


Maria Salete Bessa Jorge
Indara Cavalcante Bezerra
Ilse Maria Tigre Arruda Leitão



**PESQUISAS EM SAÚDE NO
CONTEXTO DO CUIDADO, REDES DE
ATENÇÃO, FLUXOS E AVALIAÇÃO:**
multiplicidade de olhares

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Maria Salete Bessa Jorge
Indara Cavalcante Bezerra
Ilse Maria Tigre Arruda Leitão

PESQUISAS EM SAÚDE NO CONTEXTO DO CUIDADO, REDES DE ATENÇÃO, FLUXOS E AVALIAÇÃO:

multiplicidade de olhares

1ª Edição
Fortaleza - CE
2017



PESQUISAS EM SAÚDE NO CONTEXTO DO CUIDADO, REDES DE ATENÇÃO, FLUXOS E AVALIAÇÃO: MULTIPLICIDADE DE OLHARES

© 2017 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge, Indara Cavalcante Bezerra e Ilse Maria Tigre Arruda Leitão

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Lorna Etiene Castelo Branco Reis

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

B557p

Bessa, Maria Salete

Pesquisas em saúde no contexto do cuidado, redes de atenção, fluxos e avaliação: multiplicidade de olhares / Maria Salete Bessa, Jorge Indara Cavalcante Bezerra, Ilse Maria Tigre Arruda Leitão. - Fortaleza: EdUECE, 2017.

503 p. : il.
ISBN: 978-85-7826-585-4

1. Pesquisa em saúde. 2. Atenção em saúde. 3. Informação - Saúde. I. Bezerra, Jorge Indara Cavalcante. II. Leitão, Ilse Maria Tigre Arruda.

CDD: 610

Prefácio

O presente estudo foi construído com o intuito de contribuir para a discussão sobre o cuidado em saúde bem como nortear as práticas cotidianas nos serviços. Desse modo, ao longo do livro, os autores buscaram articular os seus objetos de estudo com as práticas, fomentando uma integração entre saber e fazer.

Além disso, os autores apresentam suas discussões a partir de um olhar ampliado sobre o usuário dos serviços em saúde, abrangendo também as experiências desses sujeitos que buscam o cuidado, afastando-se assim de uma compreensão reduzida desse usuário. Desse modo, compreende-se que esse cuidado deve ser ofertado a um sujeito integrado.

Para uma compreensão ampla do usuário do serviço em saúde, faz-se necessário uma multiplicidade de olhares sobre o fenômeno do cuidado em saúde, desse modo ao longo do livro é perceptível essa diversidade na abordagem dos problemas em saúde bem como nas discussões que norteiam o cuidado.

Desse modo, o leitor ao debruçar-se sobre o livro, compreenderá a importância da interdisciplinaridade no campo da saúde, uma vez que o fenômeno é bastante complexo e, portanto, necessita do compartilhamento e articulação de diferentes saberes e práticas.

Nesse sentido, os capítulos abordam temas importantes. Na parte 1 do livro, os autores abordam a rede de atenção em saúde, bem como as instituições e os serviços. Nesse primeiro momento, são discutidos os processos de trabalho em saúde bem como aspectos institucionais na perspectiva na integralidade do cuidado.

Na segunda parte, o cuidado aos sujeitos com doenças crônicas. Os autores norteiam como esse cuidado pode ser realizado no âmbito da oferta de um cuidado integrado, para tal são abordadas questões relacionadas à adesão ao tratamento bem com a qualidade de sono de pessoas com doenças crônicas.

A terceira parte convida o leitor a refletir sobre questões relevantes no âmbito da saúde. Desse modo, são abordados em assuntos como o avanço da AIDS entre os jovens, aspectos relacionados ao envelhecimento, uma discussão sobre aborto, questões relacionadas a avaliação e economia em saúde.

Desse modo, o livro ao reunir um vasto material com diferentes discussões que perpassam o cuidado integrado oferece ao leitor um olhar mais ampliado sobre os fenômenos que envolvem o cuidado em saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO | 11

Indara Cavalcante Bezerra

Maria Salete Bessa Jorge

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

PARTE I

ESPAÇOS DE SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A REDE, AS INSTITUIÇÕES E OS SERVIÇOS.

CAPÍTULO 1 | 17

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS INTERFACES: processos de trabalho, atenção primária à saúde e produção do cuidado integral.

Carlos Bruno Silveira

Maria Salete Bessa Jorge

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

CAPÍTULO 2 | 45

A CONSTRUÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO ESTADO DO CEARÁ: um caminho para a ampliação da integralidade.

Antonia Alizandra Gomes dos Santos Rodrigues

Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 3 | 61

PROCESSO DE TRABALHO, CORRESPONSABILIZAÇÃO E CULTURA ORGANIZACIONAL DO NASF: uma discussão para superar de desafios.

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 4 | 81

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: abordagens, conceitos e reflexões

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 5 | 116

AMBIÊNCIA COMO FATOR ESTRUTURANTE PARA HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Richel Bruno Oliveira Castelo Branco

José Jackson Coelho Sampaio

CAPÍTULO 6 | 143

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL E A UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS EM SAÚDE

Radmila Alves Alencar Viana

Francisco José Maia Pinto

PARTE II

DOENÇAS CRÔNICAS: OS DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE.

CAPÍTULO 7 | 171

DETERMINANTES DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: uma revisão integrativa.

Luana Rodrigues Sarmentu

Larissa Alves Alexandre Moliterno

Lívia Cristina Barros Barreto

Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes

CAPÍTULO 8 | 189

CONTRIBUIÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS NA QUALIDADE DE SONO EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: uma revisão integrativa.

Edyla M. P. F. Camelo

Paula Frassinetti Camurça Castelo Branco

CAPÍTULO 9 | 204

PREVALÊNCIA DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NUMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO.

Larissa Alves Alexandre Moliterno

Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes

CAPÍTULO 10 | 234

QUESTIONÁRIOS VALIDADOS PARA MENSURAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: uma revisão integrativa

Dafne Lopes Salles

Thereza Maria Magalhães Moreira

CAPÍTULO 11 | 249

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO JUNTO A PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Joyce O. Matos

Lucimar B. Barbosa

Andrea Caprara

CAPÍTULO 12 | 267

A ABORDAGEM TEATRAL DE AUGUSTO BOAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: poéticas e políticas do teatro do oprimido na saúde.

Emanuella C. Joca

Maria Rocineide F. da Silva

PARTE III.

ESTUDOS DIVERSOS NO CONTEXTO DA SAÚDE: UM CONVITE À REFLEXÃO

CAPÍTULO 13 | 299

POR QUE A AIDS AVANÇA ENTRE OS JOVENS? Provocações para uma pesquisa.

Diego da Silva Medeiros

Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 14 | 325

ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO E A RELAÇÃO COM A SÍNDROME DA FRAGILIDADE.

Cíntia Lira Borges Pedrosa

José Wellington de Oliveira

CAPÍTULO 15 | 359

ABORTOS INSEGUROS: uma análise da produção científica no Brasil.

Katherine Jerônimo Lima

Francisco Jose Maia Pinto

Ana Carolina Oliveira e Silva;

Fátima Café Ribeiro dos Santos

Fiama Kecia Silveira Têofilo

Glaucilândia Pereira Nunes

CAPÍTULO 16 | 385

O DESAFIO DA REPRESENTATIVIDADE NOS CONSELHOS DE SAÚDE: um estudo de revisão integrativa da literatura

Jamine Borges Morais

Maria Salete Bessa Jorge

Indara Cavalcante Bezerra

CAPÍTULO 17 | 406

CUSTOS, IMPACTO E AVALIAÇÃO ECONOMICA DA DENGUE: uma revisão integrativa.

Sonia Samara Fonseca de Moraes

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

CAPÍTULO 18 | 429

INDICADORES DE MORTALIDADE INFANTIL.

Ana Carolina Oliveira e Silva

Daniella Barbosa Campos

Katherine Jerônimo Lima

Ana Valeska Siebra e Silva

CAPÍTULO 19 | 459

CUIDADOS E SAÚDE PRIMÁRIOS: governança e inovação em saúde em Portugal

Pedro L Ferreira

Vitor Raposo

Patrícia Ferreira Antunes

PÓS-FACIO | 493

AUTORES COLABORADORES | 495

INTRODUÇÃO

A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO NA SAÚDE COLETIVA: um campo em ebulição

Maria Salete Bessa Jorge

Indara Cavalcante Bezerra

Ilse Maria Tigre Arruda Leitão

Os envolvidos com o processo de ensino e aprendizagem na pós-graduação devem assumir o compromisso de pesquisar objetos coerentes, demandados pelo enfrentamento da realidade social cotidiana e cujos resultados e se ‘voltem’ para a sociedade de forma responsável, ética e eficiente, em prol da melhoria do coletivo.

Desafios da sociedade contemporânea e da sociedade brasileira, em especial, têm demandado maior aprofundamento do conhecimento sobre a importância das pesquisas em saúde coletiva para desenvolvimento de políticas públicas e sobre como sinergias entre políticas econômicas e sanitária podem configurar estratégias exitosas para o alcance de resultados positivos nas ações de saúde.

Comprometidas com este propósito, as organizadoras deste livro, apresentam por meio de 18 capítulos, pesquisas recentes realizadas pelos discentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC-UECE) e conduzidas em parceria com

o Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), também vinculado à UECE e cuja experiência em pesquisas vem sendo acumulada ao longo de vários anos, comprovada pela extensa produção científica em conceituados periódicos pertencentes às áreas de saúde mental, saúde coletiva e enfermagem.

As multiplicidades a que os autores se reportam ultrapassam a visão superficial que se poderia ter acerca do cotidiano da produção científica da Saúde Coletiva. Os textos são críticos, bem escritos e abordam objetos essenciais.

O livro está dividido em três partes, no intuito de agrupar assuntos afins em temáticas mais gerais. A primeira parte aborda “Espaços de Saúde: Um Olhar sobre a Rede, as Instituições e os Serviços”, a qual aborda uma discussão teórica sobre as redes de atenção saúde suas interfaces com a Atenção Primária à Saúde, com os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), com as redes de Urgência e Emergência e a rede Hospitalar, além de avançar para temáticas como Sistemas de Informação na saúde e Violência Institucional com ênfase nas e tensões que permeiam a cultura organizacional e práticas institucionalizantes dos serviços. Nesse sentido, buca-se *a noção de Rede Viva como modo de produção das conexões existenciais de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos, que opera como agenciador dos encontros entre os vários que pertencem ao mundo do trabalho em saúde e dispara a atualização das relações de poder no campo do agir em saúde [...] (MERHY et al., 2014).*

A segunda parte traz reflexões sobre “Doenças Crônicas: Os Desafios do Cuidado Em Saúde”, partindo do pressuposto de que *o cuidado deve fazer sentido para as pessoas,*

tornando-se imprescindível a aproximação de saberes profissionais e populares para um diálogo em busca de um cuidado satisfatório (BUDÓ, 2016). Nesse sentido circulam objetos de pesquisas relacionados às doenças crônicas renais, cardíacas, diabetes e o sofrimento mental, diante de uma perspectiva de enfrentamento e cuidado contínuo acerca desses agravos.

Nos “Estudos Diversos no Contexto da Saúde: Um Convite À Reflexão” entram em cena na terceira e derradeira parte do livro com capítulos que versam temáticas desafiadoras, polêmicas e recorrentes no campo da saúde, como o aumento da infecção por HIV na população jovem, o aborto, o impacto da dengue, a mortalidade infantil, o desafio do controle social e da fragilidade relacionada ao envelhecimento da população que está cada vez mais idosa. Segundo De Sousa Porto (2014), *o desafio epistêmico exige a crítica e superação dos aspectos descontextualizadores, reducionistas despolitizantes do conhecimento construído a partir do paradigma hegemônico no campo da saúde e que para questionar esse paradigma devemos nos aproximar de abordagens emancipatórias [...] que identicam a necessidade premente de questionarmos as fronteiras entre o conhecimento científico e o saber dos povos e comunidades vulnerabilizados.*

O PPSAC tem orientado suas atividades para a formação em Saúde Coletiva, a partir do desenvolvimento de pesquisas e integração entre atividades e demandas regionais, mantendo a perspectiva da produção universal do conhecimento. Os aspectos mais centrais referentes à sua consolidação envolvem desde o processo seletivo dos alunos à atuação dos egressos, além da estruturação e organização do programa quanto a integração da graduação e pós-gra-

duação, ao processo de qualificação docente e de formação e intercâmbio dos discentes (parceria com outros programas nacionais e internacionais).

Os projetos, teses e dissertações do PPSAC têm seu resultados disseminados através da publicação artigos, livros e eventos científicos de grande importância na comunidade, à exemplo da presente obra, voltados para subsidiar a formação em saúde coletiva e transformar as práticas desenvolvidas nos serviços.

A discussão sobre o uso dos resultados das pesquisas em saúde configura-se como dimensão explicativa para diferentes graus de desenvolvimento das organizações e implementação de assistência à saúde de qualidade, dado que as provocações e seus achados e desenvolvimento de tecnologias e inovações podem gerar diferenciações no modelo de gestão e ocasionar processos de mudança social.

Trata-se, pois, de uma leitura rica para gestores, pesquisadores, docente, discentes e profissionais de saúde, onde a análise crítica dos pesquisadores sobre os fenômenos estudados, traduzem a possibilidade de repensar o 'fazer' em saúde.

Com efeito, os conteúdos aludidos nesta coletânea ebulem em novos conhecimentos que trazem à tona reflexões substanciais sobre temáticas recorrentes enfrentadas no universo empírico, fundamentadas nas pesquisas desenvolvidas pelos discentes e seus professores. Os pressupostos das investigações incidem sobre uma realidade complexa que envolve instituições, pessoas, desafios, retrocessos e avanços vivenciados no campo da saúde.

No tracejar da leitura, busca-se compartilhar elementos significativos desvelados pelas pesquisas e que podem fomentar a evolução de processos sociais emancipatórios e transformadores da realidade.

Referências

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. Cuidado sociocultural na cronicidade: em busca de um cuidado que faça sentido. 2016.

DE SOUZA PORTO, Marcelo Firpo; FERREIRA DA ROCHA, Diogo; FINAMORE, Renan. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, 2014.

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divul Saúde Debate**, v. 52, p. 153-64, 2014.

PARTE I

ESPAÇOS DE SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A REDE, AS INSTITUIÇÕES E OS SERVIÇOS

CAPÍTULO 1

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS INTERFACES: processos de trabalho, atenção primária à saúde e produção do cuidado integral

Carlos Bruno Silveira

Maria Salete Bessa Jorge

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

INTRODUÇÃO

Os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade da atenção, decorrente de uma frágil articulação dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), a gerência da ponta dos serviços e as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais. Daí surge à necessidade de se construir um sistema integral e articulado entre si, que supra as necessidades individuais e subjetivas de cada indivíduo ou coletividade.

Assim, leva-se em consideração o conceito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O funcionamento e a consolidação do SUS apoiam-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher as necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (STARFIELD, 2010).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (OPAS, 2011).

No cenário nacional, em 2012, o papel da APS na ordenação das RAS foi fortalecido pela Política Nacional da Atenção Básica. *“A nova política articula a APS com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde”*. A APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS (BRASIL, 2012, p. 32).

Na organização dos serviços da APS no Brasil, utiliza-se da Estratégia Saúde da Família (ESF), que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

A ESF propõe que a atenção à saúde se centre na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais que nela atuam deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Almeja-se, portanto, um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina. Esse é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade (FERTONANI *et al.* 2015).

Em convergência a este aspecto, o estudo das redes nos serviços de saúde se tornou uma das discussões mais desafiadoras dos tempos atuais. Em primeiro lugar por que é prioridade do Ministério da Saúde a organização dos serviços em redes, tendo lançado as redes prioritárias para sua construção, que estão em pleno processo de efetivação. Em segundo lugar, pela complexidade que o tema alcança, ao supormos que o trabalhador tem altos graus de liberdade no exercício do seu trabalho e, portanto, está apto a realizar as redes com altos graus de singularidade, diferenciando em muito do que foi prescrito pela normatização oficial (FRANCO, 2015).

Desta forma, tem-se como objetivo realizar revisão integrativa do tema das Redes de Atenção à Saúde com foco nos seus processos de trabalho, sua relação com a atenção primária à saúde e a produção do cuidado integral.

A pesquisa foi realizada utilizando-se das bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017, através do entrecruzamento das palavras chaves: Redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Psicossocial; Processos de Trabalho e Cuidado Integral.

Os artigos encontrados foram analisados na íntegra e organizados conforme as categorias a seguir: Enlaces entre atenção primária à saúde, estratégia saúde da família e atenção psicossocial; A rede de atenção à saúde e a (des) organização dos processos de trabalho e Relevâncias para produção do cuidado integral.

As temáticas produzidas, estão destacadas abaixo:

Temática 1- Enlaces entre atenção primária à saúde, estratégia saúde da família e atenção psicossocial.

A fim de esclarecer sobre o tema que será estudado, elencamos o conceito que Starfield (2002) estabeleceu sobre APS e que é referência na literatura nacional e internacional:

A atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em al-

gum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (STARFIELD, 2002, p. 28).

Esse conceito foi criado com base na Declaração de Alma-Ata, em 1978, quando naquele período, a APS foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, em espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, pp. 1).

Desta forma, a APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Assim, umas das características mais relevantes da APS é que ela também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Diante disso, o Brasil vem passando por um importante processo de reforma na APS. Desde o final da década de 1990, a ESF foi assumida pelo governo brasileiro como proposta de reorganização do modelo de atenção em saúde com base na implementação de uma APS fortalecida em seus atributos de porta de entrada preferencial, longitudinalidade, integralidade, centralidade na família, enfoque comunitário e participação social (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Nesse contexto, a tendência de fragmentar a clínica nos diferentes níveis do sistema de saúde, fez com que vários esforços tenham sido realizados pelo governo federal para estimular a qualidade dos serviços de saúde e garantir o acesso dos usuários. A ESF é uma das propostas do Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da APS, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade.

Considera-se ainda que o Pacto pela Saúde em sua dimensão “Pela Vida”, resultado de uma ampla discussão entre *policy-makers* e *stakeholders* dos SUS, assume a ESF como prioritária para o fortalecimento da APS cujo alcance depende, em parte, da qualificação de seus trabalhadores e gestores, dos processos de monitoramento e avaliação permanente, e da organização e da atenção em redes interdependentes e colaborativas entre os pequenos, médios e grandes municípios em territórios regionais (BRASIL, 2006).

Para alguns especialistas, como Mendes (2013), a expansão da APS e sua tradução na ESF foram à opção estratégica mais coerente feita no sistema de saúde brasileiro ao longo de toda sua história. A razão disso está nas evidências que se produziram, nos âmbitos internacional e nacional, sobre a APS em geral e sobre a ESF em particular.

No Brasil, a ESF procura ser flexível às singularidades dos cenários concretos e alargar as potencialidades dos seus diferentes trabalhadores de saúde, buscando, sempre que possível, diminuir a dependência de ações individuais médicas e expandir o enfoque comunitário (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Mendes (2013) faz referência ainda a vários estudos que demonstram a operacionalização da APS por meio da ESF como exitosa e superior aos modelos tradicionais de estruturação da APS. As evidências indicam que a ESF influencia positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros: reduziu a mortalidade infantil e a mortalidade de menores de cinco anos; teve impacto na morbidade; aumentou a satisfação das pessoas com a atenção recebida; teve uma nítida orientação para os mais pobres; melhorou o desempenho do SUS; influiu positivamente em outras políticas públicas como educação e trabalho; e contribuiu para incrementar o interesse internacional pela APS.

Almeida e Santos (2015) também corroboram com essa prerrogativa e alegam que as mudanças no perfil epidemiológico com predomínio das doenças crônicas, a reconhecida fragmentação na prestação do cuidado em saúde, a busca de maior satisfação do usuário e pressões para o desenvolvimento de medidas que produzam relações mais custo-efetivas ao interior dos sistemas de saúde, tornaram ainda mais premente a busca de estratégias que promovam melhor coordenação da APS.

Com isso, cabe destacar que, tanto a ESF quanto a incansável luta de estruturação da Atenção Psicossocial, passam por importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando o foco no modelo de saúde hospitalocêntrico, para um outro, descentralizado e que integra os diversos serviços de saúde.

Ressalta-se assim, algumas singularidades da trajetória da reforma da atenção em saúde mental quando a compa-

ramos com a implantação de outras políticas do SUS. Pois além de incorporar as diretrizes gerais do SUS, realizou, ao mesmo tempo, uma reforma da reforma. Ou seja, junto com a expansão da cobertura, realizou-se uma reforma do paradigma teórico psiquiátrico tradicional que levou a realizar uma extensão do cuidado valendo-se de um modelo de atenção inovador (CAMPOS, 2008).

Desta forma, diante da articulação entre o processo assistencial da ESF e as ações de saúde mental, algumas transformações ocorrem neste formato de atendimento. O usuário, por exemplo, se mantém privilegiando a consulta especializada por um lado, mas reconhecendo a importância da escuta, por outro. Já os profissionais reconhecem que as práticas são processuais por serem modificadas com as experiências vividas no matriciamento a cada dia (PINTO *et al.* 2012).

Assim, a nova política de saúde mental, além da universalização da atenção, cuidou de construir um novo paradigma de conhecimento. Uma evidência dessa singularidade foi o nome modelo de atenção em saúde mental do SUS e que vem resultando na criação e implementação de novos arranjos organizacionais, como são os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências terapêuticas, etc (AMARANTE, 2010).

De início, foi muito forte a perspectiva centrada na determinação do processo saúde e doença. A crítica à biomedicina e ao conceito tradicional de saúde e doença também foi muito forte no movimento. Entretanto, ao organizarem-se os novos serviços (CAPS, centros de convivência, etc.) os profissionais foram obrigados a se socorrer de seus conceitos e modos de fazer clínica ou reabilitação tradicional (CAMPOS, 2008).

Em relação às práticas voltadas para saúde mental na APS, as atividades tendem a ser mais transversais. O enfoque dado aos problemas psíquicos deve permear as demais abordagens programadas para cada grupo populacional, situação de risco ou vulnerabilidade. Na rotina das equipes da ESF, este trabalho é realizado com dinâmicas em sala de espera, nas discussões coletivas e no diálogo individual em cada atendimento (PINTO *et al.* 2012).

No entanto, é importante destacar que a integração permite a resolução de casos na APS, porém evidencia outros que necessitam de atenção especializada. O não reconhecimento dessa necessidade traz à tona a insatisfação dos generalistas. Para eles, a descentralização da saúde mental por meio do apoio matricial fechou a porta de acesso ao CAPS. Assim, pode-se depreender que há tensionamentos e rupturas na articulação em rede, sobretudo no que concerne ao encaminhamento de pessoas ao CAPS. Já os profissionais do CAPS não aceitam a referência direta de um profissional da ESF, sob a justificativa de que existe o apoio matricial, sendo necessária a intercessão do apoiador. Em última análise, esses tensionamentos configuram disputas de poder e protagonismo (HIRDES, 2015).

Pondera-se então que os campos de interação da saúde mental e da APS, mediante o entrosamento de especialistas e generalistas, podem promover novas relações, interações e práticas profissionais. Poderão, também, promover um novo paradigma de saúde pública, que incorpore efetivamente a noção da integralidade do cuidado (HIRDES, 2015). Como também podem promover novos conflitos e outros novos problemas emergirem.

Temática 2- A rede de atenção à saúde e a (des) organização dos processos de trabalho

Para iniciar este tema é importante pensar nas mudanças possíveis em relação ao plano de organização do SUS, especialmente por meio de sua organização em redes de atenção à saúde e do fortalecimento da APS por meio da ESF.

Um dos maiores empecilhos, porém, é que impera nos serviços de saúde um saber técnico-científico que nega o saber popular, as subjetividades, seja nos encontros individuais ou coletivos, levando o sujeito a não questionar. Em tais circunstâncias, toda e qualquer forma de conhecimento dos sujeitos usuários do SUS é menosprezada, assim apenas tem validade o que está posto, a técnica, o científico. Há uma grande dificuldade entre os trabalhadores no sentido de mobilizar e incentivar a população, para juntos pensarem e construir a saúde (SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Esse é um grande desafio, mas que não será fácil de ser superado porque têm profundas raízes econômicas, políticas e culturais que a sustenta. A resposta a esse desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema de saúde, acelerando as mudanças necessárias que levem à conformação de um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas. Ou seja, o SUS deve ser estruturado pela RAS, coordenadas pela APS (MENDES, 2013).

Na concepção de Franco (2015), as redes são algo informe, às vezes invisível, que opera por fluxos, e por isto mesmo tem uma leveza quase sonora, porque acontece sem-

pre entre os que se propõem as conexões, ao encontro. Isto significa que a rede não se forma no polo de uma equipe ou outra, mas na relação, por isto a perspectiva de que acontece no entre é central para compreendermos o quanto é valiosa esta ideia de conexão (FRANCO, 2015).

A proposta de organização em redes de atenção à saúde foi incorporada na legislação do SUS pelo Decreto 7.508/2011 que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde e tem constituído uma prioridade de diversos governos nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Porém, ainda falta garantir maior legitimidade a este importante fato com implantação de estratégia e ferramentas eficazes ao contexto utilizado.

