Santos Farias

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Católica Rainha do Sertão. Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Especialista em Gestão da Clínica na Regiões de Saúde pelo Instituto Sírio Libanês de Pesquisa.

Christina César Praça Brasil

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla das Instituições Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza. Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Cynthia Maria Santiago Ribeiro

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí. Especialista em Biologia pela Universidade Salgueiro de Oliveira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Integrada de Jacarepaguá. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Gama Filho. Especialista em Regulação em Saúde no SUS pelo Hospital Sírio-Libanês.

Darliane Kelly Barroso de Sousa

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Fernando Daniel de Oliveira Mayorga

Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Economia Rural pela Universidade Federal do Ceará. Doutorado em Estudos de Terras Áridas na Universidade do Arizona-EUA. Professor da Graduação e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará.

Geisy Lanne Muniz Luna

Graduada em Enfermagem pela Universidade Vale do Acaraú. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Enfermagem Forense pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense. Coordenadora Pedagógica da Residência Uni/Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Geison Vasconcelos Lira

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará. Professor-Adjunto do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral.

Girliani Silva de Sousa

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora Adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

Giselly Cristine Sousa Rocha

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Fametro. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Quixeramobim-UNIQ.

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza. Coordenadora do serviço de auditoria vinculado ao Setor de Contratualização e Regulação, do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC).

Hedyeny Pereira dos Santos

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Quixeramobim-UNIQ.

Igho Leonardo do Nascimento Carvalho

Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Ensino Superior de Floriano. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professor da Universidade Federal do Piauí.

Ildernandes Vieira Alves

Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Vale do Salgado. Mestre e Doutorando em Ciência Biológicas: Fisiologia e Farmacologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Ilana Nogueira Bezerra

Graduada em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Coletiva na área de Epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de

Janeiro. Doutora em Ciências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Estágio de doutoramento em Food Survey Research Group - United States Department of Agriculture. Pesquisadora e professora adjunta do Curso de Graduação em Nutrição, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Isabelle Cerqueira Sousa

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Educação Especial pela Universidade Estadual do Ceará. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Janaína de Almeida Prado

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú.

João Paulo Xavier Silva

Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (Unileão) e Universidade Sapienza de Roma (graduação sanduíche), Mestre em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA), Doutorando em Cuidados Clínicos na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS) e do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (Unileão).

José Jackson Coelho Sampaio

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Titular em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Josué Barros Júnior

Graduado em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria de Cajazeiras. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Professor do Centro Universitário Vale do Salgado.

Kerma Márcia de Freitas

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado.

Larissa Adeodato Galvão

Graduada em Odontologia pela Universidade de Fortaleza.

Lia Sara dos Santos Muniz

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza.

Liana Maria Moreno Moreira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza.

Lucianna Leite Pequeno

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza. Cirurgiã-Dentista, Centro de Especialidades Odontológicas Joaquim Távora, Fortaleza, Ceará.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Católica de Salvador e em Administração de Empresas pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Enfermagem Comunitária pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem pela Universidade

Federal do Ceará. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação do Instituto em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora Titular da Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Marcos Aguiar Ribeiro

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo.

Maria do Socorro Melo Carneiro

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza.

Neide Sheyla de Melo Araújo

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Alagoas. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Paula Michelle Vieira de Andrade

Graduada em Pedagogia pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestre em Educação pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Chefe de Convênios da Prefeitura Municipal de Barbacena, Minas Gerais.

Paulo Leonardo Ponte Marques

Graduado em Odontologia pela Universidade de Fortaleza. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professor do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza.

Phalloma Mercia Lima Albuquerque

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Raimunda Magalhães da Silva

Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora Titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Robson Ramos

Licenciado em Letras - Língua Portuguesa e respectivas Literaturas pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Linguística Aplicada pelo Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade Estadual do Ceará.

Rosane Sales Lima

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Samuel da Silva Nobre

Graduando em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza.

Silvana Souza Ferreira Pacheco da Cunha

Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Suellyne Rodrigues de Moraes

Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Mestre em Nutrição e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Professora substituta na Universidade Estadual do Ceará.

Tainah Brandão Ribeiro

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade de Fortaleza. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Tamara Braga Sales

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA. Mestre em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará.

Thaís Meirelles de Vasconcelos

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Ciências Nutricionais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Verônica Maria da Silva Mitros

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira da Atenção Básica do município de Itarema, Ceará.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às instituições que contribuíram para a consolidação desta coletânea: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; Universidade de Fortaleza – Unifor e Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Estendemos os agradecimentos aos pesquisadores e às pesquisadoras que compartilharam horas preciosas investidas na produção de conhecimentos sobre a diversidade de “artefatos” que movem a gestão no setor saúde ante os desafios locais, mas de alcance global e que reverberam na saúde das populações; aos participantes das pesquisas que se dispuseram em contribuir na realização desses estudos empíricos que resultaram nesta obra.

Somos gratos, também, a todos e todas que de modo singular colaboraram com este e-book que tem o propósito de ampliar a interlocução entre o ensino, a pesquisa e extensão, centrado na atenção/gestão do setor saúde. Integram esta tríade os profissionais, docentes, estudantes, usuários e a sociedade civil organizada. E por fim, dedicamos esta coletânea a sociedade cearense que destaca-se no reconhecimento da grandiosidade do SUS e almeja um SUS, cada vez mais, equânime e resolutivo. Aos leitores e leitoras, deleitem-se em leituras que direcionam aos artefatos da gestão frente aos desafios locais e globais na saúde das populações. Mãos a obra!