A APS deveria então, ordenar a entrada do usuário no sistema de saúde, identificando demandas e necessidades (individuais e coletivas), devendo a atenção ser coordenada e articulada em rede para proporcionar um cuidado integral. Nesse sentido, é parte da rede de saúde proposta pelo SUS, conectando serviços, saberes e práticas, compondo os espaços territoriais e respectivas populações. Os pontos de conexão devidamente caracterizados pelo fazer cotidiano, envolvem a oferta e demanda de serviços de saúde; o fluxo do atendimento que define a entrada e saída do usuário no sistema; e o sistema de governança operado pelos dirigentes do SUS (ASSIS, 2015).

As redes de atenção à saúde são a resposta adequada à situação de saúde vigente em nosso país e implicam organizar, de forma integrada, sob coordenação da APS, os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e

sistema de informação), os sistemas logísticos (sistema de regulação da atenção, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte em saúde) e o sistema de governança (MENDES, 2013).

Vale ainda dizer que o problema do SUS está numa situação de saúde que combina transição epidemiológica e nutricional acelerada e tripla carga de doença, com forte predomínio relativo de condições crônicas, e uma resposta social estruturada num sistema de atenção à saúde que é fragmentado, que opera de forma episódica e reativa e que se volta, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. O sistema de saúde fragmentado que praticamos não é capaz de responder socialmente, com efetividade, eficiência e qualidade, à situação de saúde vigente (MENDES, 2013).

Nesse sentido, para que as redes de atenção à saúde funcionem efetivamente, necessitam da colaboração e ativa participação de componentes chaves em sua organização: o fator humano e o desenvolvimento do seu processo de trabalho.

O trabalho é a categoria fundamental que nos permite compreender os processos produtivos, o cuidado, a capacidade em produzir autonomia no usuário sobre os seus modos de andar a vida. É pela sua atividade que os trabalhadores produzem as redes, trabalho mediado pelas tecnologias de cuidado e os agenciamentos que atravessam o próprio trabalhador, aquilo que ativa sua vontade em cuidar e o põe em movimento (FRANCO, 2015).

É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inven-

tam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde (BRASIL, 2010).

Falar em redes nos serviços de saúde é pensar os trabalhadores e usuários em ação, seus atos de fala, uns com os outros, a escuta, os gestos e, sobretudo, a vontade. As redes começam onde há desejo ou vontade de cuidar (FRANCO, 2015).

Neste cenário, do trabalho, ocorrem disputas entre interesses de diferentes sujeitos. Assim, para construção de um novo modelo assistencial com potencial para romper com o paradigma da biomedicina, é necessário considerar dois principais aspectos: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários. As diferentes contribuições teóricas sobre o tema em estudo conduzem ao entendimento de que é, a arena de interesses, construídos no cotidiano dos serviços de saúde, que define o desenho assistencial (FERTONANI *et al.* 2015).

E aí se deve levar em consideração a formação de profissionais de saúde, que quando desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, resulta em falta de preparo para lidar com pacientes com distintas características socioculturais, o que constitui um obstáculo ao alcance da longitudinalidade pessoal na ESF (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Conforme o conhecimento se acumula, os profissionais tendem a, cada vez mais, se subespecializar para lidar com o volume de novas informações e administrá-lo. Portanto, em quase todos os países, vemos as profissões da área de saúde ficarem mais fragmentadas, com um crescente estreitamento de interesses e competências e um enfoque sobre enfermidades ou tipos de enfermidades específicas

em vez de sobre a saúde geral das pessoas e comunidades (STARFIELD, 2002).

Como exemplo, a consulta médica, que ainda é uma prática requisitada na gestão das demandas como única resolução. Para usuários e familiares, o atendimento médico significa um caminho para melhoria de sua condição de saúde. Consoante evidenciado, o cuidado operado no cotidiano da ESF se revela nas medidas prescritivas, procedimentos de controle e intervenções programáticas do processo saúde-doença, tais práticas incorporam ainda uma resistência para o atendimento de pessoas com problemas psíquicos (PINTO *et al.* 2012).

O Brasil precisa, de fato, enfrentar os desafios da formação profissional e da distribuição das informações nos territórios, porém, pode fazer movimentos mais contundentes e contra-hegemônicos ao ampliar e fortalecer as atribuições clínicas de profissionais como enfermeiros, expandir equipes de saúde bucal, equipes de apoio matricial, incorporação de terapias complementares para que o cuidado nos territórios seja menos centrado nas doenças e com menor dependência do ato médico (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Se um trabalhador não reconhece que todos os conhecimentos dos membros da equipe são válidos e importantes para produzir o cuidado e que, a resolubilidade ótima, e a integralidade, só se produzem com base nessa multiplicidade, ele não vai conseguir se conectar com outros colegas da equipe, por que vai enxergar sempre uma relação hierárquica entre os mesmos (FRANCO, 2015).

Nesta reflexão, entende-se que o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro entre duas pessoas onde se

estabelece um jogo de expectativas e produções que criam espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. Desta forma, os saberes e modos de operar atos de saúde que valorizam o campo relacional são imprescindíveis para a consolidação de um modelo de saúde em que o usuário é o centro da atenção com grande estímulo de sua autonomia, conforme denominam Franco (2006), Franco e Merhry (2005) e Merhy (2006; 2007).

O trabalho é, portanto, um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões (BRASIL, 2010).

O trabalho vivo deve residir principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos (BRASIL, 2010).

Importante destacar também que embora haja altos graus de liberdade sobre seu próprio processo de trabalho, o trabalhador sofre também a tensão de linhas de regulação sobre sua atividade cotidiana. A exigência de produtividade no trabalho, medida sobre o volume de procedimentos, o controle de agendas limitando um trabalho do tipo “porta aberta”, a regulação do acesso através da estratificação da

população por problemas de saúde, são alguns exemplos de que há linhas de força de natureza taylorista tensionando para a configuração de um processo de trabalho centrado nas normas de funcionamento dos serviços. A regulação do trabalho convive neste caso com espaços de liberdade, havendo assim permanentemente uma tensão entre liberdade e captura no processo produtivo do cuidado. É nesse meio que o trabalhador se movimenta em uma micropolítica de alta complexidade, em que muitos arranjos são feitos e desfeitos, que favorecem ou não certos tipos de cuidado aos usuários, mas é sempre uma arena de disputas de projetos, mediada pelas tecnologias de trabalho, intencionalidades, e a singularidade de cada encontro entre o trabalhador e usuário (FRANCO, 2015).

O encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um, ao “carregar” a representação de um dado “problema” como “problema de saúde / necessidade de saúde”, procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a “sinceridade”, a “responsabilização” e a “confiança na intervenção, como uma possível solução”; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera (MERHY, 2006).

Lidar com subjetividades que operam na produção do mundo em que se encontram, é algo de alta dificuldade, pois o trabalhador é desafiado a cada encontro, a cada sin-

gularidade manifestada no usuário que ele se propõe a cuidar (FRANCO, 2015).

Percebe-se aí a necessidade de um movimento sanitário brasileiro comum e a reinvenção da aliança entre trabalhadores, gestores e usuários. É necessário religar a técnica e a política pela via dos movimentos sociais e da participação popular. Os espaços do controle social são destaques de lugares que precisam ser desburocratizados, tornando-se ambientes de formação e educação do SUS (CAMPOS *et al.* 2016).

É preciso que os profissionais de saúde compreendam que atuar na ESF é muito mais do que tratar doentes. Assistir o sujeito ou, nesse caso, a família envolta por seu domicílio e comunidade, na lógica dos princípios norteadores do SUS, significa também se apropriar de outras visões de mundo, e nessas novas visões da realidade local, com a possibilidade de atuação profissional voltada para tecnologias leve do cuidado (MORAIS, 2015).

Temática 3- Relevâncias para produção do cuidado integral

Levando em consideração que a extrema fragmentação da atenção e a (des)responsabilização clínica são características do modo de organizar o trabalho, faz-se necessário pensar em como esse cuidado está sendo produzido e que meios estão sendo implementados para a concretização de um cuidado integral e resolutivo.

De acordo com Cecílio (2011), a produção do cuidado em saúde é o provimento ou a disponibilização de tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de

cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Deve realizar-se em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção.

O ato de cuidar é sempre singular, depende do trabalhador e usuário, especialmente do encontro entre ambos e sua espetacular capacidade de produção intercessora, de se produzirem nos afetos mútuos como dinâmica deste encontro, mediadas pelos agenciamentos que cada um traz sobre o significado do que é cuidar (FRANCO, 2015).

Portanto, produzir cuidado significa aproximar-se do outro e valorizar as necessidades das pessoas que demandam atenção. Trata-se, portanto, de encontros conectados por diálogo entre o cuidador e quem recebe o cuidado. É preciso aliar a agenda política da regionalização com a produção do cuidado no cotidiano da APS, implicando responsabilidade e compromisso das equipes de saúde (ASSIS, 2015).

Convém ressaltar que, segundo Almeida e Santos (2015), as contribuições de Franco (2015) e Assis (2015) convergem ao ressaltarem que a produção do cuidado implica, necessariamente, aproximar-se do outro, valorizando as necessidades das pessoas que demandam a atenção por meio de encontros conectados por diálogo entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Para Tanto, sublinham que a produção do cuidado requer dispositivos como acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade, no sentido da busca contínua pela atenção integral e de qualidade.

No que se refere à rede de atenção à saúde do SUS, a produção do cuidado recorre à hegemônica prática assistencial fundamentada na operacionalização de procedimentos de cunho biologizante, quase sempre voltados para a cura ou a reabilitação. Dessa forma, o modelo de atenção baseado na promoção da saúde, preconizado na formulação das políticas públicas, contrasta com a realidade vivenciada no cotidiano das relações terapêuticas (PINTO *et al.* 2012).

Sendo assim, justifica-se a necessidade da atenção coordenada, porque é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de mais de uma doença e recebem cuidados de saúde por trabalhadores de diferentes especialidades. Necessidades de saúde que são bastante complexas e em geral não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Merhy (2012) faz uma provocação sobre as tensões no SUS, que pode ser análoga à produção do cuidado em ato. Ou seja, o encontro entre profissional de saúde e usuário do serviço precisa provocar uma posição de troca e de conexões, buscando um entendimento mútuo, valorizando o outro como alguém que é “produtor em si de modos de vida”. A riqueza destas conexões existenciais orienta a produção da vida que é fundamental para a construção do cuidado em saúde.

Inegavelmente, muitas pessoas estão ausentes dos serviços, por diversos motivos que impedem sua entrada. Caracterizam a demanda reprimida pelo sistema. Para tanto, a

atenção integral mobiliza a equipe para uma aproximação intersubjetiva, observando questões e condições da dimensão psicossocial, tanto nos aspectos socioeconômicos como também na condição clínica que facilitem o acesso e efetivem a resolução de queixas e necessidades (PINTO *et al.* 2012).

Publicações do Ministério da Saúde descrevem a integralidade como um princípio que pode ser contemplado por meio de um modelo assistencial organizado de forma hierarquizada e descentralizada, com sistemas formais de referência e contrarreferência, cuja garantia da integração dos recursos de infraestrutura é fundamental. A atenção integral depende de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

À medida que todos assumem a responsabilidade para a melhoria das condições de vida, seja individual ou coletiva, os resultados são alcançados de modo mais resolutivo. Os familiares e usuários dispõem de iniciativas mútuas juntamente com a equipe que favorecem a assistência integral e o acesso ao serviço de saúde. No entanto, o envolvimento compartilhado exige a efetiva participação do usuário em seu processo de restabelecimento do equilíbrio. É no território onde a população efetiva seu cuidado e, por isso, os dispositivos assistenciais do SUS devem se articular com tais instituições para compor pactos de atuação integrada (PINTO *et al.* 2012).

As redes se formam por imperativo do próprio trabalho, em que não há autossuficiência de nenhum saber e fazer, é necessário produzir conexões entre os próprios trabalhadores

para que se produza o cuidado. Os trabalhadores conversam entre si todo o tempo de trabalho, e é nos atos de fala que vão produzindo as ações do cotidiano, o cuidado vai fluindo como produto do esforço de cada um (FRANCO, 2015).

No contexto das práticas assistenciais, faz-se pertinente a existência de ações intersetoriais voltadas para as necessidades e problemas de saúde, bem como de práticas de vigilância para o monitoramento da situação de saúde e tomada de decisão descentralizada. Logo, ressaltamos a importância da articulação e integração entre os níveis de promoção, prevenção e recuperação para os agravos priorizados no âmbito local, com direcionalidade e consistência entre ações realizadas e problemas abordados. Além disso, devemos lembrar que as práticas desenvolvidas na abordagem integral à saúde devem estar também dirigidas para cada encontro específico dos sujeitos com a equipe dos serviços de saúde (ARREAZA; MORAES, 2010).

O sentido ou dimensão da integralidade é a abordagem integral do indivíduo e da família, relacionada a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos que os procuram (STARFIELD, 2012).

A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário. Exercer a

integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Sendo assim, não há um juízo de valor sobre as redes ou ato de cuidar, não existe um “*a priori*”, pois as redes e o cuidado vão se produzindo no encontro. Podem assumir características diferentes em uma mesma equipe, por exemplo os agenciamentos, que põem o trabalhador em movimento para o cuidado, pode ser na direção de produzir o acolhimento ou um cuidado biomédico, suas características só vão ficar claras quando houver o cuidado, o ato de cuidar se consumir (FRANCO, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura reconhece a APS, assumidamente por meio da ESF, como ordenadora da rede e porta de entrada dos serviços de saúde, e a RAS propriamente, como recurso necessário para a concretização do cuidado integral, com suas peculiaridades e singularidades. Além disso, influencia positivamente no acesso, na utilização dos serviços e no impacto significativo na saúde confirmado por indicadores.

A Atenção Psicossocial ganha papel de destaque no cenário atual por sua incansável luta por melhorias e com seus benefícios refletidos também na ESF, valendo-se de um modelo de atenção inovador, com atividades mais transversais e propondo um novo paradigma do conhecimento, voltado para a multidisciplinaridade.

No cenário de transição epidemiológica e econômica em que o país se encontra, o cuidado é fragmentado e necessita de capacitação profissional. Com isso, destaca-se que os processos de trabalho devem acontecer em espaços mais democráticos, interdisciplinares, multiprofissionais, onde ocorra à construção de sujeitos e de subjetividades, individuais e coletivas, deve ser trabalho vivo.

A rede ainda se faz por relações incipientes entre os trabalhadores do sistema e seus serviços, na maioria das vezes formada por laços informais, arranjos frequentemente improvisados, emergenciais, frágeis, difíceis de serem superados pelos traços econômicos, políticos e culturais envolvidos. E que não conseguem suprir as necessidades dos usuários no sistema.

O cuidado integral que se almeja ainda está distante de ser alcançado, pois depende intimamente do encontro de quem presta e de quem recebe o cuidado naquele momento, é produzido em ato. Implica importar-se com o outro e responsabilizar-se por ele. Todos precisam ser corresponsáveis e desempenhar seus papéis de protagonistas na melhoria das condições de vida, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia centrada no indivíduo e na família.

Diante do exposto, entende-se que a complexidade do tema proposto e a multiplicidade de fatores, atores e sujeitos envolvidos em tal processo são inegáveis, deste modo, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas nesse contexto, afim de que novas reflexões e estratégias sejam efetivadas para um cuidado mais integral, equânime e de qualidade.

Bibliografia Básica

ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. EDUFBA. Salvador. p.309, 2015.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro. 4ª reimpressão, p.141, 2010.

ARREAZA, Antônio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2627-2638, Aug. 2010.

ASSIS, Marluce Maria. Redes de atenção à saúde e os desafios da atenção primária a saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. EDUFBA. Salvador. p.309, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pacotes pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *et al.* Right to health: is the Brazilian National Health System (SUS) at risk?. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 261-266, mar. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: CAMPOS, R.O. *et al.* **Pesquisa avaliativa em saúde mental; desenho participativo e efeitos da narratividade**. Editora Hucitec. São Paulo. p. 428, 2008.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, June, 2011.

FERTONANI, Hosanna Pattring. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June, 2015.

FRANCO, Túlio Batista. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. EDUFBA. Salvador. p. 309, 2015.

FRANCO, Túlio Batista. Fluxograma Descritor de Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p. 161-98, 2006.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.371-382, Feb. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MERHY, E. E.; Franco, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apostando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MERHY, E. E. . *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. . *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, June, 2012.

MORAIS, J. B. **Avaliação das pesquisas no sus: contribuições para a participação**. 2015. 160f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n.spe, p.158- 164, Sept. 2013.

OMS-UNICEF, 1979. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.

OPAS-Organização Panamericana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate.** Brasília: OPAS; 2011.

PINTO, A.G.A.; JORGE, M.S.B.; VASCONCELOS, M.G.F.; SAMPAIO, J.J.C.; LIMA, G.P.; BASTOS, V.C.; SAMPAIO, H.A.D.C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Cien Saude Colet**, v.17, n.3, p.653-660, 2012.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 4, Dez. 2010.

STARFIELD Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasil. Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Bárbara. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**—Primary Care Assessment Tool—PCATool—Brasil. *Versão Final e validada*, 2010.

A CONSTRUÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO ESTADO DO CEARÁ: um caminho para a ampliação da integralidade

Antonia Alizandra Gomes dos Santos Rodrigues

Maria Saete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

O comprometimento social com a melhoria do atendimento de urgências e emergências proposto pelo sistema de saúde do Brasil enfrenta desafios decorrentes do envelhecimento da população, aumento da morbidade de causas externas, crescente incorporação tecnológica e aumento da demanda por serviços de saúde.

Nesse sentido em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências. A PNAU foi reformulada em 2011, com a instituição da Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, sendo a atenção primária à saúde o centro de comunicação.

Entre as redes de atenção prioritárias do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção às Urgências foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2011).

Dessa forma, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a atenção primária quanto os serviços especializados estejam preparados para o acolhimento e encaminhamento de pacientes para os demais níveis de atenção, quando esgotarem-se as possibilidades de complexidade de cada serviço.

No entanto, passados mais de dez anos da instituição da PNAU, evidências sugerem que os esforços para sua implementação ainda não foram suficientes para resolver um grande contingente de problemas na saúde, como a super-

lotação dos serviços e atendimento de condições sensíveis à atenção primária (IBAÑEZ, 2013).

Desse modo, o estado do Ceará vem propondo a estruturação da rede de urgência e emergência a partir da construção de planos de ação regionais, com o objetivo de desenvolver e implantar um modelo de Atenção às Urgências e Emergências que atenda, de fato, às necessidades da população e dessa forma superar o modelo fragmentado das ações e serviços de saúde e qualificação do cuidado.

Nesta perspectiva, este capítulo apresenta uma reflexão sobre processo de implantação da rede de urgência e emergência no estado do Ceará.

Processo de Construção da Rede de Urgência e Emergência no Ceará

O Estado do Ceará trabalha com uma organização do sistema de saúde cujas bases foram definidas em 1998 através do documento: Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará. O sistema é composto por micro e macrorregiões como estratégias para o atendimento a atenção secundária e terciária.

Mendes (2009), sem falar explicitamente das RASs, mencionou movimentos imprescindíveis à sua concretização sob a forma de uma reengenharia do sistema de atenção à saúde. A Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (2000) relatou uma experiência pioneira de constituição de sistemas microrregionais de saúde que tinha como objetivo integrar o sistema público e superar as fragilidades da fragmentação determinada pelo processo de municipalização.

A proposta da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará foi atualizada com base nas orientações normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 1600 de 07 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, a proposta da Rede de Atenção às Urgências se configura pelos componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica, Sala de Estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços 24 horas, hospitalar e Atenção Domiciliar.

Para organização da Rede de Atenção às Urgências no Ceará (RAU), a secretaria de saúde do estado elaborou um Plano de Ação Estadual, que foi implementado a partir de reuniões da área técnica do Núcleo de Atenção à Urgência e Emergência da Secretaria da Saúde do Estado juntamente com apoiadores do Ministério da Saúde, Colegiados Regionais e do Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências do Ceará, constituído pelo Comitê Executivo da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, com representações da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza e do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará - COSEMS - CE (CEARÁ, 2012).

No entanto, observou-se a necessidade de instituir um grupo operacional da RAU - CE, composto pela equipe do Núcleo de Atenção à Urgência e Emergência, acrescido das seguintes representações: Representante do Conselho das

Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS/CE, representante da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM, representante da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde – COPAS, representante do Núcleo de Atenção Especializada – NUESP/COPAS, representante do Núcleo de Atenção Básica – NUAP/COPAS, representante da Coordenadoria das Células Regionais de Saúde – CORES, representante da Superintendência de Apoio à Gestão da Rede de Unidades de Saúde – SRU, representante da Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria – CORAC (CEARÁ, 2012).

Sabe-se que os serviços de urgência e a emergência, são um dos mais significativos desafios em saúde pública no Brasil, têm demandado importantes iniciativas por parte das três esferas de governo, visando à organização dessa atenção, baseada nos princípios da universalidade, equidade, qualidade, eficácia e humanização.

O Estado do Ceará em consonância com o Ministério da Saúde e sob a ótica de formulação da Rede de Atenção às Urgências, há anos vem desenvolvendo ações visando a organização da assistência na área, que se revelaram ainda insuficientes para atender às expectativas e necessidades da população.

As recentes portarias ministeriais - marco institucional da priorização do Ministério da Saúde para a urgência e emergência - proporcionaram as diretrizes e ferramentas de reordenamento da Rede de Atenção à Saúde para dar conta do desafio de atender às Urgências do Estado do Ceará e pressupõem a necessidade de se estabelecer desenho compatível com a realidade atual.

Regionalização e Organização de Serviços

Segundo dados da população estimada do IBGE de 2015, a população total residente no Estado do Ceará é de 8.904.459 habitantes. Seguindo os princípios do SUS, como a integralidade, universalidade, equidade bem como a regionalização, o Estado do Ceará está representado por 22 regiões de saúde compreendidos em 5 macrorregiões de saúde.

Tabela 1– Composição das Regiões de Saúde e a população de abrangência

Fortaleza	4.642.285 habitantes
Sobral	1.625.273 habitantes
Cariri	1.462.418 habitantes
Sertão Central	637.257 habitantes
Litoral Leste/Jaguaribe	537.226 habitantes
População do Estado:	8.904.459 habitantes

Esta divisão foi baseada na análise do fluxo de pacientes no final de década de 90. Desde 2002 o estado co-financia pólos regionais para atendimento de emergência, de nível secundário 24h nas áreas de: clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, gineco-obstetrícia e pediatria, incluindo neonatologia. De 2003 a 2006, estes polos foram fortalecidos com a expansão do financiamento e acompanhamento sistemático.

A rede de assistência à saúde no Ceará, além de crescer no interior e na capital, trouxe inovações na oferta de serviços. Desde 2007 o estado vem ampliando de modo significativo os investimentos, através da implantação das Policlínicas e Centros Especializados de Odontologia – CEO em todas as regiões.

Para ampliação da Rede de Atenção às Urgências foi investido na construção de hospitais regionais de nível terciário em cada uma das macrorregiões de saúde, a saber: Hospital Geral de Fortaleza, em Fortaleza; Hospital Regional do Cariri, no Cariri; Hospital Regional Norte, em Sobral; Hospital Regional do Sertão Central, na cidade de Quixeramobim e o hospital do Litoral Leste / Jaguaribe está em processo de implantação (CEARÁ, 2016).

Regiões prioritárias

O estado do Ceará, através do grupo condutor das redes, e referendado na CIB estadual optou por fazer a proposta de implantação da RUE para todo o estado. O entendimento é que:

- a) O SUS, sendo universal e igualitário, toda a população do estado deve ser beneficiada;
- b) Todas as redes, para assegurar a integralidade, têm que garantir a referência terciária que somente é encontrada no estado em um dos pólos macrorregionais (Fortaleza, Sobral e Cariri); Há uma 4ª macrorregião aprovada mas ainda será construído o hospital regional;
- c) Mesmo havendo concentração de serviços especializados nos pólos macrorregionais, o entendimento é que não é possível estruturá-los sem organizar as outras regiões que para eles encaminham pacientes.

A Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde constituem um dos componentes de grande importância dentro da Rede de Atenção às Urgências –RAU, com o objetivo de fomentar ações de saúde e educação permanente para

a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, como também das transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde, como consta na Portaria GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011.

Neste sentido tem sido proposto Implantar/implementar o Projeto Vida no trânsito(DETRAN); capacitar os profissionais de saúde direcionando as ações de urgência e emergência no nível hospitalar e atenção primária de saúde, priorizando classificação de risco, ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), TO, AVC, IAM, pediatria; promover campanhas educativas em mídias quanto à prevenção e promoção a saúde; implantar ações e protocolos de segurança ao paciente; implementar ações de educação permanente nas escolas visando a promoção, prevenção e vigilância à saúde direcionadas as situações de urgência e emergência; implantar o Comitê da Região Macro Fortaleza Ampliada; implantar Fóruns da Macrorregião Fortaleza Ampliada da Rede de Urgência e Emergência (CEARÁ, 2016).

Em relação ao componente da Atenção Básica em Saúde conforme Portaria nº 1600, de 7de julho de 2011/MS/GM, tem por objetivo, a implantação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências.

Nessa perspectiva destaca-se ações prioritárias na linha do cuidado, que podem ter impacto na Rede de Urgência e Emergência (RUE) (CEARÁ, 2016):

- Atendimento de pequenas emergências, tais como: febre, crise hipertensiva leve, crise de asma leve, nas Unidades de Observação, de modo a garantir o encaminhamento correto e, conseqüentemente, complicações futuras.

- Retaguarda para seguimento dos pacientes nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA, portas hospitalares e pacientes internados.

- Ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, bem como acompanhamento ao pacientes diabético para que não desenvolvam doenças cardiovasculares, nefropatias, AVC e IAM, Imunização, cuidado com Idoso, prevenção da dengue.

- Acompanhamento aos portadores de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, etc.), objetivando reduzir as agudizações na busca por serviço de Pronto Atendimento, além de reduzir complicações severas mencionados anteriormente.

- Incentivar o processo de planificação da Atenção Primária da Saúde, fortalecendo como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde;

- Incentivar a implantação / implementação da classificação de risco e Telessaúde nas UBS;

- Fortalecer o fluxo de referência e contra - referência nas unidades de atenção à saúde;

- Incentivar adequação das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde;

- Estimular ampliação da cobertura das equipes de saúde da família;

- Investir em adequação, custeio, qualificação e educação permanente as Unidades Básicas de Saúde;

O SAMU, no Estado do Ceará tem como premissa chegar ao paciente vítima de algum agravo à sua saúde seja de natureza traumática, clínica, cirúrgica, obstétrica, psiquiátrica, e pediátricas, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte. Esse serviço deve garantir ao paciente/vítima o atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. E tem como proposta:

- Garantir maior resolutividade no tempo resposta para atendimento oportuno da equipe do SAMU;
- Implantar de acordo com os indicadores uma equipe do SAMU, suporte básico de vida contemplando os municípios da Macro Fortaleza Ampliada;
- Fortalecer a integração do SAMU com a Rede de Urgência e Emergência;
- Incentivar adequação do projeto arquitetônico mínimo das bases do SAMU;
- Promover a Integração entre os sistemas de regulação assistencial do SAMU e UNISUS WEB;
- Monitorar os municípios quanto a estruturação do seu transporte inter-hospitalar para garantia do deslocamento de seus pacientes de média complexidade em tempo oportuno e forma adequada;
- Retroalimentação dos hospitais aos municípios, CRESUS, NUAEM quanto as condições de transporte do paciente.

O projeto Reestruturação do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência SAMU, por pólos, no Estado do Ceará, foi aprovado pela CIB/CE em 16 de dezembro de 2004.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgências hospitalares; onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. O objetivo das Unidades de Pronto Atendimento é diminuir as filas nos pronto socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPAS, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares (BRASIL, 2013).

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências clínicas de adultos e crianças, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Atendimento Móvel de Urgência - SAMU que conforme o quadro clínico tanto pode trazer pessoas para as UPA, como removê-las para hospitais e assim organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação (BRASIL, 2014).

As UPAs podem ser de três portes, I, II e III, conforme a população a ser coberta. Conforme o porte, varia o número de médicos, respectivamente 2, 4 e 6 e, portanto o número de consultórios e de leitos de observação. Assim também variam o número de enfermeiros, auxiliares e demais profissionais, além da área física e obviamente o custo de funcionamento de cada unidade conforme seu porte (BRASIL, 2014).

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 hrs, iniciaram suas atividades desde 2011. As UPAs que tem

como proponente o Estado são: Maranguape, Caucaia, Eusébio (Aquiraz), Canindé, São Gonçalo do Amarante (Paracuru e Paraipaba), Horizonte (Pacajus), São Benedito (Guaraciaba do Norte), Aracoiaba (Baturité), Aracati, Quixadá, Russas, Juazeiro do Norte, Iguatu, Itapipoca, Jijoca de Jericoacoara, Crateús, Pentecoste e Itapajé. E as que tem como proponente o município que já estão em funcionamento são: Baturité, Camocim, Granja, Fortaleza (Jangurussu), Fortaleza (Cristo Redentor), Fortaleza (Itaperi), Fortaleza (Vila Velha), Fortaleza (Bom Jardim). Tem ainda 19 UPAs em processo de construção (CEARÁ, 2016).

Em 2015, foi construído em parceria com as regionais de saúde, coordenadores das UPAs, SESA-CE, um instrumento piloto de monitoramento das Unidades de Pronto Atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde (APS). Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou na maioria dos estados brasileiros.

No entanto, para Hartz e Contandriopoulos (2004) o conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e

organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Percebe-se a partir dos planos de ação analisados, que o estado do Ceará caminha para promover a integração dos diversos serviços que compõe a rede de urgência e emergência, mesmo com alguns desafios ainda a ser superados, como a porta de entrada na atenção primária ineficiente levando os usuários a buscar outros itinerários “porta-aberta”, como por exemplo as UPAs e hospitais. O que tem inviabilizado uma assistência de qualidade nestas instituições.

Considerando, portanto, a relevância da inserção da rede de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS) estadual, a necessidade de qualificação dos processos e instrumentos de gestão desse novo dispositivo, a necessidade de compreensão acerca de suas fortalezas e fragilidades e sua significância na organização do subsistema em que se constitui a rede de urgência e emergência, a prioridade do tema na agenda pública da gestão em saúde no Estado do Ceará e, a possibilidade de que os estudos de avaliação de políticas, programas e serviços apresentam de ampliar a capacidade de gestores em tomar decisões com maior eficiência, torna-se oportuno realizar estudos avaliativos na perspectiva de contribuir para o aperfeiçoamento da intervenção e a melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

Bibliografia Básica

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União 2003; 06 out.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 8 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, Diário Oficial da União, 2006a; n° 39, seção 1, 23 fev.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.922, de 02 de dezembro de 2008. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA. Diário Oficial da União 2008; 03 dez.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 31/12/2010, Seção I, p. 88.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM N° 342 de 04 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA

24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 104 de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Governo do estado. Plano de ação estadual da rede de atenção às urgências do estado do ceará. Fortaleza, 2012.

_____. Secretaria de Saúde. Governo do estado. A regionalização da saúde do estado do Ceará. Ceará, 2016. Disponível em: <<http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2013/01/Regionaliza%C3%A7%C3%A3o-da-a%C3%BA-de-Dr.-Policarpo-Barbosa.pdf>>. Acesso em: 29 junho. 2016.

_____. Secretaria de Saúde. Governo do estado. Plano de ação das redes de atenção **às urgências** da região metropolitana de Fortaleza ampliada. Fortaleza, 2016.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2: S331-6.

IBAÑEZ, N. Os hospitais e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências: desafios. *Rev Conselho Nacional Secretários Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 7, p. 39-43, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados básicos do município de Fortaleza. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?cod-mun=230730#>>. Acesso em: 28 outubro 2016.

CAPÍTULO 3

PROCESSO DE TRABALHO, CORRESPONSABILIZAÇÃO E CULTURA ORGANIZACIONAL DO NASF: uma discussão para superar de desafios

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Maria Saete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

O conteúdo deste capítulo é oriundo de um projeto de dissertação de mestrado que visa elaborar as bases de uma tecnologia para auxiliar as atividades dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Fortaleza, Ceará.

A implicação para a escolha do tema se deu devido a importância das equipes de apoio para a atenção primária à saúde (APS) de qualidade com a promoção do cuidado integral. A APS deve funcionar como centro regulador do cuidado nas redes de atenção à saúde, resolvendo os principais problemas de saúde em perspectiva tanto coletiva quanto individual e organizando o fluxo dos usuários dentro das redes em sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 2012).

O apoio realizado pelo NASF faz-se importante por solucionar demandas de cuidado de forma multidisciplinar e com integralidade, onde profissionais de áreas distintas trabalham articulados com as equipes da APS promovendo saúde e bem-estar coletivo para as populações adscritas de suas unidades (BRASIL, 2014).

No entanto, sabe-se que a atenção básica como um todo do município de Fortaleza enfrenta problemas e a conjuntura do NASF na capital cearense apresenta muitos desafios. Pouco quantitativo de profissionais atuantes diante do porte do município, dificuldade operacional de articulação entre equipes de apoio e equipes de referência, grande volume de demanda reprimida, dentre outros fatores fragilizam a execução do apoio matricial e desempenho do NASF dentro do que é sua função.

Dessa forma, este capítulo foi elaborado a partir de uma revisão narrativa de literatura com o objetivo de fundamentar o projeto de dissertação do qual ele se origina e trazer uma discussão sobre aspectos importantes a serem abordados nesse contexto como NASF, processo de trabalho e cultura organizacional.

Aproximando-se do tema: Atenção primária à Saúde (APS)

Os avanços tecnológicos do último século vêm acompanhados de uma tendência à valoração da atenção especializada, do diagnóstico e da tecnologia dura (PRIETO; ZARATE; FUENTES, 2013). Nesse contexto, tem-se por definição que tecnologias duras são aquelas relacionadas a equipamentos e instrumentos tecnológicos; as leve-duras

são caracterizadas por saberes estruturados como a clínica e a epidemiologia; e as leves estão implicadas com a produção das relações entre os sujeitos (MERHY, 2000).

Esse tipo de perspectiva de produção de saúde consome recursos de forma incessante e promove uma cultura de busca e cobranças por tecnologias duras e dispendiosas tanto por parte dos usuários/pacientes quanto por parte dos profissionais de saúde (PRIETO; ZARATE; FUENTES, 2013).

Ao passo que a atenção básica se encontra no centro organizacional das redes de atenção à saúde para solucionar as principais situações individuais e coletivas com recursos menos onerosos do que aqueles da atenção especializada. Está presente nesse processo a busca pelo cuidado integral com a promoção da autonomia dos sujeitos. Além disso, as ações em saúde que ocorrem nesse nível assistencial são realizadas a partir de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o manejo de forma integralizada das necessidades básicas das comunidades exige a implementação de sistemas de saúde com mais equidade, integralidade eficiência e justiça. Para uma APS forte deve-se buscar o prestígio e de suas equipes, com um número de profissionais adequados e remuneração justa, organização de processos e serviços adequada, e uma relação bem estabelecida com outros níveis de atenção (PRIETO; ZARATE; FUENTES, 2013).

Dessa forma, o desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (APS) dever ser feito de forma descentralizada, no mais alto grau de capilaridade, onde as pessoas estão no centro das ações e o mais próximo possível das suas equipes.

O usuário deve ter a APS como contato de preferência ao surgir alguma demanda, sendo ela a porta de entrada para o sistema único e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

O paciente ou usuário na atenção primária apresenta um perfil diferenciado dos outros níveis de atenção ao passo que trazem para as equipes de saúde características clínicas diversificadas, com afecções pouco definidas e diferenciadas. Dessas formas, a APS e suas equipes devem ter a capacidade de atender aos problemas mais frequentes de sua população adscrita, com um olhar mais generalista e buscando observar o contexto em que aquele problema está inserido e suas nuances, em detrimento do diagnóstico da doença em si (PRIETO; ZARATE; FUENTES, 2013).

Na atenção especializada, por sua vez, isso não acontece, e quando médicos desse nível são alocados dentro da APS, como ocorre em experiências do sistema sanitário peruano, por exemplo, acabam por somar algumas fragilidades à eficiência do funcionamento da atenção básica, devendo-se estimular a inserção de profissionais com formação para atuar nessa área (PRIETO; ZARATE; FUENTES, 2013).

Segundo Starfield (2008), os sistemas de saúde precisam cumprir requisitos essenciais: (1) otimizar a saúde das populações contemplando os saberes relacionados às causas das enfermidades, seu enfrentamento e a promoção da saúde para as comunidades; (2) minimizar as desigualdades de acesso entre grupos populacionais.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou os princípios constituintes básicos para a atenção primária à saúde contidas na Carta de Lubliana,

que tem como prerrogativas para os sistemas de saúde: (1) sua direção centrada na dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; (2) seu direcionamento para promoção da saúde; (4) centro nas pessoas, trazendo para essas a possibilidade de influenciar os serviços e assumir uma corresponsabilização; (5) foco na qualidade e na relação custo-efetividade; (6) financiamento sustentável que promova uma cobertura universal e acesso com equidade; (7) olhar voltado para a atenção primária (STARFIELD, 2008).

Deste modo, o Ministério da saúde preconiza que a atenção básica deve ter um território adscrito utilizado com a finalidade de promover um planejamento de ações setoriais e intersetoriais de forma descentralizada. Deve, ainda, possibilitar um acesso universal com a promoção do vínculo com os usuários adscritos bem como a corresponsabilização da atenção voltada às suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2012).

No entanto, problemas na APS como altas demandas de atendimento por usuários podem alterar a organização interna das equipes com o estabelecimento de critérios para o atendimento de determinados usuários a partir de suas necessidades, o que promove uma fragilização da vinculação e corresponsabilização e a não resolução dos principais problemas de saúde na atenção básica.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O NASF foi criado em 2008 através da portaria Nº 154 do Ministério da Saúde com o objetivo de estender as ações desempenhadas no âmbito da APS e aprimorar sua

resolubilidade ao apoiar as equipes da ESF. A partir de sua criação, profissionais de diversas áreas atuam de forma integrada à ESF compartilhando práticas e saberes na busca por um cuidado integral aos usuários (BRASIL, 2008).

As equipes do NASF apoiam os profissionais da ESF e equipes da atenção básica de populações específicas como consultórios na rua e equipes ribeirinhas e fluviais. Seu trabalho busca auxiliar nas soluções de problemas clínicos e sanitários e agregar práticas para ampliação do rol de ofertas da atenção básica (BRASIL, 2014).

Quando se fala em apoio do NASF, fala-se no apoio matricial que é o aporte teórico-metodológico da atuação dessas equipes (BRASIL, 2014). O apoio matricial faz parte do aporte teórico da atuação do NASF e tem por finalidade realizar um suporte especializado e interativo junto às equipes de saúde da família (ESF) e suas populações adscritas. O apoio matricial fornece também para as equipes de referência com que trabalham em conjunto o aporte pedagógico para lidar com problemas específicos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Alguns aspectos essenciais da realização do apoio matricial envolvem corresponsabilização e compartilhamento de dificuldades com a equipe de referência. As ações, nessa perspectiva, são potentes para o resgate das relações existentes entre os diferentes componentes das redes de saúde e estimulam um diálogo constante entre as equipes para que o cuidado integral e resolutivo seja realizado (PRESTES ET AL., 2011).

Nessa perspectiva da atuação do NASF como núcleo para apoio matricial, fala-se, também, no conceito de clínica

ampliada. Nesse conceito, tem-se o cuidado e a assistência sendo prestada de forma a quebrar paradigmas puramente biomédicos e cartesianos tendo por finalidade a efetivação de um cuidado integral. Dessa forma, os profissionais devem atuar tendo o sujeito como protagonista de seu próprio processo saúde doença, com a criação de vínculos e responsabilização entre profissionais e usuários e entre profissionais de categorias diferentes (BRASIL, 2006).

No entanto, para a aplicação desse conceito na prática, é necessária uma força que leve mudanças essenciais na atuação dos profissionais de saúde envolvidos. Dessa forma, para que haja a reforma em nível assistencial é preciso antes de tudo uma reforma de pensamento dos atores desse processo (SUNDFELD, 2010).

A atuação do NASF também gira em torno também da organização de uma assistência especializada e individualizada aos usuários de forma articulada com a APS. No entanto, equipes que tem suas ações centradas somente na atenção especializada apresentam desempenho de função inadequado e precisam desenvolver espaços de implementação de suporte técnico-pedagógico com a finalidade de viabilizar o matriciamento, que fica prejudicado nesses casos (TESSER, 2016).

O NASF pode desempenhar a função de matriciamento ao participar de atividades como: reuniões das equipes de referência; reuniões gerais das unidades básicas de saúde; ações de prevenção e promoção de saúde desenvolvidas ou não pelas equipes da ESF; ações de apoio institucional. Esta última atividade é uma possibilidade de ação do NASF e um desafio. O apoio institucional amplia o escopo

da função de apoio do NASF e pode melhorar os problemas dados por decisões gestoras verticalizadas, já que nesse caso os profissionais estariam participando ativamente delas e em proximidade direta com a gestão (MOURA; LUZIO, 2014).

A realização do apoio matricial apresenta alguns desafios na ordem da organização de processos de trabalho e articulação entre as equipes, dada a complexidade presente no estabelecimento das relações entre os profissionais. Uma estratégia apontada como potente é a criação de agendas de trabalho conjuntas a partir do matriciamento com a finalidade de estender a capacidade de cuidado e impulsionar a integralidade. Outra estratégia fundamental é a articulação em redes com incentivo a contratação de profissionais que acompanhem a implementação do apoio, elaboração de projetos terapêuticos em conjunto entre as equipes, adequação de arranjos organizacionais para operacionalização do trabalho, referência e contrarreferência de casos complexos entre unidade básica e serviços de atenção secundária e terciária (HIRDES; SILVA, 2014).

Um entrave para o apoio matricial e desempenho adequado das funções do NASF vem da formação desses profissionais. Durante a graduação, eles são formatados em sua maioria para desempenhar suas profissões de forma técnica e clínico-curativa. Quando eles atuam no NASF se deparam com uma realidade de atenção diferente das quais estão acostumados. Muitos não compreendem a verdadeira função do NASF e apresentam dificuldade de encarar o apoio matricial além do apoio clínico às equipes da ESF (FREIRE, PICHELLI, 2013).

As equipes de apoio são formadas no intuito de contribuir para frear a propensão à fragmentação do cuidado e desresponsabilização assistencial. À vista disso, deve-se pensar, para sua implementação adequada, em uma reforma organizacional que busque uma organização democrática com valorização dos trabalhadores e em harmonia com a eficácia clínica (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Tem-se aqui um desafio importante na atuação do NASF. Como já mencionado, a organização dos serviços não está em prol das ações dessas equipes. Muitas vezes, tem-se um número reduzido de equipes de NASF devendo atuar em mais de uma unidade e numa população adscrita que gera uma demanda inviável.

Além disso, a articulação entre as equipes pode ficar prejudicada. Por exemplo, muitas vezes o médico ou enfermeiro de uma equipe específica pode precisar articular-se diretamente com algum profissional do NASF que não está presente em sua unidade no dia e horário em que atuam, dificultando o contato entre esses profissionais.

Outro problema é a alta demanda enfrentada pelas equipes. Se os profissionais tiverem uma população adscrita muito grande para cobrir, dificilmente terão tempo disponível em sua rotina de trabalho para fazer rodas de conversa de clínica ampliada e discussão de projeto terapêutico singular, por exemplo.

Questões oportunas na problemática da atuação do NASF: processo de trabalho, corresponsabilização e cultura organizacional

Protocolos constituem-se como dispositivos importantes para a organização do processo de trabalho das equipes. Essa ferramenta é desenvolvida a partir do surgimento de necessidades e demandas específicas de trabalhadores e gestores. Sua criação pode possibilitar a visibilidade do trabalho do NASF bem como a promoção de pactuações referentes ao acesso e a garantia de ações de cada categoria profissional em um contexto de atuação coletiva. Fluxos organizativos são estabelecidos nesses casos para auxiliar os profissionais, devendo-se permitir sua autonomia para considerar o que seguir exatamente ou não a depender de cada situação e consideração técnica (ALVES; SOUZA, 2014).

Os indivíduos que produzem saúde realizam um exercício com suas capacidades normativas e os valores que orientam sua prática dentro do contexto das instituições em que estão inseridos. Para isso, precisa-se ter em mente que os sujeitos apresentam uma normatividade interna que não pode ser reduzida e limitada pela normatividade externa com suas regras, muitas vezes rígidas, que podem reduzir criatividade e inventividade (GUIZARDI, 2012).

Dessa forma, fala-se na autonomia que deve ser dada aos trabalhadores de saúde para que se possa exigir sua responsabilização nas ações desenvolvidas pelos serviços em que estão inseridos. São tratados como importantes e desafiadoras nesse contexto a descentralização da tomada de decisão e a inserção de valores de envolvimento pessoal para que esses sujeitos assumam um lugar de coautores dos processos de gestão (GUIZARDI, 2012).

A democratização das instituições públicas com a formação de cidadãos críticos e que participem politicamente

desse processo é fundamental no âmbito das relações entre Estado e sociedade. Nesse contexto, o SUS traz modelos importantes para o desempenho das organizações: cogestão e conselhos de saúde. No cenário do controle social, os conselhos de saúde assumem lugar significativo, sendo um oportuno exemplo de proposta de cogestão (FRANCO; HERNAEZ, 2013).

Tem-se nesse contexto a presença dos conceitos de capital social, que engloba as relações dentro da sociedade que envolvem organização social de redes relacionais, normas, pactuações e confiança para uma coordenação e cooperação com a finalidade de promover benefícios mútuos. No âmbito da racionalidade administrativa, observar o capital social é considerado um desafio. Isso porque as instituições públicas precisam ter ferramentas gerenciais bem estruturadas para que seja possível que grupos sociais tenham a capacidade de fazerem com que apareçam os resultados da mobilização e participação social. (FRANCO; HERNAEZ, 2013).

Experiências brasileiras demonstram algumas fragilidades no que se refere à direcionalidade do processo de planejamento regional, onde tem-se agendas ainda fragmentadas. Em contrapartida, essas experiências apresentam como ponto importante para o êxito a ampla participação dos gestores dentro da regionalização, onde os mecanismos criados para comunicação entre eles podem ser potentes (BRETAS-JÚNIOR; SHIMIZU, 2015).

Diante da complexidade dos serviços de saúde com múltiplos profissionais de formações variadas, como tem-se nas relações entre ESF e NASF, tem-se como importante a valorização dos recursos humanos desses serviços, com cada

profissional como agente individual dentro de sua organização sem perder a ligação com os demais e com liberdade para agir e inovar (LEONE ET AL., 2014).

Nesse contexto, fala-se na cultura organizacional já mencionada neste capítulo, que tem influência direta no modelo de gestão adotado por uma instituição por ser um elemento que direciona as ações dos gestores, além de influenciar também na possibilidade de mudanças (GARCIA ET AL., 2015).

Vários são os cursos de formação ofertados pelo Estado e por instituições de ensino superior com a finalidade de melhorar a atuação do NASF e fortalecer a sua implantação na atenção básica.

Nesse contexto, a formação em gestão para os profissionais constitui-se como uma estratégia relevante para o desenvolvimento de lideranças visando sanar necessidades de usuários dos serviços. No entanto, não basta oferecer a formação para os profissionais, estes precisam ter espaço no serviço para propor mudanças, atitudes e valores, tendo-se assim a potencialização de sua formação e sua aplicabilidade (LEONE ET AL., 2014).

Os modelos tradicionais de cultura organizacional hierárquico propiciam um espaço dentro do serviço de saúde com valores e práticas voltados para a competitividade e individualismo entre os trabalhadores, com a desvalorização destes enquanto profissionais, além de processos de trabalho rígidos e controlados. Isso fragmenta o cuidado ao paciente contrapondo os modelos de integralidade da atenção amplamente preconizados atualmente e que configuram a atuação do NASF (CARVALHO ET AL., 2013).

Reformas desses modelos tradicionais vem sendo apontadas como necessárias para a melhoria das relações de trabalho dos profissionais e da própria assistência aos usuários. O que se preconiza é a gestão que envolve gestão compartilhada, trabalho em equipe, valorização de necessidades individuais tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, humanização presente nas relações interpessoais, cuidado realizado de forma integral e multidisciplinar e a compreensão do recurso humano como ator importante dentro das ações em saúde (CARVALHO ET AL., 2013).

O gestor pode ter a sensibilidade de identificar fragilidades em processos de trabalho e de gestão e propor mudanças. No entanto, suas proposições precisam ser aprovadas e pactuadas formal ou informalmente pela cultura organizacional, que é estabelecida ao longo da história da instituição e por instancias maiores e superiores. À vista disso, faz-se necessária uma ligação direta e aberta dos gestores com os atores que estão na ponta dos serviços (GARCIA ET AL., 2015).

Assim sendo, decisões verticalizadas ocorridas por parte da gestão da APS e do NASF que mudam os processos de trabalho sem pactuações e diálogos entre gestão e equipe são prejudiciais para o funcionamento dos serviços de atenção básica e o fluxo dos usuários dentro das redes de atenção à saúde.

Para que reformas ocorram, é preciso quebrar algumas questões institucionalizadas. Faz-se necessário voltar o olhar para modificações nos valores compartilhados entre os indivíduos que formam as culturas de organização. Esse procedimento deve partir de gestores e coordenadores, que

devem permitir espaços de integração dos profissionais da ponta nos processos decisórios e trazer para a gestão do serviço as necessidades individuais e coletivas dos trabalhadores (CARVALHO ET AL., 2013).

A gestão organizacional é uma importante aliada no contexto do desempenho de organizações na saúde, e vários autores buscam desenvolver ferramentas e modelos teóricos para tal, como o denominado *Competing Values Framework* (CVF). Esse modelo teórico classifica as organizações segundo quatro categorias de culturas organizacionais (LEONE ET AL., 2014):

1. Cultura de clã: apresenta semelhanças com uma organização familiar, onde está presente o foco interno, a flexibilidade das ações e políticas gestoras. Busca-se criar um espaço onde haja trabalho em equipe, envolvimento de pessoal, compromisso com os trabalhadores envolvidos, com as organizações mantendo-se coesas através dos laços formados entre as pessoas e priorizando-se trabalho em grupo e consensos.

2. Cultura hierárquica: apresenta os atributos clássicos da burocracia, com a promoção de um espaço de trabalho formal e bem definido estruturalmente, com políticas e regras voltadas para a coesão da organização.

3. Cultura adocrática: seria uma organização voltada para o oposto da burocracia, com espaço para inovações, pouca formalização de processos, tendo as iniciativas pioneiras como importantes veículos para o sucesso.

4. Cultura de mercado: apresenta uma organização voltada para o ambiente externo, incluindo clientes, forne-

cedores, licenças e afins, em detrimento do interno. Tem como principal objetivo o alcance de resultados com lucros e boa competitividade com o desenvolvimento de um bom posicionamento externo.

Protocolos gerenciadores utilizados pelo NASF nos municípios, são protocolos e diretrizes preconizadas pelos cadernos da atenção básica advindos do ministério da saúde, cabendo, de fato, a reflexão acerca da sua eficácia diante das peculiaridades locais.

No que se refere aos processos de vínculo e responsabilização, tem-se o usuário da atenção primária e do NASF como um ator importante e que deve ser encarado como protagonista e sujeito ativo na resolução de seus problemas. Esses conceitos são abordados por Merhy, Feuerwcker e Gomes (2010) quando reconhecem o usuário como esse agente ativo na sua produção de saúde e no encontro com os profissionais da saúde ocupando um lugar diferente do hegemônico de usuário objeto passivo das práticas assistenciais instituídas.

Dessa forma, os usuários são sujeitos produtores de suas próprias redes vivas e os trabalhadores estão como atores que transpassam essas redes. Nesse contexto, a produção dos homens inseridos no mundo é composta por política, sendo essa macro e micropolítica. Na dimensão da micropolítica, os territórios existenciais dos sujeitos são fabricados e ocorrem os processos de subjetivação sendo cada sujeito atravessado de maneira, velocidade, tempo e agenciamento diferentes (FEUERWECKER, 2014).

De acordo com Merhy et al. (2014), ao abordar-se micropolítica, aborda-se os lugares onde os preceitos institu-

cionalizados são furados, fala-se nas redes informais onde os processos também são constituídos e vão além do que está predito. Outro aspecto relevante é o dos processos de encontros entre os atores e as relações de poder estabelecidas nesses encontros, com produção de vida em conexões existenciais e multiplicidades de agenciamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) afirma que a APS deve coordenar a integralidade em seus vários aspectos e enfatiza a relevância da equipe multiprofissional e interdisciplinar com alto grau de articulação entre os profissionais (BRASIL, 2012).

No entanto, sabe-se que muitas vezes a organização dos serviços pode dificultar esse processo de articulação e trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Quando os profissionais das equipes apresentam números elevados de atendimentos de demandas espontâneas, dificulta-se a disponibilidade de um período dentro da jornada de trabalho para discussão de casos ou práticas de clínica ampliada. Ademais, quando cada profissional obedece ao seu próprio regime de plantão na unidade, os profissionais da mesma microárea podem não coexistir na UAPS no mesmo horário.

Perante o exposto, pode-se apontar a importância da APS para o Sistema Único de Saúde, posto que esse nível de atenção funciona como porta de entrada e deve organizar todo o fluxo dos usuários dentro da rede como já discutido.

Políticas, diretrizes, portarias e outros documentos oficiais são criados para fundamentar a atuação e organização

da APS e são postos para serem praticados por gestores e equipes. No entanto, deve-se levar em consideração que as decisões não podem ser tomadas de forma verticalizada e observando-se apenas um contexto generalista, principalmente ao atentar-se para as dimensões continentais do Brasil e heterogeneidade entre os estados e regiões em tantos âmbitos (cultural, social, econômico, ambiental, etc).

Cada equipe de APS trabalha junto a populações específicas. Apesar de poder-se observar semelhanças entre todas elas ao longo do Brasil e ser importante a padronização de processos de trabalho, cada uma terá suas próprias questões que farão com que emergam situações particulares. Além disso, as unidades apresentam sua própria cultura organizacional que deve ser levada em consideração no momento em que se estabelecem mudanças.

A elaboração de tecnologias para auxiliar o processo de trabalho do NASF pode ser relevante ao contribuir em melhorar a realidade das atividades das equipes. No entanto, deve-se ter em mente nesse processo de construção todo o contexto real de atuação das equipes em questão entendendo suas complexidades e nós críticos de seus processos, com todo o desenvolvimento da ferramenta centrado em quem irá utilizá-la (profissionais e gestores) e observando-se a cultura organizacional e ambiente em que ela será inserida.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.; SOUZA, A. E. Care protocol of the family health support unit of the municipality of Itapema SC: a contribution to the work process. **RBTS**, v. 1, n. 2, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - V.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: 2014.

BRASIL. Ministro da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF**. Brasília: 2008.

BRETAS-JÚNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 962-971, out./dez. 2015.

CARVALHO, M. C.; ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 746-53, jul./set. 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.** V. 20, n. 4, p. 961-970, São Paulo, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, 174 p.

FRANCO, S.C.; HERNAEZ, A.M. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1871-1880, 2013.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. S. O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 162-173, 2013.

GARCIA, A. B.; MAZIERO, V. G.; ROCHA, F. L. R.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, v. 7, n. 2, p. 2615-2627.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formative das relações institucionais. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 423-440, 2012.

LEONE, C.; DUSSAULT, G.; LAPÃO, L. V. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 149-160, jan. 2014.

HIRDES, A.; SILVA, M. K. R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 582-592, jul./set. 2014.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 4, n. 6, p. 109-6, 2000.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C.. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Di-**

vulgação em Saúde para Debate. N. 52. Rio De Janeiro, 2014.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface (Botucatu)**, v. 18, s. 1; mar. 2014.

PRESTES, L. I. N.; ARAÚJO, A. C. A.; COSTA, C. S.; NASCIMENTO, M. D. W.; OLIVEIRA, D. A. Matrix Support: a Way of Strengthening Health Care Networks In Palmas-TO. **R bras ci Saúde**, v. 15, n. 2, p. 215-218, 2011.

PRIETO, A. M. R.; ZARATE, V. N.; FUENTES, M. S. C. Primary Health Care Characteristics: A view from Family Medicine Standpoint. **Acta Médica Peruana**, v. 30, n. 1, p. 42-47, 2013.

STARFIELD, B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUNFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TESSER, C. D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, ahead of print Epub Nov 03, 2016.

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: abordagens, conceitos e reflexões

*Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Maria Salete Bessa Jorge*

INTRODUÇÃO

Discutir violência institucional torna-se necessário re-visitando o fenômeno violência e suas consequências na saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é reconhecida como: “O uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al, 2002).

A violência apresenta-se historicamente na sociedade, possuindo raízes macroestruturais e segundo Dahlberg & Krug (2006), pode ser evitada, com redução de suas consequências, da mesma forma que a saúde pública conseguiu prevenir e reduzir, em todo o mundo, as complicações relacionadas à gravidez, aos ferimentos em locais de trabalho, às doenças contagiosas e enfermidades causadas por alimentos e água contaminados.

A violência vista na ótica da estrutura das instituições, e paralelamente considerando a história da saúde, apresenta-se tão perversa quanto qualquer outra forma de violência. Esse fenômeno é frequente no sistema de saúde brasileiro e ocorre devido a deficiência dos serviços de saúde, precarização do trabalho, insuficiência de trabalhadores de saúde nas instituições, subfinanciamento na saúde para atender as necessidades da população, estruturas físicas inadequadas para garantir uma atenção humanizada, recursos materiais insuficientes e ou inexistente, e outros. Todo esse cenário leva situações complexas no cotidiano do usuário e do trabalhador, gerando conflitos com os usuários, desgaste e estresse. Nesse sentido, essas situações geram violação dos direitos à saúde conforme a Constituição Federal de 1988 do Brasil.

Percebe-se que o não acesso à educação, saúde, trabalho e outros direitos fundamentais à sua sobrevivência configura em uma violência, seja institucional e ou estrutural. Nesse sentido, o sujeito que comete violência é antes de tudo violentado por um sistema capitalista, desigual, excludente, assim como por um Estado elitista.

A questão ética já vem sendo discutida com relação à violência, e entender e compreender a violência é imprescindível para assumir uma atitude consequente e efetiva na tarefa de controlar ou erradicar a violência. Torna-se necessário entender a violência como comportamento humano, suas causas e suas origens. Portanto, a Psicanálise, a Antropologia, a Sociologia, a História e a Economia são fundamentais para atuar no rompimento do complexo mapa da violência (LANA & FERRIANIM, 2009).

Ao discutir violência, Soares e Carneiro (1996) resgatam conceitos da Marx e Engels, e destacam a condição sócio histórica da violência, considerando os fatores sociais, econômicos e políticos, no tocante da luta de classes do capitalismo, como determinantes da violência, de forma estrutural. Para Lolis (2004, p. 11), verifica-se que a violência surge no contexto identificada a diferentes causas, que vão desde a desigualdade social e as suas diferentes manifestações vinculadas a fatores econômicos, políticos, sociais, históricos, culturais, ético-morais, psicológicos, biológicos, jurídicos e à mídia. Conjunto de causas aparece entrelaçado como uma rede, são transversais aos discursos e apresentam uma historicidade.

A classificação da violência segundo Dahlberg & Krug (2006), está dividida em três categorias: violência autoinfligida - resulta de comportamento suicida e autoagressão, violência interpessoal- que aborda dois tipos: a violência de família e de parceiros íntimos, e a violência na comunidade, a qual geralmente ocorre fora dos lares. A violência coletiva, inclui a violência social, política e econômica. Nossa reflexão será principalmente em relação a violência interpessoal, especificamente a violência institucional presente nos serviços de saúde, no que se refere a deficiência no acesso ao serviço especializado.

O debate sobre a violência institucional nos seus aspectos teóricos e práticos, ainda é pouco presente nos diferentes segmentos da sociedade, tanto para usuários quanto para os trabalhadores de saúde, sejam eles públicos ou privados. A proposta / aposta ética-estética-política é um projeto de sociedade baseada na equidade, em que o acesso a serviços de

saúde com humanização e qualidade reflete a garantia da cidadania numa sociedade democrática (RATTNER, 2009).

Percebe-se que a discussão sobre violência relacionada a garantia de direito, ainda é mais deficiente se for comparado a outros tipos de violência. Por exemplo, os maus tratos vivenciados pelos usuários nos serviços de saúde têm se configurado como violência institucional. Apesar de ser um fenômeno que atinge a população, em especial os que não conhecem seus direitos ainda são bastante escassos os dados estatísticos e estudos voltados para a violência institucional principalmente em relação a violação dos direitos. Essa realidade pode ser atribuída a naturalização e invisibilidade da violência institucional (MARTINEZ- SALGADO, 2012).

O debate em torno da violência institucional ainda é pouco divulgado e discutido. Esse assunto começou a ser ampliado especialmente a partir de três conjuntos de normas de grande importância para a sociedade brasileira: a Reforma Sanitária Brasileira; a Política Nacional de Humanização e o Código de Defesa do Consumidor (TAVARES, 2013). A implantação da Política de Humanização da Assistência Hospitalar e a Política de Humanização do Parto e Nascimento são exemplos de respostas à insatisfação dos usuários com um tratamento denunciado como desrespeitoso, violento e uso indiscriminado de tecnologias que resultam em altas taxas de cesarianas e dor iatrogênica (AGUIAR et al, 2013). Nesse sentido, Deslandes (2004, p.9) refere que, “resgatar a humanidade do atendimento, numa primeira aproximação, é ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do ‘outro’ em sua humanidade”.

Por fim, discutiremos ainda, direitos humanos, violência estrutural e simbólica. Minayo (2006) além dos tipos classificados pela Organização Mundial de Saúde acrescenta a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia. Refere que é difícil de ser quantificada, pois ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, perpetua-se nos processos sócio históricos, naturaliza-se na cultura e gera privilégios e formas de dominação. Nesse sentido refletir sobre a violência institucional nos serviços de saúde traz também a reflexão sobre a violência estrutural.

Violência e a saúde: desafios atuais

A violência é um fenômeno sociohistórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela transforma-se em problema para a área da saúde, pois afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2006).

Percebe-se que toda reflexão teórico-metodológica sobre esse fenômeno, traz à tona a complexidade, polissemia e controvérsia do objeto, pois a violência existe de diferentes tipos, envolve variados sujeitos, coletividades, instituições e tem uma relação política, econômica e cultural.

A violência, nem sempre traz ao indivíduo vitimizado sofrimento ou morte, mas impõe um peso substancial em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em

todo o mundo podendo resultar tanto em problemas físicos, psicológicos e sociais, que podem ser imediatos ou durar por anos após o ato abusivo. Portanto, essa definição é ampla, pois a violência se associa a intencionalidade do ato, independentemente do que vier a ocorrer, resultando em uma relação de poder desigual (DAHLBERG & KRUG, 2006).

Nesse sentido, a violência é caracterizada como fenômeno de causalidade complexa e multifatorial, podendo ser definida como ações realizadas por um ou mais indivíduos e que ocasionam danos físicos ou psicológicos a si próprio ou a outros (REICHENHEIM et al, 2011).

A alta incidência da violência, tanto em nível nacional quanto mundial, e seu impacto na vida das pessoas e coletividades fizeram com que esta questão se transformasse numa prioridade da saúde pública mundial, pois pela sua complexidade envolve a conscientização e a participação efetiva de toda a sociedade (MINAYO, 2010). Este aspecto se reflete nos serviços de saúde, constituindo-se desafios para os profissionais de saúde quando são convocados a darem mais atenção ao tema da violência, fenômeno social crescente e indicador da instalação de uma “sociedade de risco” (DANTAS- BERGER & GIFFIN, 2011).

A “institucionalização do conflito” é a fórmula convencional para esconjurar a violência da política, uma solução que remonta ao pensamento de Maquiavel, no século XVI. No entanto, as próprias instituições podem ser percebidas como vetores da violência (estrutural ou sistêmica) contra determinados grupos sociais (MIGUEL, 2015). Para o autor (2015), longe de serem neutras, elas codificam padrões de dominação.

Segundo Miguel (2015), a violência permanece sendo o coração oculto da política. No entanto, a relação entre uma e outra é pouco explorada na maior parte da reflexão acadêmica, permanecendo como um fato desagradável sobre o qual é melhor não pensar.

Estudos tem revelado que a violência é vista como um grande problema social que atinge toda a sociedade, prejudicando principalmente crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos; sendo responsável pelo adoecimento, mutilações e mortes causadas por ações realizadas por indivíduos ou grupos, provocando danos físicos, emocionais e/ou espirituais a eles próprios ou a outros; além de gerar despesas para os serviços públicos (SCHRAIBER et al, 2012; BRASIL, 2009).

Nas últimas décadas houve um crescimento significativo desse fenômeno no Brasil, representando a terceira causa de morte na população geral. A violência urbana foi a principal responsável pela morte dos brasileiros de 1 até 39 anos de idade. No histórico de 30 anos, o Brasil passou de 11,7 homicídios em 100 mil habitantes em 1980 para 26,2 em 2010, configurando um aumento real de 124% no período ou 2,7% ao ano. Em relação aos acidentes de trânsito, no período de 2000 a 2010, o número de mortes passou de 28.995 para 40.989 nas vias públicas, o que representou um aumento de 41,4% em 10 anos (BRASIL, 2008; WAISELFISZ, 2011; WAISELFISZ, 2012b).

Para Reichenheim e colaboradores (2011), além dos determinantes sociais, o uso indevido de álcool, as drogas ilícitas e a disponibilidade de arma de fogo têm sido associadas à ocorrência de parte da violência no Brasil. Esse

agravante faz parte da grande maioria dos territórios atendidos pela Estratégia Saúde da Família, com presença no cotidiano dos profissionais de saúde levando-os a situações de angústia, medo, interferência no processo de trabalho das equipes, em especial no que se refere a realização de visitas domiciliárias, organização de grupos e outros.

Nessa perspectiva, a violência possui múltiplos fatores, complexos e correlacionados com determinantes sociais e econômicos como o desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, entre outros, além de aspectos relacionados aos comportamentos e cultura, como o machismo, o racismo e a homofobia (BRASIL, 2008).

Portanto, diante de sua complexidade, exige maior integração de esforços, ações intersetoriais, interdisciplinares e multidisciplinares, maior organização e participação da sociedade civil, com envolvimento efetivo das comunidades que militam por direitos, cidadania e atendimento dos serviços de saúde, de forma integral e humanizada (BRILHANTE, 2009).

Dados internacionais de 84 países do mundo apontaram o Brasil ocupando o 7º lugar em relação às taxas de homicídio feminino. No período de 1980 a 2010 foram assassinadas no país mais de 92 mil mulheres. 43,7 mil só na última década, representando um aumento de 230%, com destaque para um leve decréscimo em 2007 que correspondeu ao primeiro ano de vigência efetiva da Lei nº 11.340 de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha. No entanto, os homicídios voltaram a crescer rapidamente até o ano 2010, sendo que 41% dos casos aconteceram na residência (WAISELFISZ, 2012a).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Justiça (MJ) e Fórum Brasileiro de Segurança Pública, envolvendo 266 municípios com mais de 100 mil habitantes, no ano 2009, confirma que, embora esteja espalhada por todo o País, a violência vem crescendo no Norte e Nordeste. Esse é um reflexo de indicadores sociais baixos, poucos recursos para aplicação em sistemas de segurança pública e poucas políticas preventivas (BRASIL, 2010).

O Estado do Ceará apresenta a maior taxa da região, 46,9. Foram escolhidos os municípios com a situação mais agravada: Caucaia (65,8), Fortaleza (72,7), Juazeiro do Norte (53,1), Maracanaú (73,7) e Sobral (52,1). Situação parecida pode ser observada em Sergipe, com taxa de 45,0; e foram escolhidos para o Pacto a capital Aracaju, que possui a taxa de 42,0, e o município de Nossa Senhora do Socorro, com 61,2 (BRASIL, 2015).

Ainda para o Ministério da Justiça (2015) as taxas de homicídios de mulheres, idosos e crianças por 100 mil habitantes indicam casos altos de violência doméstica e de um tipo de homicídio específico, que ocorre dentro das relações de poder da esfera familiar. Locais com altas taxas desse tipo de homicídio precisam de um investimento maior de intervenção nas relações violentas perpetradas no ambiente doméstico.

O Governo do Estado lançou o programa “Pacto por um Ceará Pacífico” no ano de 2015, em parceria com 11 linhas de ações intersetoriais, em áreas como Justiça, emprego e renda, saúde, entre outros. O bairro Vicente Pinzon, no município de Fortaleza foi instituído como o primeiro território de atuação, sendo o projeto-piloto para 2015. A

iniciativa abrange programas, projetos e ações voltadas para a prevenção da violência e redução da criminalidade. O objetivo do programa é construir uma cultura de paz em todo o território cearense, opera a partir de políticas públicas interinstitucionais de prevenção social e segurança pública (CEARÁ, 2015).

Na sociedade contemporânea, as estruturas sociais, os processos políticos perversos e as políticas de governo sem equidade geram inequidades que correspondem à injustiça social, pois são advindas de desigualdades relacionadas com renda, educação e classe social. Desse modo, algumas dessas desigualdades, constituem iniquidades ao gerarem indignação e mobilização social, posto que além de injustas, são iníquas e, portanto, moralmente inaceitáveis, a exemplo de um óbito infantil por desnutrição, uma negação de cuidado por razões mercantilistas ou uma mutilação decorrente de violência racial ou de gênero (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014).

O relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) lançado em 2008 propõe a melhoria das condições de vida dos grupos vulneráveis, o conhecimento e acompanhamento das tendências das iniquidades em saúde e o enfrentamento da desigual distribuição de poder, dinheiro e recursos para a atenção à saúde (FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

Por tratar-se de uma discussão complexa e conflitante, vários estudiosos, em diversos tempos, tentaram explicar o fenômeno da violência, referindo que não há uma teoria, ou definição única para a violência, considerando sua complexidade e características peculiares nos diferentes momentos da sociedade. Chauí (2006), refere por exemplo que as

várias culturas e sociedade não definiram nem definem a violência da mesma forma. Ao contrário, dão-lhe conteúdos diferentes, segundo os tempos e lugares. Sendo assim, o que uma sociedade ou cultura julga violenta pode não ser avaliada por outra da mesma forma.

Violência institucional e às Políticas de Saúde

O conceito de instituição definido por Lourau, baseou-se em Hegel e Castoriadis, onde o primeiro fundamenta a noção dialética a partir da concepção de um movimento de afirmação/negação e negação da negação (HEGEL,1980); e Castoriadis (1982) refere que cada instituição social é entendida como resultado de um movimento dialético contínuo entre instituído/ instituinte (LOURAU, 2014).

Nesse sentido, instituição é definida como “uma norma universal, ou considerada como tal, quer se trate de casamento ou da educação, quer da medicina, do trabalho assalariado, do lucro, do crédito, chama-se instituição” (LOURAU, 2014). Para o autor ainda, são também instituições: constituir uma família, casar-se, fundar uma associação, começar um negócio, etc. Ou seja “formas sociais visíveis dotadas de uma organização jurídica e/ou material”: escola, empresa, etc.

Para o autor (2014) as instituições não podem ser simplesmente aceitas como meios de superação da expressão violenta do conflito porque elas não são externas a este conflito. Elas nascem do conflito e agem sobre o conflito, via de regra privilegiando, com seus vieses, os interesses dominantes e contribuindo para anular, marginalizar ou moderar

as reivindicações de mudança. Elas reforçam as interdições e assimetrias que definem a violência estrutural.

Discutiremos a seguir a violência existentes nas instituições de saúde a partir da violação dos direitos do sujeito, garantidos na Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como um direito social fundamental.

A violência institucional conforme Ventura (2009) está presente quando ocorrer o desrespeito ao direito de não discriminação, de uma assistência efetiva e resolutiva, de acesso a todos os recursos disponibilizados pelo Sistema de saúde, portanto presença de violação de normas éticas e legais de direitos humanos. Nesse sentido, pode ser incluída a falta de acesso, maus tratos em virtude das relações de poderes desiguais entre usuários e profissionais com presença de violência física, psicológica. Ressalta-se também a violência vivenciada pelos trabalhadores de saúde, situação frequente nos serviços de saúde, porém subnotificada.

Portanto, esse tipo de violência ocorre nas instituições públicas, locais onde deveriam ser garantidos atenção humanizada, resolutiva e responsável. Exemplo de violência institucional comum na saúde é a não garantia de acesso a mulher com gestação de risco a atenção especializada em muitos municípios brasileiros. Tal fato pode ser atribuído a uma naturalização e invisibilidade da violência institucional. Essa situação é muito pouco difundida nos diversos segmentos da sociedade, tanto dos usuários quanto dos profissionais das distintas áreas dos serviços, sejam eles públicos ou privados (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012).

Estudos revelam que ao ocorrer violência institucional por exemplo contra as mulheres gestantes em maternidades,

observa-se um rompimento no compromisso da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV, o qual garante cuidados e assistência especiais a maternidade e a infância (ABUJAMRA; BAHIA, 2009).

Nesse sentido, a violência institucional na saúde reflete a precariedade dos recursos materiais e humanos, a descontinuidade da atenção nas diferentes redes de atenção à saúde, a deficiência na garantia da atenção integral, humanizada e resolutiva, principalmente nos casos de encaminhamentos realizados pela rede de atenção primária à saúde a atenção especializada, ao acesso a exames de média e alta complexidade.

Ressalta-se aqui, os avanços do sistema de saúde brasileiro, entretanto continua como grandes desafios a garantia de seus princípios, ou seja, a integralidade da atenção, a universalidade e a equidade. A população brasileira cada vez mais tem se emponderado dos seus direitos e procurado a justiça ou outros órgãos para que sejam reconhecidos seus direitos conforme Constituição Federal de 1988, e outras legislações como a lei 8080/90 do Sistema único de Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha e outras.

A partir da Constituição Federal de 1988 à saúde passa a ser um direito fundamental, e com legislação brasileira inúmeras declarações internacionais de direitos humanos foram criadas. Percebe-se, portanto, o quanto o Brasil avançou nas suas legislações, entretanto, torna-se necessário de forma permanente a luta por esses direitos da população e da sociedade civil organizada, já que as legislações por si só não têm conseguido garantir o que já é de direito.

Percebe-se a invisibilidade desse fenômeno nos serviços de saúde, em todas as redes de atenção, em especial a atenção especializada, pois a deficiência no acesso é naturalizada banalizada, seja pelo usuário, trabalhador e gestor no contexto do cuidado. Embora o sistema de saúde brasileiro esteja organizado na perspectiva da Atenção Primária à Saúde - APS como coordenação do cuidado, ainda persiste a deficiência em relação a referência, contrarreferência.

Na saúde da mulher por exemplo, o Ministério da Saúde implantou no ano de 2011 a Rede Cegonha, que tem como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, a Rede Cegonha organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011a).

Portanto, traz a organização dos serviços no acesso a gestante as diferentes redes de atenção, seja durante o pré-natal, parto e puerpério, assim como a atenção a criança. No pré-natal os serviços de saúde necessitam vincular a gestante a uma unidade de referência com garantia de atenção integral. Entretanto, a deficiência nesse encaminhamento, e a não integração das redes de atenção dificultam a garantia da atenção integral, situação complexa presente no cotidiano das mulheres em gestação, dos familiares, profissionais de saúde, em especial da Estratégia Saúde da Família e gestores.

Qualquer país tem como princípio definir explicitamente o financiamento em saúde a partir do conceito de saúde integral. Na sua inexistência, o exercício da subjetivi-

dade poderá fazer com que as demandas de saúde sejam infinitas e representem não só o que é necessário (MEDICI, 2010). Diante dessa situação, os governos têm vivenciado situação complexas em relação a judicialização na saúde.

A judicialização da saúde muitas vezes, é mais um obstáculo para o acesso equitativo por permitir que pessoas adentrem os serviços de saúde sem observar as suas portas de entrada e o seu acesso regulado, com a atenção primária como coordenadora do cuidado, portanto, principal porta de entrada no sistema. Uma medida liminar pode garantir ações e serviços que nem sempre são ou serão incorporadas no padrão de integralidade destinado a toda a população ante seu custo-efetividade ou outra questão técnico-sanitária, ferindo assim a universalidade do acesso (SANTOS & ANDRADE, 2012).

Para os autores (2012) O direito à saúde necessita, ainda, de resposta quanto ao que cabe nesse direito. O cidadão precisa participar da definição das políticas de saúde imbuído do seu dever de solidariedade social no sentido de se opor por escolhas justas de modo a permitir a universalidade do seu acesso de forma igualitária.

Entretanto, ainda se presencia situações de peregrinações da população por diversos serviços na busca pelo atendimento e a longa espera são características do sistema de saúde brasileiro que, por serem tão arraigadas na cultura, não são muitas vezes reconhecidas como violência. Muitas vezes, médicos, administradores, funcionários da instituição e os próprios pacientes aceitam que “pacientes devam esperar pelo seu atendimento” (LEAPE et al., 2012).

Autores referem que no Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema único de Saúde (CONASS, 2003; GIOVANELLA et al., 2009).

Estudo realizado no ano de 2009 em diferentes cidades da Espanha revelou problemas de espera no Sistema de Saúde (CONILL et al., 2011). No ano de 2003 foi criada a Lei 16/2003, de Coesão e Qualidade do SNS, com objetivo de estabelecer um catálogo de prestações comuns, com definição de garantias de tempos máximos. A partir de março de 2004 (Decreto 96), foram garantidos tempos máximos de 60 dias para primeira consulta com especialista e de 30 para realização de procedimento diagnóstico solicitado pelo médico de família y comunidade (MFyC) ou especialista. Quando o tempo máximo é superado, o usuário pode solicitar atendimento no setor privado (CONILL et al., 2011).

Nesse sentido, observa-se que a fila de espera, deficiência no acesso, está presente nos diferentes sistemas de saúde do mundo, entretanto estratégias importantes são desenvolvidas para o enfrentamento do fenômeno. Posteriormente serão abordados outros tipos de violência nos serviços de saúde, como a violência simbólica e estrutural.

Avanços importantes ocorreram ao longo desses anos com a implantação e implementação de diferentes políticas públicas no nosso país, entretanto, ainda é necessária maior redução da desigualdade social, como a geração de emprego, acesso a saúde, educação, moradia e outros para que efetivamente sejam garantidos os direitos do cidadão brasileiro. Portanto, a questão do enfrentamento a esse problema é

complexa e desafiadora diante de um cenário capitalista que estamos inseridos.

A violência institucional, será trazida nessa discussão, à luz da deficiência no acesso aos serviços de saúde, e quanto às relações de poder entre profissionais e pacientes, e profissionais de diferentes redes de atenção segundo os autores, Bourdier, Arent e Foucault.

Para Arendt (2009), o poder surge a partir da ação e da fala de um grupo e, portanto, é um fim em si mesmo, existe “entre” os homens e não como um bem material, um atributo ou instrumento para se chegar ao fim.

O poder é uma forma de ação sobre a ação dos outros e se exerce por meio das relações. Percebe-se teoricamente uma distinção, pois, o conceito de poder de Arendt reflete sobre o poder da medicina e a sustentação de sua autoridade sobre os sujeitos, e o conceito foucaultiano contribui na compreensão “como” esse poder se exerce nas relações cotidianas (FOUCAULT, 1995).

Segundo Foucaut (2004), os problemas ligados as questões de poder, tem sido um dos principais entraves aos projetos de desenvolvimento da humanidade, sendo este problema, parte do cotidiano do trabalho, nas relações entre os técnicos, entre técnicos e a comunidade ou até mesmo, dentro da própria comunidade.

Nesse sentido, a violência institucional tem por conceito a prática exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão, podendo incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso, forma como o usuário é tratado, à má qualidade dos serviços.

Pesquisa realizada sobre violência institucional em maternidades públicas de São Paulo revelou que as gestantes e parturientes reconhecem práticas discriminatórias e tratamentos grosseiros, pelos profissionais da saúde, e que essas experiências ocorrem de maneira frequente, revelando uma banalização desta violência (AGUIAR et al. 2011).

As instituições de saúde, frequentemente, adotam várias formas de opressão de maneira sinérgica, reproduzindo comportamentos e rotinas discriminatórias sem que consigam reconhecer nessas rotinas seu conteúdo opressor (DINIZ, 2006). Para Mello e colaboradores (2008) a violência institucional é um fenômeno decorrente das relações de poder assimétricas e geradoras de desigualdades, presentes na sociedade contemporânea e incorporadas à cultura das relações sociais estabelecida em algumas instituições, sejam elas públicas ou privadas.

A partir da implantação do Sistema único de Saúde no Brasil, mudanças importantes foram realizadas no que se refere a garantia de acesso a população a atenção integral e com qualidade, entretanto, ainda nos deparamos com diferentes fragilidades nesse sistema, em especial no que se refere ao financiamento da saúde.

O acesso pode ser entendido como o uso dos serviços em tempo adequado para a obtenção do melhor resultado possível (TRAVASSOS & CASTRO, 2008), sendo, portanto, o tempo ou o conceito de oportunidade essencial para a avaliação da qualidade.

Percebe-se ainda, a existência de uma atenção dispensada a população de forma fragmentada, não humanizada e com grandes dificuldades de articulação e diálogos entre

as redes de atenção. Diante dessa situação, o usuário vivencia a violência institucional sem mesmo percebê-la, embora em alguns momentos tenha apresentado revolta, angústia, sofrimento e vitimizado o trabalhador de saúde por toda a condição apresentada. Portanto, a violência institucional também é vivenciada pelos trabalhadores de saúde, seja vitimizados pelos usuários, acompanhantes, pelos gestores, pelos próprios colegas de trabalho.

A Política Nacional de Atenção Básica em seus fundamentos e diretrizes determina que devam ser estabelecidos os mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupondo que o serviço de saúde deve estar organizado para acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva para resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, mesmo que demande a oferta de outros serviços da rede de atenção. Deste modo, o acolhimento, a vinculação, a responsabilização e a resolutividade são fundamentais para efetivar a atenção básica como porta de entrada preferencial (BRASIL, 2011).

No ano de 2004, o governo federal implantou a Política Nacional de Humanização, a qual é orientada por princípios e diretrizes, também possui uma promessa de efetivar não só transformações no modo de fazer, mas também de uma implicação subjetiva de transformar a própria realidade, de novas criações e até mesmo possíveis inovações nas práticas de saúde.

A percepção que se tem em relação as políticas públicas implantadas no Brasil é de avanços, porém algumas políticas ainda estão deficientes, pois não conseguem garantir

e atender de forma integral dos que dela necessitam, uma vez que sair do que está nas legislações, nos decretos e se efetivarem, ainda existem lacunas a serem enfrentadas pelos governos e pela sociedade.

O Sistema Único de Saúde - SUS está assentada em três pilares: *rede (integração dos serviços interfederativos, regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços)*. Estes pilares conforme dispõem o art. 198 da CF, sustentam o modelo de atenção à saúde no nosso país (SANTOS & ANDRADE, 2011). Para a Organização Pan-Americana e a Organização Mundial de Saúde, os sistemas de saúde sob a forma de redes integradas constitui uma estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (WHO, 2008; OPS, 2005).

Portanto, a violência institucional é banalizada e invisível por todos, inclusive pela sociedade. O caráter violento do aparelho estatal, é percebido diretamente pelos mais pobres, pelos moradores das periferias e pelos negros. O Estado, diante desses grupos, manifesta-se sobretudo por meio de seu aparelho coercitivo – que pode faltar, quando se trata de protegê-los, mas está sempre presente, quando é para reprimi-los. A violência organizada do Estado, que é produzida e sancionada institucionalmente, age no sentido de reprimir formas cotidianas de conflito, produzidas pela concentração de poder político e econômico (MIGUEL, 2015).

Para o autor (2015), as instituições e as práticas sociais continuarão regulando o acesso a bens simbólicos e mate-

riais, ou seja, vedando o acesso de alguns que eventualmente desejariam obtê-los. E como enfrentar a questão relativa às reações violentas (abertas) à violência (estrutural) de uma sociedade injusta? Não é razoável apenas inverter a positividade passar a glorificar automaticamente a violência dos dominados (por ser “dos dominados”), da mesma forma como ela é, em geral, automaticamente condenada (por ser “violência”). O dilema que caracteriza a relação entre política e violência precisa ser mantido como dilema. Não existe uma posição normativa absoluta, muito menos uma solução prática.

Entretanto, os determinantes macroestruturais são predominantes. O Estado é apresentado como o principal agente da violência que se origina na desigualdade social. Nesse sentido, a violência estrutural está presente no cotidiano da população, mas passa despercebida e invisível, mesmo ao tornar-se geradora de muitas outras violências, ainda não é pouco discutida.

Direitos Humanos, Violência Estrutural e Simbólica

Refletir sobre direitos humanos, nos remete a uma discussão sobre a história da humanidade, a necessidade de desnaturalizar algumas acepções hodiernas dos institutos do direito, pensar em uma sociedade justa, livre de qualquer tipo de violência, com garantia ao exercício de cidadania.

As relações entre direito e saúde apresentam grandes desafios para o futuro dos sistemas de saúde, não só no Brasil, mas em grande parte do mundo. Dado que o setor saúde necessita de permanente regulação para resolver im-

perfeições de mercado, o poder judiciário passa a ser, por excelência, o campo de aplicação para a solução de conflitos entre as necessidades e direitos instituídos e as instituições públicas e privadas de saúde (MEDICI, 2010).

O ser humano passa a ser considerado em sua igualdade essencial pela primeira vez na História a partir do período axial, onde passa a ser dotado de liberdade e razão, não obstante as múltiplas diferenças de sexo, raça, religião ou costumes sociais. (COMPARATO, 2011). Para o autor (2011) a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão já nasce com um objetivo universalizante. Além disso, ela é um movimento político que tende ao futuro e representa uma tentativa de mudança radical das condições de vida em sociedade. Nessa perspectiva, a preocupação com os direitos do homem passa a ocupar um lugar de destaque para os Estados, ou seja, juntamente com o processo de normatização do Direito aparece a preocupação com a afirmação normativa dos direitos fundamentais, consagrados pelas Constituições e pelos tratados internacionais, culminando, a partir da segunda metade do século XX, com o chamado Direito Internacional dos Direitos Humanos (DIDH).

A Violência simbólica consiste na imposição de significações como sendo legítimas, ocultando ou dissimulando o fato de que os significados são arbitrariamente selecionados, a fim de que, por este processo de ocultação ou dissimulação, seja conquistada a cumplicidade dos dominados, isto é, dos destinatários da violência simbólica (BOURDIER, 2008).

Esse tipo de violência se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao do-

minante (e, portanto, à dominação), quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural; [...] resultam da incorporação de classificações, assim naturalizadas, de que seu ser social é produto. (BOURDIEU, 1999, p. 46-7). E a manutenção desta força “invisível” se dá por um processo cultural de assimilação dos mecanismos de dominação que vai efetivando uma dissimulação das estratégias da violência simbólica. É mais: o dominado, embora revoltado, não consegue, em estado isolado, opor-se a esta dominação, restando-lhe aceitá-la.

Em relação a violência estrutural, para Silva (2009), ela consiste na imposição de regras, valores e normas, de forma que estas pareçam naturais e necessárias ao desenvolvimento da sociedade capitalista e ao progresso. Esta violência envolve tanto a caráter econômico – da estrutura, quando o ideológico – superestrutura, uma vez que a ação violenta se dá no plano material, mas que se utiliza da ideologia para legitimá-la socialmente e torná-la imperceptível.

Portanto, a violência estrutural traz a violação direitos humanos, torna a população permanentemente em situação de vulnerabilidade, pois sua presença está nas diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras.

O conceito de vulnerabilidade trazido por Ayres (2010) refere a sua aplicação aos desafios contemporâneos

da saúde, e neste caso específico ao da violência, considerando que este tem origem na necessidade de agir, ou seja, intervir sobre o problema; propõe-se a constituir saberes mediadores entre diferentes áreas do conhecimento, entre a teoria e a ação; tem seu interesse central na busca de sínteses que consistem na capacidade de identificar a singularidade de certos eventos para agir sobre eles; busca a compreensão e interpretação, em virtude de a violência tratar-se de problema de saúde vinculado a comportamentos humanos, aspectos sociais, culturais e subjetivos, além de vislumbrar a politicidade, a intersubjetividade e a construção de respostas frente ao fenômeno da violência.

É necessário entender que a violência sistêmica e estrutural é em si mesma violência, na medida em que impede formas de ação e acesso a bens e espaços, por meio da coerção física ou da ameaça de seu uso. A violência estrutural é camuflada por sua conformidade às regras; é naturalizada por sua presença permanente na tessitura das relações sociais; é invisibilizada porque, ao contrário da violência aberta, não aparece como uma ruptura da normalidade (MIGUEL, 2015).

Para o autor (2015), a violência estrutural tem beneficiários, mas não tem necessariamente perpetradores particularizáveis. Assim, não há como discutir a relação entre violência e política sem introduzir a violência estrutural, que, como será discutido adiante, muitas vezes está incorporada nas próprias instituições que devem prevenir a violência aberta.

Portanto, esse fenômeno é um componente permanente da política, afirmação que pode ser entendida de três

formas complementares. Em primeiro lugar, os constrangimentos que ela impõe afetam diferentemente os diferentes grupos sociais, distribuindo de forma muito desigual os recursos necessários para a ação política. Em segundo lugar, é o poder político que mobiliza as forças da ordem, que simultaneamente buscam impedir a violência aberta e evitar a oposição à violência estrutural. Por fim, os mecanismos que geram tal violência são – a despeito do que gostaria Hannah Arendt – uma das questões centrais da luta política (MIGUEL, 2015).

Percebe-se que a violência estrutural tem relação com diferentes tipos de violência. Na violência doméstica, por exemplo, Guerra (2008), refere essa relação, pois, ocorre entre classes sociais influenciadas pelo modo de produção das sociedades desiguais, esta apresenta outros determinantes, que não são apenas os estruturais, em virtude da sua natureza interpessoal, de aspecto intersubjetivo podendo, portanto, manifestar-se em qualquer classe social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensarmos as políticas de saúde existentes em nosso país, nos remete aos avanços ocorridos, assim como aos desafios ainda a serem enfrentados, pois nos deparamos com um sistema de saúde fragmentado, e muitas vezes excludentes.

A superação da violência institucional envolve questões de lutas da sociedade civil organizada, docentes, discentes, trabalhadores de saúde e usuários na defesa e garantia do

que já é garantido por lei, “o direito a saúde”. Percebe-se a necessidade cada vez mais da existência de discussão com a população quanto o seu empoderamento para que de fato os direitos presentes na Constituição Federal de 1988 não sejam violados.

Torna-se necessário a não naturalização, banalização de qualquer tipo de violência, em especial da violência institucional, necessitando de forma permanente a realização de diálogo entre os trabalhadores de saúde, usuários e gestores, no sentido de implicá-los, construírem de forma coletiva estratégias e caminhos na busca da garantia da integralidade da atenção, com equidade, de forma resolutiva e humanizada. Torna-se necessário, portanto, romper com barreiras que possam existir seja em relação a hierarquias, assim como concepção de direitos humanos.

Quanto a violência institucional existente nos serviços de saúde, torna-se necessário que as instituições de saúde invistam em diálogos mais frequentes com a comunidade e com os trabalhadores, no intuito de amenizar os conflitos e cultivar uma cultura de paz, com fortalecimento de vínculos, solidariedade e responsabilização de usuários, trabalhadores de saúde e gestores no enfrentamento do problema. Nesse sentido, é fundamental que se tenha real conhecimento da situação de violência vivenciada pelo trabalhador a partir de sensibilização da importância da notificação, de modo que se possa conhecer o perfil epidemiológico do serviço de saúde e traçar estratégias para sua prevenção.

As instituições de saúde precisam repensarem como enfrentar esse fenômeno, assim como fortalecer os vínculos com a população dos diferentes territórios no intuito de

amenizar os conflitos e cultivar uma cultura de paz. Importante ainda, que seja identificado as necessidades da população e desenvolver planejamento em saúde compartilhado e de forma coletiva.

Portanto, torna-se desafiador o enfrentamento da violência institucional pela população e sociedade civil organizada, pois apesar das lutas ocorridas ao longo da implantação do Sistema Único de Saúde- SUS, ainda muito se tem a fazer para que o sistema brasileiro possa atender todos os cidadãos, sem discriminação, de forma integral, universal, gratuito e igualitário.

Nesse sentido, a participação da população e sociedade civil organizada necessita fortalecer as lutas mobilização para impedir que os direitos conquistados sejam violados, e propor alternativas que venham superar essas desigualdades impostas pelo capitalismo sustentadoras da nossa sociedade e que interfere no direito à saúde. Assim, torna-se imperioso exigir das três esferas de governos, que cumpra com o seu papel constitucional de garantir o acesso ao direito à saúde conforme a Constituição Federal de 1988, não permitindo, diferenciação de classes, pois tem aumentado cada vez mais as desigualdades sociais existentes no nosso País.

Bibliografia Básica

ABUJAMRA, A. C. P.; BAHIA C. J. A. O Direito Social À Saúde na Constituição Federal de 1988: **Reserva do Possível e Mínimo Existencial – Limites?** Rev. Novatio Iuris, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 49-76, 2009.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. **Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface – Comunicação Saúde Educação. v. 15, n. 36, p. 79-91. 2011.

AGUIAR, J. M., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., SCHRAIBER, L. **B.Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013.

ALMEIDA-FILHO, Naomar de; PAIM, Jairnilson Silva. Conceitos de saúde: **atualização do debate teórico-metodológico**. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Orgs.). Saúde coletiva: **teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

ARENDRT H. Sobre a violência. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**; 2009.

AYRES JR. M. Vulnerabilidade e violência: **a resposta social como origem e solução do problema**. In: WESTPHAL M, BYDLOWSKI CR. **Violência e juventude**. São Paulo (SP): Hucitec; 2010. p. 59-71.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. A reprodução: **elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Trad. Reynaldo Bairão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

_____. **A dominação masculina**. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Temática prevenção de violência e cultura de paz III. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2009. [acesso 12 mar. 2017]. Disponível em: <http://pfcdc.pgr.mpf.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio>.

_____. Ministério da Justiça (BR). Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência IVJ-Violência. [internet]. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 2010. 31 p. [acesso 8 mar. 2017]. Disponível em: http://downloads/relatorio_pjpv_2009.pdf

_____. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005)**. Diário Oficial da União 2011; 26 jan.

_____. Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - **a Rede Cegonha**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: < <http://goo.gl/PkrXAJ>>. Acesso em: 16 Mar. 2017.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a.

_____. Diagnóstico dos homicídios no Brasil : **subsídios para o Pacto Nacional pela Redução de Homicídios** / Cíntia Liara Engel ... [et al.]. -- Brasília : Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2015, 271 p.

BRILHANTE, APCR. **Prevalência e fatores associados a violência intrafamiliar contra a criança em uma área atendida pela Estratégia Saúde da Família**. Fortaleza, 2010. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, CE.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará, **“Pacto por um Ceará Pacífico”**. <http://g1.globo.com/ceara/noticia/2015/08/governo-do-ceara-lanca-o-pacto-por-um-ceara-pacifico.html>, Acesso em 12 marc., 2017.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2011.

CONILL, E. M; GIOVANELLA, L,; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? **Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2783-2794, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: Conass; 2003.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia** (12a ed.). São Paulo: Ática, 2006.
DAHLBERG, L. L. & KRUG, E. G. Violência: **um problema global de saúde pública**. *Ciênc. saúde coletiva* vol.11 (sup), p.1163-1178, 2006.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: **o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. *Questões de Saúde Pública*. v. I, n. 1, p. 80-91. 2006.

DANTAS- BERGER SM, GIFFIN KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: **perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro**. Interface (Botucatu), 2011; 15(37):391-405.

DESLANDES SF. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9:7-14.

FILHO, AP; BUSS, PM; ESPERIDIÃO, MA. Promoção da saúde e seus fundamentos: **determinantes sociais de saúde, ação intersectorial e políticas públicas saudáveis**. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Orgs.). Saúde coletiva: teoria e prática. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P; DREYFUS, H. L. MICHEL FOUCAULT: **uma trajetória filosófica** (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. Vigiar e punir: **nascimento da prisão**. 35ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, ALMEIDA PF, ESCOREL S, SENNA MCM, FAUSTO MCR, DELGADO MM, ANDRADE CLT, CUNHA MS, MARTINS MIC, TEIXEIRA CP. Saúde da família: **limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil**. Cien Saude Colet 2009; 14(3):783-794.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo **Violência de Pais Contra Filhos: a tragédia revisitada**, 6ª edição. São Paulo: Cortez, 2008.

KRUG EG et al. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LANA, E. S. S. FERRIANIM, M. G. C. **A violência institucional em creches e pré-escolas sob a ótica das mães.** Rev Bras Enferm Brasília 2009 jan-fev (1) 45-50.

LEAPE, L. L.; SHORE, M. F.; DIENSTAG, J. L.; MAYER, R. J.; EDGAMN-LEVITAN, S. P. A.; MEYER, G. S.; HEALY, G. B. **Perspective: a culture of respect, Part I: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians.** Academic medicine. v. 87, n. 7, p. 845-52. 2012.

LOURAU, R. **A Análise Institucional.** Tradução de Mariano Ferreira .3.ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014- Coleção: Psicologia Social.

LOLIS, D. A violência cotidiana em diferentes espaços institucionais da periferia da cidade de Londrina. In: **serviço social em revista.** Volume 7 – nº1. Jul/Dez 2004. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/c-v7n1.htm>. Acesso em: 14 mar. 2017.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria.** Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2004a.

_____. **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: **trajetória histórica.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2007; 11(Sup): 1259-1267.

MINAYO M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: **trajetória histórica.** Cien Saude Colet 2010; 11(Supl.):1259-1267.

MEDICI, A. C. **Judicialização, integralidade e financiamento da saúde.** Diagn Tratamento. 2010;15(2):81-7.

MARTÍNEZ-SALGADO, Carolina. **El muestreo en investigación cualitativa**. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 613-619, 2012.

MELO, C. O. M.; MOREIRA, S. N. T.; TERTULIN, F. F.; AZEVEDO, G. D. **Considerações sobre violência institucional no âmbito da saúde sexual e reprodutiva**. *Femina*. v. 36, n. 2, p. 73-7. 2008.

MASCARENHAS MDM, ANDRADE SSSA, NEVES ACM, PEDROSA AAG, SILVA MMA, MALTA DC. **Violência contra pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor de saúde**. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(9):2331-2341.

MIGUEL, L. F. **Violência e Política**. Universidade de Brasília (UnB), Brasília – DF, Brasil. *RBCS* v. 30 n° 88 junho/2015. *REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - VOL. 30 N° 88*.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

OPS. **Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas**. 2005.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: **breve referencial teórico**. Interface (Botucatu), Botucatu, 2009.

REICHENHEIM, ME, SOUZA ER, MORAES CL, MELLO JORGE MH, SILVA CM, MINAYO MCS. Violência e lesões no Brasil: **o efeito, os progressos realizados e os desafios à frente**. Lancet. 2011;377:1962-75.

SCHRAIBER, L. B, D'OLIVEIRA A. F. P. L, HANADA, H., KISS, L. Assistência a mulheres em situação de violência: **da trama de serviços à rede intersetorial**. Athenea Digital 2012; 12(3):237-254.

SILVA, J. F. S. **O método em Marx e o Estudo da Violência. Estrutural**. UNESP de Franca. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/O%20Metodo%20em%20Marx.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Acesso às ações e aos serviços de saúde: **uma visão polissêmica**. Ciência & Saúde Coletiva, 17 (11):2876-2880, 2012.

_____. Redes interfederativas de saúde: **um desafio para o SUS nos seus vinte anos**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):1671-1680, 2011.

SOARES, L. E.; CARNEIRO, L. P. Os quatro nomes da violência: um estudo sobre éticas populares e cultura política. In: **Violência Política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Relumi Dumará: ISER, 1996.

SCHOEN C, OSBORN R, HUYNH PT, DOTY M, DAVIS K, ZAPERT K, PEUGH J. Primary care and health system performance: **adults' experiences in five countries**. Health Aff (Millwood) 2004; Suppl. Web Exclusives (W4): 487-503.

SILVA, José Fernando Siqueira. **O método em Marx e o Estudo da Violência Estrutural**. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/O%20Metodo%20em%20Marx.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2009.

TAVARES, C. Q. Espiritualidade e bioética: **prevenção da “violência” em instituições de saúde**. Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor., Curitiba, v. 5, n. 1, p. 39-57, jan./jun. 2013.

TRAVASSOS C, CASTRO M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes; 2008. p. 215-245.

WASELFSZ, J. J. Mapa da violência 2012. **Os novos padrões da violência homicida no Brasil**. 1.ed. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf/2012/mapa2012_web.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

_____. Mapa da violência 2012. Atualização: **homicídios de mulheres no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos**. FLACSO Brasil, Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/Mapa-Violencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

_____. Mapa da violência 2012: caderno complementar 2. **Acidentes de trânsito**. São Paulo: Instituto Sangari, 2012b. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_transito.pdf>. Acesso em: 16 mar; 2017.

WHO. **The World Health Report 2008: Primary Health Care, now more than ever**. Geneve, 2008.

AMBIÊNCIA COMO FATOR ESTRUTURANTE PARA HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Richel Bruno Oliveira Castelo Branco

José Jackson Coelho Sampaio

INTRODUÇÃO

A literatura, sobre a temática e as políticas públicas de assistência e gestão da saúde atualmente praticadas, aborda a relevância da humanização como um novo modelo de cuidado e de gestão na saúde, destaque para as práticas hospitalares. Um marco é o lançamento da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH (BRASIL, 2004) que amplia o conceito de ambiente para ambiência, por entender que não existe ambiente físico isolado das práticas desenvolvidas e das culturas relacionais envolvidas no cuidado.

Observa-se que houve um progresso da tecnologia dura ou maquinica, referente aos equipamentos, materiais médico-hospitalares, sistemas informatizados, prescrição e prontuário eletrônicos, digitalização de imagens. O avanço destas técnicas proporcionou resultados muito positivos

para os profissionais de saúde e para os usuários, também gerou impacto na cultura das organizações de saúde, nos costumes, nas tradições e, portanto, na maneira específica de se trabalhar.

Devido à não criação anterior de políticas que implantassem a humanização no ambiente hospitalar, durante este período de ascensão tecnológica, o atendimento, de maneira acolhedora e humanizada ficou distante da necessidade da pessoa enferma, ou seja, a assistência médico-hospitalar foi se tornando impessoal e repetitiva, pelo pouco investimento nas tecnologias leves. Este comportamento, além de impactar na assistência prestada ao usuário, afetou outros elementos dentro da instituição, comprometendo alguns dos seus processos, de maneira muito característica (GODOI, 2004).

UMA APROXIMAÇÃO SOBRE A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS.

Nesse contexto, as organizações de saúde buscam inovar na oferta de seus serviços, impondo-se a criação de outros que agreguem às organizações benefícios e diferenciais, pois o usuário, cliente e cidadão, torna-se mais e mais exigente.

Segundo Deslandes (2002), o termo humanização é empregado como uma forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado ao usuário, respeita seus direitos, sua subjetividade e incorpora dimensões culturais. Implica também na democratização das relações que envolvem o atendimento, a busca de uma comunicação mais habilidosa e

fluida, o reconhecimento entrecruzado das expectativas dos próprios profissionais e as dos usuários, todos sujeitos do processo terapêutico.

Para uma melhor compreensão de toda essa mudança, faz-se necessário entender primeiro o hospital em seus conceitos e práticas. Para tanto, observe-se que o hospital é uma organização de saúde que tem na sua origem a prática da assistência aos enfermos, o que lhe confere o caráter humanístico, a ser preservado, na atualidade como no futuro (MARINHO; MAC-ALLISTER, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde-OMS, hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e em centros de formação, para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biopsicossociais (FRANCO, 1985).

Apesar de os hospitais, em suas características gerais, serem semelhantes entre si, alguns apresentam singularidades marcantes. Podem diferenciar-se quanto às características de propriedade (público federal, estadual e municipal, privado lucrativo, privado filantrópico etc), quanto à finalidade principal (assistencial geral, assistencial especializado, de ensino, de pesquisa etc), quanto ao nível de assistência dentro de um sistema ou rede (secundário, terciário ou quaternário), quanto à complexidade (baixa, média, alta etc) ou quanto ao acesso (eletivo direto, eletivo de referência, pronto atendimento, emergência, urgência etc).

A presente pesquisa foca a ambiência como fator de humanização na urgência/emergência. Torna-se necessário,

portanto, compreender tais características, com destaque para a lógica voltada à urgência/emergência.

A partir da década de 1950, os serviços de emergência assumiram relevância, especialmente nos Estados Unidos, devido ao aumento do número de vítimas de “causas externas”, sobretudo as associadas aos acidentes de trânsito e, também, ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de atendimento aos grandes traumas decorrentes da experiência acumulada nas Guerras da Coréia e do Vietnã (POWERS, 1973).

As unidades de urgência são serviços existentes em hospitais de médio e grande porte, os quais recebem pacientes em situações de urgência e emergência, graves ou potencialmente graves, que necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados para o seu atendimento e restabelecimento (CALIL; PARANHOS, 2007).

Deslandes (2002) refere que, historicamente, a emergência sempre constituiu “a porta de entrada” ao Sistema de Saúde. Observa-se atualmente, nas emergências, o aumento do fluxo de atendimentos. A superlotação é ocasionada devido à busca incessante dos usuários, por esse tipo de atendimento, de modo justificado ou não. Esse problema é decorrente do desejo da população por maior resolutividade para seus problemas, em decorrência, entre outros motivos, da precária montagem dos níveis primário e secundário de atenção. A ida à emergência, mesmo com motivação inadequada, resultará, no mínimo, numa avaliação de saúde, com realização de exames diagnósticos, ainda que represente uma solução paliativa para a sua necessidade e superlote o serviço.

Dentro da estrutura hospitalar, em decorrência da dinâmica do serviço, a unidade de urgência pode ser considerada um dos ambientes de maior sofrimento psíquico, para todos os atores envolvidos, destaque-se o trabalhador, pois funciona 24 horas ininterruptas, caracterizando-se como um local de livre acesso a usuários e acompanhantes para solução dos problemas graves de saúde que os afligem, com real ou suposto risco de morte.

Os esforços dos profissionais da saúde em atender essa demanda contínua, aliados às condições de trabalho que, em sua maioria, não são adequadas, repercutem diretamente na saúde dos trabalhadores, principalmente quando remetem às condições impostas pela organização.

Quanto ao processo de trabalho em urgência, a especificidade do objeto de trabalho consiste em pacientes com alto grau de complexidade, portadores de patologias clinicamente graves, com risco iminente de morte, e de pacientes com leve a moderados graus que não conseguem atendimento na rede de atenção primária (PALÁCIOS, 2000).

Em 2002, o Ministério da Saúde-MS instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estadual de Urgência e Emergência, pela Portaria 2.048, estabelecendo princípios, diretrizes, normas de funcionamento, classificação e critérios para a habilitação dos serviços que compõem os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências. Esta mesma portaria definiu os componentes dos serviços da atenção às urgências e emergências: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar, e pós-hospitalar (BRASIL, 2003).

– Componente pré-hospitalar fixo: as Unidades Básicas de Saúde-UBS e Equipes de Saúde da Família-ESF, Agentes Comunitários de Saúde-ACS, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências;

– Componente pré-hospitalar móvel: Serviço de Assistência Municipal de Urgência-SAMU e outros serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica;

– Componente hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais e de referência, leitos de retaguarda, de longa permanência e de terapia semi-intensiva e intensiva;

– Componente pós-hospitalar: modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral e com base comunitária.

O regulamento ainda institui a Central de Regulação Médica-CRM, o transporte inter-hospitalar e a criação de núcleos de educação em urgência, com o objetivo de capacitar pessoal da área. Recomenda, também, o emprego do acolhimento, seja na dimensão ampla do processo de cuidado ou como triagem classificatória de risco, e sugere a integração de várias centrais médicas de regulação de fluxos de urgências, leitos hospitalares, de marcação de exames e consultas, assim como com outras instituições como as polícias militares e a defesa civil.

Em 2003, o MS instituiu, pela Portaria 1.863, a Política Nacional de Atenção às Urgências-PNAU, composta pelos sistemas estaduais, regionais e municipais. Prevê-se, também, a instalação e operação das centrais de regulação,

capacitação e educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção e orientação federal, segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2003b).

Por meio da Portaria 2.072 (BRASIL, 2006) foi instituído o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências-CGNAU, composto por representantes das diversas secretarias e departamentos do ministério, conselhos, agências reguladoras, instituições, associações médicas e outros ministérios, com papéis de elaboração, assessoramento, proposição, articulação, avaliação de diretrizes e ações relativas à PNAU.

Como ferramenta para o alcance estratégico do cuidado humanizado, em 2004 surge a PNH, constituindo uma nova fronteira de expansão e de qualificação do Sistema Único de Saúde-SUS. Esse plano consolida uma política ministerial bastante singular, se comparada a outras do setor, pois se destina a pensar a dimensão da qualidade, na perspectiva do desenvolvimento integrado das habilidades relacionais, comunicacionais, políticas e técnicas, nas práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Ressalte-se que as atividades atribuídas à hospitalidade são fatores relevantes para a humanização, pois beneficiam o usuário com um acolhimento digno. O ser humano precisa do que é humano, ou seja, de atenção e acolhimento, que o profissional de saúde deve expressar no atendimento ofertado. Contudo, o ambiente também comunica acolhimento, por esta razão a ambiência é um assunto bem discutido atualmente, pois se acredita que esta nova tática/dispositivo é adequada, irreversível e indispensável para o bem-estar dos usuários, acompanhantes, visitantes e funcionários.

OBJETIVO

Tendo em vista a relevância da temática, o objetivo do presente estudo foi compreender as práticas de ambiência, como tática de humanização, em emergência hospitalar.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada através de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Esse portal foi escolhido por possuir um acervo considerável para coleta de dados, com 17 bases de dados em saúde albergadas, como LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO, ADOLEC, BBO, BDEFN, CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA.

Foi realizada a coleta de dados no mês de outubro de 2016, com dois pesquisadores, do tipo cego, visando resultados similares. No processo de busca, foram empregados os seguintes descritores isolados e combinados: ambiência, humanização, política nacional de humanização.

Foram incluídos estudos que abordassem a temática da ambiência hospitalar como um fator promotor de humanização para os usuários de atendimentos hospitalares, em artigos completos, teses e dissertações, nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2010 a 2016. Foram excluídos aqueles que possuíam em seus resumos temáticas que não estivessem dentro do escopo do presente estudo.

RESULTADO E DISCUSSÃO.

AMBIÊNCIA HOSPITALAR

O indivíduo, em seu meio de habitação, desenvolve suas ações em conformidade com a cultura e estrutura do ambiente, seja ele para o trabalho, lazer ou mesmo para tratar de sua saúde. O ambiente comporta em si a subjetividade de pessoas, que expressam as suas necessidades, sentimentos, desejos e expectativas e nele recebe estímulos e responde a eles de maneira positiva ou negativa, ocorrendo uma apropriação do espaço em que o usuário traz em si a vontade de modificar e humanizar. Humanizar estes espaços significa adequá-los aos que se utilizam dele (VASCONCELOS, 2004).

O ambiente é um espaço social em que se estabelecem estruturas de relações entre os seres e o ambiente físico-social com características humanas e do próprio espaço de trabalho. Este pode resultar em efeitos saudáveis ou insalubres, dependendo dos indivíduos e do próprio posicionamento do ambiente físico (CEZAR-VAZ, MUCCILO BAISCH, SOARES, WEIS, COSTA & SOARES, 2007).

Ressalta-se que o ambiente hospitalar tem influência sobre a saúde do usuário, bem como dos profissionais, pois os trabalhadores enxergam na maioria das vezes, o hospital, como um ambiente enrijecido, estressante.

A estrutura atual dos ambientes hospitalares, muitas vezes, não favorece o cuidado aos profissionais, tornando-se um local de emoções negativas, sentimentos depressivos e de estresse (OLINISKI & LACERDA, 2006).

Vasconcelos (2004) ressalta que o hospital é um ambiente frio, sem vida, com cheiro de éter, aparelhos barulhentos, macas circulando, pessoas conversando e, na maioria das vezes, é mal iluminado, com colorações que não proporcionam bem-estar, causam irritação, frustração e mau humor. Há também a presença de cheiros desagradáveis como dos produtos utilizados na limpeza ou desinfecção de materiais. As formas, as texturas são geralmente, de uma maneira monótona e distante. Este ambiente pode proporcionar estresse e agravos psíquicos, pois é neste local que se formam relações de trabalho, as demandas e as capacidades de enfrentamento frente às atividades que o indivíduo exerce.

Contudo, no ambiente existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção física e, quando aplicados com equilíbrio e harmonia, integrando espaço, equilíbrio, conforto, lógica organizacional, redução das hierarquias, sentimentos de pertinência e satisfação, além das culturas e crenças dos atores envolvidos, criam a ambiência necessária para a significativa contribuição ao processo de produção de saúde.

Conforme o MS (BRASIL, 2006), o ambiente é composto, pelos seguintes elementos:

Luz – a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiente aconchegante quando exploramos os desenhos e sombras que proporcionam. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição garantindo privacidade aos usuários com focos individuais

nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos pacientes. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que todos têm direito às noções de tempo – dia e noite, chuva ou sol.

Cheiro – devem-se considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas;

Som – pode-se propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito, é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e o controle dos ruídos causadores de *stress*;

Sinestesia – diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas;

Arte – como meio de inter-relação e expressão das sensações, emoções e experiências humanas.

Cor – as cores podem ser um recurso útil uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso.

Tratamento das áreas externas – este se faz necessário já que, além de porta de entrada, se constitui lugares de espera, de encontro ou de descanso de trabalhadores, ambiente de estar de usuários e de seus acompanhantes. Jardins

e áreas com bancos podem se tornar lugar de encontro e relaxamento. Nas urgências/emergências há menor uso desta dimensão, mas nos hospitais gerais e nos serviços psiquiátricos elas são fundamentais.

Privacidade e individualidade – a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do usuário, muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico.

Confortabilidade – também pressupõe possibilitar acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências, de maneira em que o processo de produção de saúde favoreça aos usuários e trabalhadores a construção de um espaço que faça referência ao seu mundo, bem como no cuidado prestado a saúde.

Arquitetura – fundamental no que diz respeito às circulações, ao conforto, à beleza e à individualidade, quando se propõe a criar ambientes que ofereçam ao usuário espaço para seus pertences, para acolher sua rede social e à preservação da individualidade. Os elementos supracitados surgem a partir de uma lógica organizacional (MOTTA, 2001) identificada nos processos de trabalho, cujas falhas originam deficiências e descontinuidades. Os problemas determinam influência negativa na organização dos processos corporativos provocando uma ação contraproducente

nos produtos e serviços, estimulando uma diminuição ou redução no nível de consistência dos resultados. Esta teoria tem como princípio orientador a otimização dos processos organizacionais, pois, qualquer problema verificado em um determinado processo de negócio pode ser considerado um efeito negativo, proporcionando, como consequência, um rebaixamento no nível de consistência dos resultados. Os principais fatores organizacionais podem ser classificados do seguinte modo: de método, recursos tecnológicos; de material, recursos materiais disponíveis; de ambiente, local de trabalho; de pessoal, os trabalhadores; de equipamentos, instrumentos de produção; de meio informacional, dados e redes; de medida, regulação de processos e procedimentos.

Redução das hierarquias - Em uma visão contemporânea da administração a redução dos níveis hierárquicos diminui a burocracia e visa à melhoria da comunicação. Além dessa melhoria a redução dos níveis hierárquicos gera uma maior autonomia na tomada de decisão e resolução de problemas. A autonomia na teoria é mais fácil do que na prática, uma vez que delegar maior autonomia requer maior confiança no potencial da equipe e adequado treinamento. A aplicação da redução dos níveis hierárquicos exige cuidado com o comportamento dos gestores perante os funcionários. Cabendo a eles compreender que a partir do momento que o funcionário tem maior autonomia ele não pode ter sua autoridade quebrada durante um procedimento. Os benefícios advindos da redução de hierarquia podem ser sentidos tanto internamente quanto externamente à organização. No ambiente interno há uma melhora no clima organizacional e a equipe se mostra mais proativa, ao ver

suas opiniões sendo ouvidas e analisadas. Para o ambiente externo o acesso a demandas é menos burocrático e de resolutividade mais rápida para os casos a serem resolvidos.

Sentimentos de pertinência e satisfação - A satisfação no trabalho é fenômeno amplamente estudado e esse interesse decorre da influência que a organização pode exercer sobre o trabalhador, afetando sua saúde física e mental, atitudes, comportamento profissional e social, tanto com repercussões para a vida pessoal e familiar e organizacional (CURA, 1994; LOCKE, 1976; PÉREZ-RAMOS, 1980; ZALEWSKA 1999a, 1999b). Apesar de relevante e freqüentemente mencionada, a relação entre satisfação no trabalho e saúde tem sido insuficientemente pesquisada e aplicada (MARTINEZ, 2002). O ambiente psicossocial no trabalho engloba a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho. Fatores psicossociais no trabalho são aqueles que se referem à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas extra-trabalho, pessoais que podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho (OIT, 1984).

A ambiência, ao incluir o processo de trabalho, pretende mudá-lo, uma vez que está intrinsecamente relacionada à postura e conforto, mas também a dignidade e direitos. Sabe-se que ao entrar em ambiente de trabalho em saúde, tanto usuários como trabalhadores, arriscam-se a deixar fora tudo que é relativo ao seu mundo, perdendo as referências sobre cotidiano, cultura e desejos.

Ressalte-se que o hospital favorece o adoecimento dos que trabalham nele, pois se dá importância maior para a cura do paciente com medicamentos e assistência especializada, mas se esquece que a equipe de multiprofissionais também necessita de atenção para o cuidado com sua saúde (NEUMANN, 2007). Por outro lado, entende-se a ambiência da emergência do hospital como espaço físico de relações interpessoais, profissionais e social, que deve proporcionar um local acolhedor.

A instituição é responsável por fornecer uma gestão de pessoal que contemple a saúde do trabalhador em sua totalidade, enfatizando a qualidade de vida e o cuidado dos cuidadores, no contexto existencial e do trabalho que proporcione um ambiente onde os valores morais e éticos favoreçam a dignidade, respeito e solidariedade entre os profissionais (OLINISKI & LACERDA, 2006).

A discussão sobre a estrutura hospitalar mostra, ao longo dos séculos, desde as concepções de Florence Nightingale, os aspectos de funcionalidade de 18 setores básicos, banheiros, disposição de mobiliário, dimensionamento de ambientes, iluminação natural, ventilação, entre outros. Atualmente a ideia de ambiente terapêutico, estruturas mais ornamentadas e formuladas estão sendo discutidas a fim de tornar o hospital um ambiente que produza nos usuários uma sensação de bem-estar e conforto (VIANNA, BRUZSTYN & SANTOS, 2008).

Entende-se que se faz necessário mudar as práticas de saúde, para que os princípios do SUS sejam obedecidos. Isso significa que a regulação e a normatização da arquitetura de Estabelecimentos de Assistência a Saúde - EAS,

feitas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - AN-VISA, precisam extrapolar a visão sanitária e de vigilância e ampliar seu foco para além do controle de risco, a exemplo do que ocorre com a RDC-50, seu principal instrumento normativo (LIMEIRA, 2006).

Nesse contexto, a arquitetura hospitalar precisa evoluir com as tendências do sistema e transformar-se em arquitetura de atenção a saúde. Para tanto, Silva e Figueiredo (2011) delimitam alguns aspectos que precisam ser trabalhados: Transformação das instalações; Melhoria das áreas de atendimento; e Incorporação dos serviços hoteleiros.

Conclui-se que promover um ambiente agradável e confortável exige uma série de adaptações ou mudanças. Figueira, Inoue e Lamha Neto (2008) ressaltam alguns elementos que contribuem para a mudança favorável da ambiência: Controle do barulho ou ruído; Qualidade do ar; Conforto térmico; Privacidade; Iluminação; Comunicação; Vista da natureza; Cores; Texturas; e Acomodação para os familiares.

A concepção de ambientes traduz bem-estar e segurança em suas diversas formas, no que se entende a morfologia, que trabalha a dimensão, forma e volume que configura e cria espaços, tendo plena relação com a sinestesia, que diz respeito a percepção do espaço por meio dos movimentos e da arte como instrumento da inter-relação e expressão das sensações humanas, sem invadir a privacidade e a individualidade da intimidade do usuário. Destaca-se que é possível inovar com toda criatividade admissível, sem interromper no trabalho assistencial da equipe multiprofissional para não atrapalhar no tratamento do usuário.

A partir dos aspectos supracitados, entende-se que dessa maneira o ambiente hospitalar deixará de ser caracterizado como um local de dor e sofrimento, pois engenheiros, arquitetos, gestores e trabalhadores estão cada vez mais avançando na busca pela melhor qualidade, investindo em criatividade, inovação e tecnologia, favorecendo contentamento e encantamento aos pacientes.

Essa transformação se dá pela preocupação da gestão do hospital com a pessoa humana, que necessita de um atendimento humanizado. A preocupação com o bem-estar das pessoas no ambiente hospitalar deve ser a intenção maior.

Trabalhar a ambiência tem como mérito desenvolver de maneira eficiente a humanização, tendo como foco o benefício psicológico e emocional, ou seja, atender às necessidades subjetivas dos usuários e dessa maneira desmistificar a imagem negativa de alguns fatores, que afetam a satisfação dos mesmos.

No contexto da saúde, se percebe que as discussões sobre melhorias ganharam forças a partir de 1924, quando nos Estados Unidos da América, o Colégio Americano de Cirurgiões instituiu padrões de avaliação que visavam garantir a qualidade da assistência, relacionada aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho dos profissionais. Apesar de importante, essa iniciativa era restrita, pois ignorava aspectos importantes da qualidade como: a estrutura disponível e os resultados observados no paciente. No Brasil, é provável que o primeiro trabalho desenvolvido para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares tenha sido a utilização da Ficha de Inquérito Hospitalar, proposta pelo médico Odair Pedroso, em 1935, a qual especificava como

deveria ser a organização de uma instituição hospitalar naquela época (MATZUDA AND JÚNIOR, 2011)

Na atualidade, dentre os modelos adotados para a melhoria da qualidade nos hospitais brasileiros, o sistema de Gestão pela Qualidade Total-GQT ou simplesmente Gestão pela Qualidade, tem se apresentado como um modelo eficaz. O referido sistema que se originou a partir da Segunda Guerra Mundial, foi utilizado primeiramente na indústria de bens manufaturados no Japão e, por volta de 1987, a sua implantação se iniciou nas instituições de saúde nos Estados Unidos da América. Em termos gerais, o objetivo da GQT é obter maior produtividade e satisfação das pessoas, por meio da padronização; da participação dos usuários e trabalhadores; do trabalho em equipe e do estímulo à criatividade (MONACO e GUIMARÃES, 2000).

A qualidade de vida no ambiente de trabalho visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador, ao desenvolver suas atividades na organização, por meio de ações para o desenvolvimento pessoal e profissional. A administração pública deve buscar permanentemente uma melhor Qualidade de Vida no Trabalho-QVT promovendo ações para o desenvolvimento pessoal e profissional de seus servidores. Para tanto, as instituições públicas devem desenvolver e implantar programas específicos que envolvam o grau de satisfação da pessoa com o ambiente de trabalho, melhoramento das condições ambientais gerais, promoção da saúde e segurança, integração social e desenvolvimento das capacidades humanas, entre outros fatores.

O QVT visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver suas atividades na organização

tendo como ideia básica o fato de que as pessoas são mais produtivas quanto mais satisfeitas e envolvidas com o próprio trabalho. Portanto, a ideia principal é a conciliação dos interesses dos indivíduos e das organizações, ou seja, ao melhorar a satisfação do trabalhador dentro de seu contexto laboral, melhora-se consequentemente a produtividade (MONACO e GUIMARÃES, 2000).

Também, faz-se necessário analisar, de forma sistemática, a satisfação dos servidores, pois, nesse processo de autocohecimento, as sondagens de opinião interna são uma importante ferramenta para detectar a percepção dos funcionários sobre os fatores intervenientes na qualidade de vida e na organização do trabalho. Para que ocorra a melhor qualidade no atendimento em saúde é fundamental que os serviços disponham de recursos físicos, humanos e materiais adequados e valorize o vínculo afetivo como elo na relação usuário-trabalhador. Quando se discute a estrutura para dar suporte ao atendimento de qualidade, de imediato se pensa em táticas, por exemplo, para organizar as filas de espera, principalmente no segmento relacionado à recepção do usuário.

Algumas peculiaridades, seguindo as áreas de atendimento com Classificação de Risco. Para a organização das funções, facilidade de atendimento e acolhimento, o espaço identificado e dividido por cores torna-se uma ferramenta eficiente, podendo ser caracterizado por dois eixos: o vermelho da emergência e o azul do pronto atendimento, conforme abaixo (MS, 2004):

Área Vermelha - nesta área está a sala de emergência onde muitas vezes a ambiência não é considerada, uma vez que se pretende o atendimento à alta complexidade e a

tecnologia é colocada como único elemento que compõe o espaço. Porém, questões de cor, cheiro, luz, são importantes principalmente para o trabalhador que vivencia este espaço sob grande estresse. Devem ser considerados, também, próximos à emergência espaços de apoio – estar e copa – para os trabalhadores. Boxes especiais para procedimentos invasivos ou para atendimento de crianças também podem constituir ferramenta importante para otimização de recursos tecnológicos, melhoria do padrão de assepsia e para evitar situações constrangedoras e traumáticas.

Área Amarela e Área Verde do Eixo Vermelho - são compostas por sala de retaguarda (para pacientes já estabilizados, porém críticos ou semicríticos) e sala de observação, respectivamente. Em ambas as áreas observa-se a necessidade da aplicação equilibrada e harmônica das cores, cuidado de tratamento com a iluminação artificial, proporcionar a iluminação natural, prever cuidadosamente mobiliários, poltronas para acompanhantes, cortinas ou divisórias, posto de enfermagem que possibilite a visão de todos os leitos, pontos de som e TV e trabalhar o aroma.

Área Azul - Aí estão os espaços de espera, acolhimento e atendimento administrativo. Esta área deverá ser ampla e confortável, integrada ao entorno, ligando interior e exterior, onde todos os componentes já citados sejam exaltados. Constitui-se de uma área central focada no acolhimento que objetiva a escuta das necessidades dos usuários, a orientação de fluxos e a priorização do atendimento de acordo com o grau de complexidade.

Área Amarela do Eixo Azul - área de assistência, apoio e procedimentos do pronto atendimento que deve ressaltar

o acompanhante presente, o respeito à individualidade e as necessidades do paciente, com fluxos claros, informação e sinalização. Com isso, é importante lembrar que não se pretende criar normas nem estabelecer parâmetros, são apenas algumas colocações que podem ser adaptadas, repensadas e recriadas de acordo com as peculiaridades de cada hospital, as diferentes demandas e o poder de criação do arquiteto.

Para humanizar o ambiente, o Ministério da Saúde inclui a ambiência hospitalar, que abrange tanto o espaço físico como o social, profissional e de relações, que deve ser acolhedor, humano e resolutivo. O espaço deve oferecer ao sujeito produtor de saúde conforto e individualidade, envolvendo a cor, cheiro, som, iluminação e forma, abrangendo as necessidades do usuário, do trabalhador e da comunidade. Este deve facilitar a produção do cuidado e da recuperação de quem utiliza esse espaço (BRASIL, 2004).

Os pacientes e a equipe de trabalho hospitalar estão acostumadas com ambientes brancos, frios e distantes, não havendo a ideia de algo diferente (VASCONCELOS, 2004). O ambiente branco, monocromático não é recomendado, pois causa muito cansaço visual e tende a provocar distração nos profissionais que nele atuam (MARTINS, 2004).

A sensação de bem-estar humana geralmente é causada por um ambiente que promova um grau moderado de estimulação positiva. Som alto, iluminação intensa, cores vibrantes causam estresse. Já se a estimulação dos mesmos aspectos for muito baixa pode causar depressão ou sentimentos ruins em quem convive neste tipo de ambiente (VASCONCELOS, 2004).

A arquitetura da emergência do hospital deve proporcionar conforto e funcionalidade para o trabalhador para que o trabalho aconteça de forma simplificada e satisfatória (VASCONCELOS, 2004).

Na humanização se faz necessário o entendimento do conceito de ser humano. Assim, a consciência de quem utiliza um espaço é peça fundamental para definir o modo e as características que o mesmo deve possuir. Quando se conhecem as necessidades de um indivíduo, é possível proporcionar um ambiente que supra e supere as suas necessidades (VASCONCELOS, 2004).

Considerações Finais

A relevância desta pesquisa decorre do fato de a ambiência adequada ser uma preocupação atual para a humanização no ambiente hospitalar, do que decorre a necessidade de maior volume e profundidade crítica dos estudos.

O hospital deixou de ser visto como um local frio e impessoal, a partir da compreensão das necessidades de inovação em seus serviços e das relações interpessoais entre profissional-profissional e profissional-usuário. Observou-se que o público tinha necessidade de um ambiente hospitalar, como estratégia de transformação dos seus serviços e instalações, a fim de propiciar um ambiente menos desgastante aos seus usuários.

Então, possivelmente, pode se constituir um novo campo de possibilidades: tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional. Portanto, a fundamentação teórico-prática, neste campo, necessita, ainda, de exploração e investimento.

A questão central é analisada por meio de uma relação entre ambiência hospitalar e o conceito de humanização. Verificando os indicadores ambientais que poderiam ser inseridos na humanização hospitalar e os efeitos do processo de inserção de um novo modelo de ambiência, para sua humanização.

A boa qualidade dos serviços é um complemento ao tratamento médico e hospitalar. Um ambiente hospitalar com serviços de excelência comunica melhor o seu objetivo, que é propiciar um local humanizado, onde o usuário não se sinta constrangido, mas com sua dignidade respeitada diante das suas enfermidades.

Conclui-se então, que a política de humanização surgiu através da necessidade de oferecer uma melhor hospitalidade aos seus usuários e equipe multiprofissional, uma vez que as atividades atribuídas à hospitalidade são fatores relevantes à humanização, pois beneficiam com um acolhimento digno. Para tanto, para sua implantação é necessário a criatividade e comprometimento do Gestor Hospitalar, assim como de todos os envolvidos nesse processo, para desta maneira se obter a satisfação do seu público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1863/GM, em 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____, (2004 c), HumanizaSUS: ambiência. Secretaria -Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.

CALIL, A.M.; PARANHOS, W.Y. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu, 2007.

Cezar-Vaz, M.R.; Muccilo-Baisch, A.L; Soares, J.F.S.; Weis, A.H.; Costa, V.Z. & Soares M.C.F. (2007). Concepções de Enfermagem, saúde e ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. Revista Latino-Americana Enfermagem.15 (3).

Cura, M. L. A. D. (1994). Satisfação profissional do enfermeiro. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DESLANDES, S.F. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Franco, L. H. R. O. **Rev. bras. enferm.** vol.38 no.2 Brasília Apr./ June 1985.

FIGUEIRA, Daisy; INOUE, Noemi; NETO, Salim Lamha. **Conceito de Hotelaria Hospitalar nos Edifícios Hospitalares.** Disponível em: <http://.seer.sp.senac.br>. Acesso em: 10 mai. 2011.

GODOI, Adalto Felix. **Hotelaria Hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo.** São Paulo: Ícone, 2004.

LIMEIRA, Flávia Maroja. **ARQUITETURA E INTEGRALIDADE EM SAÚDE: uma análise do sistema normativo para projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de Brasília, Brasília – 2006.

MARINHO, F. S.; MAC-ALLISTER, M. **O Espaço da Organização Hospitalar: um estudo do comportamento dos usuários do Hospital Alpha.** Anais eletrônicos do XXX Enanpad. Salvador, 2006.

MATSUDA, L. M. e JÚNIOR, J. A. B. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.32 no.4 Porto Alegre Dec. 2011.

MARTINS, V.P. (2004). **A humanização e o ambiente físico hospitalar.** In: IV Seminário de Engenharia Clínica. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH.

Martinez, M. C. (2002). As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MOTTA, F. C. P. **Teoria das Organizações: evolução e crítica.** 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

MONACO, F. F. e GUIMARÃES, V. N. **Gestão da qualidade total e qualidade de vida no trabalho: o caso da Gerência de Administração dos Correios.** Rev. adm. contemp. vol.4 no.3 Curitiba Sept./Dec. 2000.

Neumann, V. N. (2007). **Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Oliniski, S.R. & Lacerda, M.R. (2006). Cuidando do Cuidador no Ambiente de Trabalho: Uma Proposta de Ação. Revista Brasileira de Enfermagem. 59 (1): 100- 104. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 32. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

Organização Internacional do Trabalho – International Labour Office (1984). Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health – Ninth Session. Geneva: International Labour Office.

PALÁCIOS M. Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

POWERS, L. S. Hospital emergency service and the open door. In: WECHSLER, J. H.; MONTAGNE, M. E. (Orgs). Emergency Medical Services: Behavioral and planning perspectives. New York: Behavioral Publications, 1973. p. 511-560.

SILVA, Eduardo Gomes; FIGUEIREDO, Juliana Lopes. **Hotelaria Hospitalar: A qualidade da Assistência.** Disponível em: www.slideshare.net/eduenfaph/hotelaria-hospitalar. Acesso em: 07 mai. 2011.

VASCONCELOS, R. T. B. (2004). **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. Dissertação (Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Vianna, L. M.; Bruzryn, I. & Santos, M. (2008). Ambientes de saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. Caderno de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 16(1):7-20.

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL E A UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS EM SAÚDE

Radmila Alves Alencar Viana

Francisco José Maia Pinto

INTRODUÇÃO

O processo de urbanização em alguns países como o Brasil e os demais da América Latina construíram padrões desiguais de distribuição ao acesso, recursos e serviços urbanos, gerando, em nossa sociedade, disparidades e restrições em alguns serviços de saúde, repercutindo, portanto, sobre o padrão de distribuição das doenças no tecido urbano (JOHANSE; CARMO; ALVES, 2016).

As desigualdades sociais sofrem forte influência nas desigualdades em saúde, uma vez que contribuem negativamente para demora do diagnóstico, abandono e insucesso do tratamento. O acesso aos serviços varia de região para outra, fazendo com que os riscos de adoecer, o prognóstico ou desfecho também sofram variações. Isso se deve não somente a organização e a qualidade dos serviços, mas também a distribuição desigual de recursos e tecnologias em

saúde, resultando iniquidades sociais que afeta, direta e indiretamente na presença de agravos e doenças (YAMURA *et al.*, 2015).

O Brasil é o décimo país mais desigual do mundo em termos de distribuição de renda, e mesmo ocorrendo nas últimas décadas algumas alterações na economia, resultando em melhorias, como a diminuição da mortalidade por algumas doenças, o aumento da expectativa de vida, entre outras mudanças, ainda persistem doenças e agravos associados a precárias condições de vida, gerando, dessa forma, importantes diferenças na distribuição da morbimortalidade, tanto entre os estados brasileiros quanto dentro de um mesmo estado, necessitando assim de modelos de vigilância que envolvam o contexto social (PIUVEZAM *et al.*, 2015; HOLANDA *et al.*, 2015; NASCIMENTO; RODRIGUES-JUNIOR; RODRIGUES, 2015)

A baixa escolaridade, por exemplo, em alguns pacientes pode influenciar negativamente na aquisição de informações, visto que o grau de instrução favorece um maior entendimento e apreensão dos conhecimentos sobre adoecer, prevenção e qualidade de vida, aumentando a vulnerabilidade dessas pessoas e funcionando como um marcador de precárias condições de vida (PINTO *et al.*, 2015).

Dessa forma, alguns territórios considerados com condições de vida precárias teriam um maior risco de eventos adversos a saúde do que outros. Podendo ser solucionado, muitas vezes, com a forte presença de uma Atenção Primária a Saúde (APS), uma vez que a mesma tem um papel determinante na proteção social e na equidade, ofertando serviços organizados em razão de uma demanda quantitativa

va e qualitativa, oferecendo aos territórios com menos oportunidades sociais APS forte, abrangente e com capacidade de promover a gestão setorial para a ampliação do acesso (YAMAMURA *et al.*, 2016).

Portanto estudar e analisar como algumas doenças estão distribuídas espacialmente, juntamente com a distribuição espacial da pobreza e da vulnerabilidade social é um importante fator a ser considerado em políticas públicas a fim de reduzir as desigualdades socioterritoriais e as iniquidades em saúde que podem ser encontradas em algumas áreas (HOLANDA *et al.*, 2015).

Acredita-se que a implementação de políticas e intervenções em saúde que atuem sobre os determinantes sociais pode ser a solução para a redução das iniquidades, uma vez que, no mundo, pessoas socialmente desfavorecidas adoecem e morrem com maior frequência do que aquelas que pertencem a grupos mais privilegiados socialmente. Existe evidências de que a maior parte dos problemas em saúde são atribuídos às condições sócio-econômicas de pessoas ou grupo de pessoas (ALZATE-GRANADOS *et al.*, 2012).

Dessa forma, com o advento de novas teorias em saúde, dentre elas a ecológica, com enfoque na multicausalidade, reforça-se a importância da utilização de novos procedimentos e técnicas que encontrem no espaço a causalidade das doenças, visto que a doença é uma manifestação individual e a situação de saúde, uma manifestação do lugar. Os lugares são, assim resultados de um acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de agravos e doenças (CAVALCANTE *et al.*, 2013).

Portanto a utilização das geotecnologias vem trazendo grande contribuição para o mapeamento das ocorrências de casos de doenças e caracterização epidemiológicas de endemias, sendo o uso dessas metodologias a que melhor destaca a influência do espaço/ ambiente e condições sociais nos padrões de transmissão de doenças a fim de adotar medidas para a prevenção e controle desses agravos em saúde (SILVA *et al.*, 2015).

MÉTODOLOGIA

O presente capítulo trata-se de uma revisão integrativa da literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008), onde realizou-se um levantamento da produção acadêmica através do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), dedicadas ao tema da distribuição espacial e sua utilização no campo da saúde no Brasil e no mundo, publicados em revistas científicas indexadas nas bases LILACS e MEDLINE, entre o período de 2012 a 2017. Foram utilizadas como descritores os termos: “distribuição espacial” AND “sistema de informação geográfica” AND “saúde”, todo os termos foram anteriormente consultados no DECS.

Com o auxílio de filtros específicos disponíveis nas ferramentas de busca da BVS, optou-se como critérios de inclusão somente as produções em artigo científico, com texto completo, disponíveis nos idiomas inglês, português e espanhol. Ao consultar os artigos de acordo com os critérios de inclusão foram encontrados 128 resultados, sendo 117 em inglês, 6 em espanhol e 5 em Português. Destes, 109 estavam disponíveis na base MEDLINE e 19 na LILACS.

Ao analisar quais os estudos realmente abordavam a temática foram encontrados 88 resultados, destes dois em duplicidade e uma revisão de literatura. Sendo posteriormente avaliado os títulos e apenas 31 estavam relacionados ao tema. Estes, então, tiveram seus resumos consultados e posterior leitura na íntegra, porém, 7 não tinham relação com tema, sendo descartados na etapa de leitura dos resumos e, portanto, apenas 24 artigos tiveram leitura integral, uma vez, que abordavam o tema (Quadro 1).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a leitura integral dos artigos, optou-se por utilizar no quadro-resumo, a referência de cada estudo, bem como o objetivo, principal foco do nosso trabalho, a fim de conhecer como são utilizadas as ferramentas dos sistemas de informações geográficas no campo da saúde, a metodologia, o software utilizado e a conclusão do estudo, descritos no quadro abaixo.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos de acordo com a referência, objetivo, metodologia, software utilizado e conclusão, 2017

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
1. HERNANDEZ-VASQUEZ, Akram et al. <i>Distribuição espacial de los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo en el Perú, 2012-2014</i> . Rev. perú. med. exp. salud pública, Lima, v.33, n.1, jan 2016.	Descrever e fornecer uma representação geoespacial dos índices de acidentes fatais, ocorrências e doenças ocupacionais perigosas no Peru, com ênfase nas atividades econômicas que oferecem o maior número de doenças profissionais.	Estudo ecológico, exploratório	QGIS v2.10.1 (OSGeo, Beaverton, OR, EUA)	O estudo mostrou considerável variabilidade geográfica e padrões espaciais comuns em indicadores regionais de acidente e doenças profissionais que podem servir para orientar o desenvolvimento de estudos para explicar a variabilidade encontrada e, portanto, concentrar intervenções futuras ou ações a nível regional, com o objetivo de proteger a saúde e segurança dos trabalhadores das diferentes regiões do Peru.
2. YAMAMURA, Mellina et al. <i>Epidemiological characteristics of cases of death from tuberculosis and vulnerable territories</i> . Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.23, n.5, p.910-918, Out. 2015.	Caracterizar as diferenças do perfil clínico e epidemiológico dos casos de óbitos que tiveram a tuberculose como causa básica e causa associada e analisar a distribuição espacial dos casos de óbito por tuberculose nos territórios de Ribeirão Preto, SP.	Estudo ecológico.	Software TerraView 4.2.2, considerando o mapa digital de segmento de logradouros StreetBase(r) em projeção UTM/WGS84, disponibilizado na extensão Shapefile, os mapas temáticos da distribuição da densidade dos óbitos foram gerados no software ArcGIS 10.2.	A ocorrência de casos de óbitos, tanto como causa básica quanto associada, esteve concentrada em áreas com nível socioeconômico inferior e intermediário.
3. OEXLE, Nathalie et al. <i>Neighborhood fast food availability and fast food consumption</i> . Appetite, [s.l.], v. 92, p.227-232, set. 2015. Elsevier BV.	Examinar a associação entre a disponibilidade de fast-food de bairro e o seu consumo semanal, independente das características sociodemográficas e ambientais, utilizando medidas subjetivas e objetivas do ambiente de fast-food.	Estudo transversal	Não especificado	Não houve evidência de associação entre a disponibilidade de fast-food nos bairros (percebida ou baseada em SIG) e o consumo semanal nesta amostra estudada.

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
4. ALMEIDA, Milena Cristina Silva; GOMES, Camila Moraes Santos; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Spatial analysis of neonatal mortality in the state of São Paulo, 2006-2010. Rev. paul. pediatri., São Paulo, v.32, n.4, p.374-380, Dez. 2014.	Identificar padrões espaciais da distribuição da mortalidade neonatal total, precoce e tardia no Estado de São Paulo.	Estudo ecológico e exploratório realizado em microregiões do estado de São Paulo.	Terra View 4.2.1 de acesso público e desenvolvido pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE)	Os resultados observaram que a taxa de mortalidade neonatal precoce é o maior componente da taxa de mortalidade neonatal e que recém-nascidos de regiões com condições socioeconômicas desfavoráveis apresentam maior risco de morte neonatal. Tais estudos indicam que a qualidade da atenção oferecida pelos serviços de saúde tem que melhorar nas regiões mais pobres do Estado, mas, nas regiões mais favorecidas, é necessário que o serviço acessível prestado seja efetivo.
5. ABBOTT, Gavin et al. Explaining educational disparities in adiposity: The role of neighborhood environments. Obesity, [s.l.], v. 22, n. 11, p.2413-2419, 11 ago. 2014. Wiley-Blackwell. http://dx.doi.org/10.1002/oby.20853 .	Examinar até que ponto as características do ambiente construído por vizinhança explicam a associação entre adiposidade e qualificações educacionais em mulheres australianas.	Ecológico.	ArcView V.3.3.	O ambiente do bairro residencial pode ajudar a explicar padrões socioeconômicos de sobrepeso e obesidade em mulheres australianas. Estes resultados proporcionam mais apoio para considerar o ambiente construído em iniciativas de prevenção da obesidade, sugerindo um papel potencial na diminuição das desigualdades sociais da obesidade.
6. CAMPI, Stephani Felício da Silva; NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Spatial distribution of C-sections within the state of São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v.60, n.5, p.419-423, Out. 2014.	Identificar padrões espaciais para cesarianas por microregião do Estado de São Paulo.	Estudo ecológico e exploratório com dados de nascidos vivos entre 2003 e 2007 de 63 microregiões do Estado de São Paulo.	Terra View 4.0.0.	Foi possível identificar aglomerados espaciais de cesarianas ($I = 0,58$ e $p < 0,01$) nas microregiões ao norte e noroeste do Estado, além de Guaratinguetá. Identificou-se microregiões com alta prioridade de intervenção e as taxas de cesarianas estiveram correlacionadas significativamente com as taxas de alta escolaridade materna e número de consultas.

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
7. MAIA, Helena Fraga et al. Distribución espacial de los casos de traumatismos craneoencefálicos atendidos en unidades de referencia en Salvador, Bahia, Brasil. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, v.10, n.2, p.213-224, mai 2014.	Descrever a distribuição espacial dos casos de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) tratado em um hospital da região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil.	Estudo exploratório.	Sistema de Posicionamento Global (GPS) Garmin® e Irex Legend HCx, software CrimeStat® 3.2 e mapas temáticos desenvolvidos no programa ArcView 3.2.	Casos de TCE formaram aglomerados, tanto em relação ao local de residência como de ocorrência. Identificou-se aglomerados em áreas remotas de atenção à urgência e os lugares onde a reabilitação multidisciplinar é oferecido, de modo que a distribuição espacial dos serviços de saúde, em relação aos locais de ocorrência de TCE, revela desigualdades.
8. NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa; ALMEIDA, Milena Cristina da Silva; GOMES, Camila de Moraes Santos. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, Rio de Janeiro, v.36, n.7, p.303-309, Jul 2014.	Identificar padrões espaciais da distribuição da mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo e verificar o papel das causas evitáveis na composição desse indicador de saúde.	Estudo ecológico e exploratório, documental.	Terra View 4.2.1.	Os coeficientes de Moran (I) foram significativos (valor $p < 0,05$) para a taxa de mortalidade neonatal total $I = 0,11$ e para taxa de mortalidade por causas evitáveis $I = 0,19$, sendo que os óbitos neonatais se concentraram na região sudoeste e no Vale do Paraíba. Conclui-se que se as causas evitáveis fossem abolidas, haveria uma redução significativa da taxa média de mortalidade neonatal total, de 8,42 para 2,23 óbitos/1.000 nascidos vivos, representando uma queda de 73%.
9. KAO, Dennis et al. Spatial accessibility of drug treatment facilities and the effects on locus of control, drug use, and service use among heroin-injecting Mexican American men. International Journal Of Drug Policy, [s.l.], v. 25, n. 3, p.598-607, maio 2014. Elsevier BV.	Explora a acessibilidade espacial de instalações de tratamento ambulatorial de drogas e a associação potencial com resultados relacionando à abuso de drogas entre os consumidores de heroína.	Estudo exploratório.	O software ArcGIS 10.0 (ESRI, 2011a) foi usado para gerenciar os dados espaciais, geocodificar os participantes e instalações, e construir a acessibilidade de medidas espaciais.	A presença de instalações de tratamento em regime ambulatorio pode influenciar o risco do consumo futuro de heroína e comportamentos de compra entre os americanos mexicanos.

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
<p>10. MCKINNON, Britt et al. <i>Distance to emergency obstetric services and early neonatal mortality in Ethiopia</i>. Tropical Medicine & International Health, [s.l.], v. 19, n. 7, p.780-790, 22 abr. 2014. Wiley-Blackwell. https://dx.doi.org/10.1111/tmi.12323.</p>	<p>Avaliar o efeito da distância aos serviços de atendimento obstétrico e neonatal de emergência sobre a mortalidade neonatal precoce na Etiópia rural e verificar se a proximidade aos serviços contribuiu para as desigualdades socioeconômicas na mortalidade neonatal precoce.</p>	<p>Exploratório e documental.</p>	<p>QGIS versão 1.8 (Quantum GIS Development Team 2012).</p>	<p>Encontrou-se evidências de que a maior proximidade aos serviços de entrega e maior nível de cuidados estavam associados com menor mortalidade neonatal precoce na Etiópia rural, após o controle de outros determinantes proximais e socioeconômicos importantes. A distância para os serviços foi um importante determinante da desigualdade geral na mortalidade neonatal precoce, juntamente com a riqueza dos agregados familiares, características dos recém-nascidos e o estatuto de autonomia das mulheres. Entretanto, a distância para os serviços pouco contribuiu para explicar a desigualdade socioeconômica na mortalidade neonatal precoce.</p>
<p>11. RESTREPO, Angela Cadavid; BAKER, Peter; CLEMENTS, Archie C. a. <i>National spatial and temporal patterns of notified dengue cases, Colombia 2007-2010</i>. Tropical Medicine & International Health, [s.l.], v. 19, n. 7, p.863-871, 27 maio 2014. Wiley-Blackwell. http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12325.</p>	<p>Identificar os clusters de dengue no país e visualizar os padrões suavizados de risco de dengue. O estudo também objetivou determinar se fatores ambientais locais, como temperatura, precipitação e elevação, estão associados à distribuição e dinâmica da doença.</p>	<p>Ecológico, documental.</p>	<p>Os conjuntos de dados espaciais foram importados para o pacote de software Quantum GIS, versão 1.8.0, 'Lisboa' (Quantum GIS Development Team 2012). Os valores médios espaciais de temperatura, precipitação e elevação foram calculados no SIG de cada município para definir parâmetros em modelos estatísticos subsequentes.</p>	<p>Este estudo sugere que a dengue está espacialmente agrupada em áreas localizadas na parte oriental e central do país. Em todos os modelos examinados, a precipitação foi um importante preditor da transmissão da dengue. Estes resultados dão alguma indicação do impacto potencial que os fatores ambientais podem ter sobre a alta incidência de dengue no país.</p>

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
12. BARBOSA, A.D. et al. Distribuição espacial de acidentes escorpionicos em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2005 a 2009. Arq. Bras. Med. Vet. Zootec., Belo Horizonte, v.66, n.3, p.721-730, Jun 2014.	Analisar a frequência e distribuição espacial dos acidentes escorpionicos em Belo Horizonte, entre 2005 e 2009, e associá-las às categorias de risco classificadas pelo Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), um índice socioeconômico regional composto.	Estudo epidemiológico observacional, retrospectivo.	Utilizou-se a base geográfica EndGeo, o aplicativo de mapeamento MapInfo versão 10.0 e os programas Hotspot Detective e SatScan.	Não houve associação entre as áreas de maior incidência de escorpionismo e as áreas de maior risco à saúde classificadas pelo IVS. Conclui-se que há necessidade de melhorias no processo de notificação do agravo e que o mapeamento dos casos é uma ferramenta relevante capaz de embasar o direcionamento das ações educativas de controle para as áreas prioritárias de Belo Horizonte.
13. BARCELLOS, Christovam; ZALUAR, Alba. Homicídios e disputas territoriais nas favelas do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.48, n.1, p.94-102, Fev 2014.	Avaliar o risco de homicídios em favelas do Rio de Janeiro, considerando as disputas territoriais em curso na cidade.	Estudo Documental. Empregou-se métodos e conceitos da geografia e etnografia, com as abordagens de observação participante, entrevistas e análise de dados secundários de saúde.	Não especificado.	A presença do tráfico armado em zonas estratégicas da cidade aumenta as taxas de mortalidade por violência e promove a “ecologia do perigo” no entorno de favelas.
14. STOPKA, Thomas J. et al. Use of Spatial Epidemiology and Hot Spot Analysis to Target Women Eligible for Prenatal Women, Infants, and Children Services. American Journal Of Public Health, [s.l.], v. 104, n. 1, p. 183-189, fev. 2014. American Public Health Association.	Identificar as regiões geográficas macro e micro-nível da Califórnia que contêm grupos de Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Lactentes e Crianças-elegíveis não participantes.	Documental.	ArcGIS versão 10.1 (Esri, Redlands, CA).	Os resultados ajudaram a informar ao programa as decisões de financiamento, incluindo a abertura de novos centros e ofereceram uma nova abordagem para direcionar os serviços de saúde pública.

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
<p>15. BESSAJUNIOR, Francisco Narciso et al. <i>Spatial distribution of dengue disease in municipality of Mossoró, Rio Grande do Norte, using the Geographic Information System</i>. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v.16, n.3, p.603-610, Set. 2013.</p>	<p>Determinar a localização espacial dos novos casos de dengue, diagnosticados no período entre 2001 e 2007, na zona urbana do município de Mossoró.</p>	<p>Trata-se de um estudo descritivo do tipo ecológico, realizado na área urbana do município.</p>	<p>Utilizou-se um aparelho receptor GPS (Garmin 76), o programa Arcview GIS 3.2 e o aplicativo ArcMap.</p>	<p>O SIG mostrou-se passível de uso e um instrumento útil na vigilância epidemiológica. A visualização da endemia elucidou dúvidas quanto à localização real dos casos, revelando que a doença está concentrada em áreas mais periféricas, onde reside a população com baixo padrão socioeconômico, conforme as constatações feitas em campo.</p>
<p>16. MARTINS, Eunice Francisca et al. <i>Perinatal mortality and socio-spatial inequalities</i>. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.21, n.5, p.1062-1070, Out. 2013.</p>	<p>Analisar as desigualdades sociais constatadas na distribuição da mortalidade perinatal em Belo Horizonte.</p>	<p>Trata-se de estudo ecológico com base nos dados de mortes perinatais, de residentes em Belo Horizonte, ocorridas no período de 2003 a 2007.</p>	<p>Utilizou-se os softwares Epi Info, versão 10. O software MapInfo para a elaboração dos mapas temáticos.</p>	<p>A elevação das taxas de mortalidade perinatal mostrou relação direta com o aumento do risco da área e inversa, com a elevação da escolaridade da mãe. Houve interação entre essas variáveis, sendo que a baixa escolaridade materna aumenta o risco de morte perinatal em todas as áreas. Observou-se, também, que mortes por causas evitáveis, como asfixia/hipóxia, mais relacionadas à qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, registraram maiores taxas nas áreas de maior vulnerabilidade social. Assim, é importante entender os determinantes da mortalidade perinatal para além dos fatores biológicos clássicos, incluindo o contexto social e ambiental nesse processo.</p>

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
<p>17. BUMAN, Matthew P. et al. The Stamford Health Neighborhood Discovery Tool. American Journal Of Preventive Medicine, [s.l.], v. 44, n. 4, p.41-47, abr. 2013. Elsevier BV.</p>	<p>Desenvolver e avaliar a utilidade de uma ferramenta participativa computadorizada baseada em tablets, projetada para envolver os idosos na identificação de elementos da vizinhança que afetam as oportunidades de vida ativa.</p>	<p>Estudo de Intervenção.</p>	<p>Não especificado.</p>	<p>Esta ferramenta serve para complementar outras avaliações e auxiliar os tomadores de decisão em processos de construção de consenso para mudanças ambientais.</p>
<p>18 NASCIMENTO, Luiz Fernando C.; COSTA, Thais Moreira; ZOILLNER, Maria Stella A. da C. Spatial distribution of low birthweight infants in Taubaté, São Paulo, Brazil. Rev. paul. pediatr., São Paulo, v.31, n. 4, p.466-472, Dez 2013.</p>	<p>Identificar o padrão de distribuição espacial de recém-nascidos com baixo peso no município de Taubaté, São Paulo.</p>	<p>Estudo epidemiológico do tipo ecológico e exploratório.</p>	<p>Efetou-se a análise espacial pelo programa Terra View.</p>	<p>A maior ocorrência de nascimentos com baixo peso nos setores mais periféricos pode se relacionar ao fato de esses setores possivelmente abrigarem pessoas com menores rendimentos salariais. Visto que o baixo peso ao nascer associa-se às famílias com renda mensal inferior a três salários mínimos e à baixa escolaridade materna, a qual pode ser um marcador socioeconômico. Nesta linha, os setores mais centrais, que possivelmente abrigam pessoas com melhor nível de escolaridade e, conseqüentemente, com melhores condições socioeconômicas, tiveram menor ocorrência desse desfecho.</p>

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
<p>19. LIAN, Min; STRUTHERS, James; SCHOOTMAN, Mario. Comparing GIS-Based Measures in Access to Mammography and Their Validity in Predicting Neighborhood Risk of Late-Stage Breast Cancer. <i>Plos One</i>, [s.l.], v. 7, n. 8, 28 ago. 2012. Public Library of Science (PLoS).</p>	<p>Investigar a influência da distribuição geográfica do serviço de mamografia no uso e no estágio do diagnóstico de câncer de mama. Comparou-se três métodos (nove medidas baseadas em SIG) na avaliação do acesso às instalações de mamografia no grupo de bloqueio de nível na região de St. Louis.</p>	<p>Estudo de Caso.</p>	<p>ArcGIS (Versão 9.3.1, ESRI inc., Redlands, CA).</p>	<p>Várias medidas baseadas em SIG de acesso a instalações de mamografia existem e não são idênticas em princípio e sua associação com o risco de câncer de mama em estágio tardio. Apenas as duas medidas usando o método 2SFCA com ponderação 6-timezone foram associadas com maior probabilidade de câncer de mama em estágio tardio. Essas medidas incorporam barreiras de viagens e concorrência de serviços. Estudos podem observar diferentes resultados dependendo da medida de acessibilidade utilizada.</p>
<p>20. GARCÍA-PÉREZ, Hilda; ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, Gerardo; DENNAN, Catalina, LARA-VALENCIA, Francisco; HARLOW, Siobán D. Neighborhood socio-environmental vulnerability and infant mortality in Hermosillo, Sonora Salud Pública de México, 2012, 54 (Jul-Ago)</p>	<p>Explora o impacto de variáveis contextuais no nível de vizinhança em um marcador de saúde na cidade de Hermosillo, México e discute a importância da colaboração entre planejadores e profissionais de saúde para minimizar o efeito negativo de fatores contextuais na saúde urbana.</p>	<p>Estudo Ecológico.</p>	<p>Não especificado.</p>	<p>Os resultados mostram o agrupamento de áreas de alta mortalidade infantil e alguma associação com fatores ambientais construídos em Hermosillo. Apoiam a necessidade de reconectar a saúde pública e o planejamento urbano como forma de criar ambientes mais saudáveis nas cidades mexicanas.</p>

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
<p>21. MESSER, Lynne C.; VINKOOR-IMLER, Lisa C.; LARAIA, Barbara A. Conceptualizing neighborhood space: Consistency and variation of associations for neighborhood health across multiple neighborhood units. <i>Health & Place</i>, [s.l.], v. 18, n. 4, p.805-813, jul. 2012. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.03.012.</p>	<p>Avaliar a consistência de associações entre características de vizinhança, comportamentos e resultados relacionados à gravidez em quatro limites de bairro aninhados utilizando modelos de logística multinível de inclinação fixa de declive fixo de raça.</p>	<p>Ecológico.</p>	<p>ArcGIS.</p>	<p>As incividades altas foram associadas com o aumento do tabagismo, ganho de peso inadequado e hipertensão induzida pela gestação, enquanto que a walkability foi associada à diminuição do tabagismo e Hipertensão induzida pela gravidez para mulheres brancas em todas as definições de bairro. Para as mulheres afro-americanas, altas incividades estavam associadas ao aumento do tabagismo e ganho de peso gestacional inadequado. As associações com atributos de vizinhança eram semelhantes em tamanho de efeito em todas as geografias, mas menos precisas à medida que os bairros se tornavam menores.</p>
<p>22. STOPKA, T.J. et al. Demographic, Risk, and Spatial Factors Associated With Over-the-Counter Syringe Purchase Among Injection Drug Users. <i>American Journal Of Epidemiology</i>, [s.l.], v. 176, n. 1, p.14-23, 4 maio 2012. Oxford University Press (OUP). http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwr492.</p>	<p>Determinar fatores demográficos, comportamentais e espaciais associados à compra de seringas entre os usuários de drogas injetáveis em San Francisco, Califórnia.</p>	<p>Delimitação transversal.</p>	<p>ArcGIS, version 10; ESRI, Redlands, California.</p>	<p>Nas análises multivariadas, a idade, a raça, a frequência de injeção, o tipo de droga injetada e a fonte de fornecimento de seringas foram associadas independentemente com compras de seringas. Notavelmente, a prevalência de compra de seringas foi 53% mais baixa entre os usuários de drogas internas afro-americanas e maior entre os injetores de metanfetamina. Dois bairros com altas densidades de usuários tinham acesso limitado a seringas de balcão. O aumento do acesso às seringas de balcão poderia potencialmente prevenir as doenças infecciosas transmitidas pelo sangue entre os usuários de drogas injetáveis.</p>

Referência	Objetivo	Metodologia	Software utilizado	Conclusão
23. BISSONNETTE, Laura et al. Neighbourhoods and potential access to health care: The role of spatial and aspatial factors. <i>Health & Place</i> , [s.l.], v. 18, n. 4, p. 841-853, jul. 2012. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.03.007 .	Esta pesquisa examina o acesso de bairro aos cidadãos de saúde primários na cidade de Mississauga, Ontário, Canadá.	Estudo ecológico	Todas as análises de GIS foram realizadas usando o software ArcGIS 9.3	A acessibilidade potencial é reduzida para as minorias linguísticas, bem como para as populações de imigrantes recentes. Os resultados da pesquisa reforçam a importância de se focar nas variações intrabairros no acesso ao cuidado e demonstram a utilidade de uma nova abordagem para o estudo dos impactos do bairro que melhor representa variações espaciais no acesso e demanda da saúde.
24. BRANTLEY, Mary D. et al. Mapping US Pediatric Hospitals and Subspecialty Critical Care for Public Health Preparedness and Disaster Response. <i>Disaster Medicine And Public Health Preparedness</i> , [s.l.], v. 6, n. 02, p.117-125, jun. 2012. Cambridge University Press (CUP).	Descobrir por proximidade geográfica até que ponto a população pediátrica dos Estados Unidos (de 0 a 17 anos) tem acesso a pediatras e outros serviços especializados de cidadãos intensivos, e destacar as diferenças regionais na distribuição populacional e crítica de recursos para o planejamento da preparação e utilização durante um desastre de saúde pública em massa.	Ecológico.	ArcGIS version 9.3	Esta análise geoespacial descreve o estado atual dos recursos pediátricos do hospital de cidadãos críticos e fornece uma visão visual e analítica das lacunas existentes na cobertura hospitalar pediátrica local. Também destaca o uso do mapeamento dasimétrico como ferramenta para o planejamento da preparação para a saúde pública.

O estudo do geoprocessamento ou também conhecido como georreferenciamento tem grande utilidade no setor saúde, sendo aplicado em diferentes contextos da saúde pública. A maioria dos estudos disponíveis sobre o tema, como vistos acima, abordam questões como a incidência de doenças e agravos e sua distribuição no espaço, que muitas vezes tem correlações com as regiões ou áreas que possuem baixas condições socioeconômicas (JOHANSEN; CARMO; ALVES, 2016; BESSA JUNIOR *et al.*, 2013), constatando que a doença está distribuída principalmente entre a população mais precária, ou seja, entre os bairros que apresentam carência social (PERUHYPE *et al.*, 2014; ARAUJO *et al.*, 2013).

O que demonstra a necessidade de políticas e estratégias direcionadas para as condições de saneamento básico, prevenção primária, acesso à educação, entre outras melhorias do espaço e vida urbana, buscando reduzir dessa forma a vulnerabilidade social entre os espaços (INAGAKI *et al.*, 2014; BIDINOTTO; SIMONETTI; BOCCHI, 2016).

Apesar da maioria dos estudos, vistos acima, associarem algumas doenças a padrões espacialmente desfavoráveis, outros utilizaram as técnicas de geoprocessamento para diferentes fins, como para identificar a capacidade de tratamento hospitalar a fim de analisar a capacidade máxima e a procura de serviços em saúde em caso de internações em massa, bem como avaliar programas de saúde pública (FREITAS *et al.*, 2016). Demonstrando, assim, como as técnicas e análises espaciais podem ser importantes ferramentas tanto para a epidemiologia e vigilância em saúde como para gestão e tomada de decisão.

Sabe-se que o Sistema de Informação Geográfica (SIG) é uma combinação de recursos de mapeamento computacional com ferramentas adicionais de gerenciamento e análise de base de dados utilizado, amplamente, em vários setores, como ciência ambiental, planejamento urbano, aplicações agrícolas, entre outros. A saúde pública é uma das áreas de foco, onde o SIG tem sido bastante utilizado para áreas de pesquisa e prática, como vigilância epidemiológica e monitoramento, sendo sua utilização estendida por mais de um século, evoluindo desde aplicações de simples mapas a análises complexas de geoestatística (MANOLITZAS *et al.*, 2016).

O que difere dos demais Sistemas de Informações e de todos os programas de análise estatística é sua capacidade de analisar dados complexos e sua apresentação visual de dados espaciais, sendo a opção por esta tecnologia a melhor maneira de ter eficiência operacional, permitindo uma boa administração das informações estratégicas, tanto para minimizar custos como para agilizar no processo decisório. Assim, a vantagem do uso dessas tecnologias é que os mapas fornecem uma nova dimensão à análise de dados, o que ajuda a visualizar padrões e relações de questões em saúde pública, tornando muitas dúvidas melhor entendidas com o uso das técnicas de geoprocessamento (OLAYA, 2012).

Dessa forma, a abordagem espacial, através de *softwares* especializados, possibilita a integração de dados demográficos, econômicos e ambientais, através do inter-relacionamento de informações de diversos bancos de dados. Sendo aplicabilidade dos SIGs de grande utilidade para controle e monitoramento de doenças, bem como auxilia na avaliação

de algumas medidas de controle empregadas, fornecendo informações atualizadas da real situação epidemiologia do espaço geográfico (SILVA *et al.*, 2015).

Após o georreferenciamento das informações em estudo, ou seja, da localização do evento estudado a partir da latitude e longitude, outras diversas técnicas realizam a análise exploratória desses dados espaciais, sendo uma delas e a mais conhecida o método de Kernel, método utilizado para mapear e estimar a intensidade de distribuição dos pontos no espaço através da estatística não paramétrica (BARBO-SA *et al.*, 2014).

Uma outra análise bastante utilizada em dados espaciais é o cálculo do Índice Global de Moran que detecta a existência de autocorrelação espacial. Esse índice considera as diferenças entre os valores em cada região e a média global do atributo observado. Os valores do índice variam entre -1 e +1, de maneira que valores próximos de zero indicam ausência de correlação espacial, valores próximos de 1 sugerem correlação direta ou autocorrelação espacial positiva, onde os valores das variáveis de uma área tendem a ser semelhanças aos das áreas vizinhas e valores próximos de -1 indicam um padrão de autocorrelação negativa, indicando que valores não semelhantes tendem a se juntar (ALVES *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2016).

A dependência espacial é um conceito essencial para o entendimento do arranjo espacial, sendo a autocorrelação espacial a mensuração dessa dependência, tratando-se de um conceito estatístico de correlação utilizado para medir o quanto é dependente o atributo de uma variável estudada e sua localização. A estatística I de Moran é utilizado como

teste para verificar a presença de “*cluster*” espacial, para detectar o padrão de “*cluster*”, sendo um coeficiente ponderado que situa valores entre -1 e +1 (BRASIL, 2015).

Observou-se, a partir das publicações encontradas, que os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) foram prioritariamente utilizadas para resolver questões como:

1. Organização de dados: armazenamento de dados e sua análise por meio de mapas digitais;
2. Visualização de dados: podendo ser relacionados as informações desejados de acordo com o contexto estudado;
3. Produção de mapas temáticos: de acordo com o objetivo de cada estudo analisado;
4. Análise espacial: representada pela utilização de um conjunto de técnicas estatísticas que combinam os níveis de informações (camadas ou filtros), a fim de encontrar padrões ou estabelecer relações a partir do cruzamento dos dados;
5. Previsão: uma vez que tem a possibilidade de alterar os parâmetros para avaliar como os eventos, naturais ou não, poderia ocorrer se as condições fossem diferentes;
6. Monitoramento;
7. Avaliação de políticas e estratégias em saúde;
8. Alocação de recursos e/ou serviços de saúde, entre outros.

A partir da leitura dos artigos, pode-se perceber que os SIGs permitiram, de um modo geral, um melhor entendimento em relação a distribuição de morbimortalidade de alguns

eventos em saúde, bem como o estudo de diversas características acerca dos serviços de saúde, das medidas de prevenção, controle e das diferentes regiões geográficas de um país.

Assim o crescente uso dos SIGs se configuram em ferramentas essenciais para a melhoria da compreensão da epidemiologia, podendo representar um fator potencial para a superação dos desafios logísticos e regionais, uma vez que possibilita identificar fatores ambientais e sociológicos locais que determinam áreas de alto risco, além de analisar as relações entre esses fatores de risco e a ocorrência e distribuição da doença (DUNCOMBE et al., 2012). Fornecendo aos políticos e gestores uma base para importantes programas de saúde pública e tomadas de decisões financeiras, auxiliando na avaliação da cobertura e a amplitude dos serviços em determinadas áreas, facilitando o direcionamento da saúde pública, sendo, portanto, uma ferramenta que deveria ser utilizada na prática atual dos serviços em saúde (STOPKA, et al., 2014).

Bibliografia Básica

ABBOTT, Gavin *et al.* Explaining educational disparities in adiposity: The role of neighborhood environments. **Obesity**, [s.l.], v. 22, n. 11, p.2413-2419, 11 ago. 2014. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/oby.20853>.

ALMEIDA, Milena Cristina Silva; GOMES, Camila Moraes Santos; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Spatial analysis of neonatal mortality in the state of São Paulo, 2006-2010. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo, v.32, n.4, p.374-380, Dez. 2014.

ALVES, D. S. B. *et al.* Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. Cadernos Saúde Coletiva, [s.l.], v. 24, n. 1, p.63-69, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600010272>.

ALZATE-GRANADOS, J. P. *et al.* Disparidades en la incidencia de sífilis congénita en Colombia 2005 a 2011: Un estudio ecológico. Rev. salud pública, Bogotá, v. 14, n. 6, p. 965-977, Dez. 2012.

ARAUJO, K. M. F. A. *et al.* Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 296-302, Set. 2013.

BARBOSA, A. D. *et al.* Distribuição espacial de acidentes escorpionícos em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2005 a 2009. Arq. Bras. Med. Vet. Zootec., Belo Horizonte, v. 66, n. 3, p. 721-730, Jun 2014.

BARBOSA, N. F. M. *et al.* Kernel smoothing dos dados de chuva no Nordeste. Revista Brasileira de Engenharia Agrícola e Ambiental, [s.l.], v. 18, n. 7, p.742-747, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-43662014000700011>

BARCELLOS, Christovam; ZALUAR, Alba. Homicídios e disputas territoriais nas favelas do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 94-102, Fev 2014.

BESSA JUNIOR, Francisco Narcísio *et al.* Spatial distribution of dengue disease in municipality of Mossoró, Rio Grande do Norte, using the Geographic Information System. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 16, n. 3, p. 603-610, Set. 2013.

BIDINOTTO, D. N. P. B.; SIMONETTI, J. P.; BOCCHI, S. C. M. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, e2756, 2016.

BISSONNETTE, Laura et al. Neighbourhoods and potential access to health care: The role of spatial and aspatial factors. **Health & Place**, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 841-853, jul. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.03.007>.

BRANTLEY, Mary D. *et al.* Mapping US Pediatric Hospitals and Subspecialty Critical Care for Public Health Preparedness and Disaster Response, 2008. **Disaster Medicine And Public Health Preparedness**, [s.l.], v. 6, n. 02, p. 117-125, jun. 2012. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1001/dmp.2012.28>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 278p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Introdução à Estatística Espacial para a Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 124 p.

BUMAN, Matthew P. *et al.* The Stanford Healthy Neighborhood Discovery Tool. **American Journal Of Preventive Medicine**, [s.l.], v. 44, n. 4, p.41-47, abr. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2012.11.028>

CAMPI, Stephani Felício da Silva; NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Spatial distribution of C-sections within the state of São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 60, n. 5, p. 419-423, Out. 2014.

CAVALCANTE, M. P. R. *et al.* Análise geoespacia: um estudo sobre a dengue. *Acta Paul Enferm.*, Brasília, v. 4, n. 26, p.360-368, 2 ago. 2013.

DINIZ, E. P. H; PINHEIRO, L. C.; PROIETTI, F. A. Quando e onde se acidentam e morrem os motociclistas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 31, n. 12, p.2621-2634, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00112814>.

DUNCOMBE J; CLEMENTS A; Hu W; WEINSTEIN P; RITCHIE S; ESPINO FE (2012) Geographical Information Systems for Dengue Surveillance. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 86, 753–755.

FREITAS, C. F. *et al.* Preparedness for the Rio 2016 Olympic Games: hospital treatment capacity in georeferenced areas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, e00087116, 2016.

GARCÍA-PÉREZ, Hilda; ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, Gerardo; DENMAN, Catalina, LARA-VALENCIA, Francisco; HARLOW, Siobán D, Neighborhood socio-environmental vulnerability and infant mortality in Hermosillo, *Sonora Salud Pública de México*, 2012, 54 (Jul-Ago).

HERNANDEZ-VASQUEZ, Akram *et al.* Distribución espacial de los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo en el Perú, 2012-2014. *Rev. perú. med. exp. salud publica*, Lima, v. 33, n. 1, jan 2016.

HOLANDA, E. R. *et al.* Spatial analysis of infection by the human immunodeficiency virus among pregnant women. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 3, p.441-449, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0481.2574>.

INAGAKI, A. D. M. *et al.* Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.36, n.12, p.535-540, Dez. 2014.

JOHANSEN, I. C.; CARMO, R. L.; ALVES, L. C. Desigualdade social intraurbana: implicações sobre a epidemia de dengue em Campinas, SP, em 2014. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 421-440, Dez. 2016.

LIAN, Min; STRUTHERS, James; SCHOOTMAN, Mario. Comparing GIS-Based Measures in Access to Mammography

and Their Validity in Predicting Neighborhood Risk of Late-Stage Breast Cancer. **Plos One**, [s.l.], v. 7, n. 8, 28 ago. 2012. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0043000>.

LOPES, E.M. *et al.* AIDS em crianças: a influência dos diferenciais socioeconômicos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 2005-2016, Set. 2015.

KAO, Dennis *et al.* Spatial accessibility of drug treatment facilities and the effects on locus of control, drug use, and service use among heroin-injecting Mexican American men. **International Journal Of Drug Policy**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 598-607, maio

MAIA, Helena Fraga *et al.* Distribución espacial de los casos de traumatismos craneoencefálicos atendidos en unidades de referencia en Salvador, Bahía, Brasil. **SALUD COLECTIVA**, Buenos Aires, v. 10, n. 2, p. 213-224, mai 2014.

MANOLITZAS, P. *et al.* Effective Methods for Modern Health care Service Quality na Evaluation. Hershey: Igi, 2016. 315p.

MARTINS, Eunice Francisca *et al.* Perinatal mortality and socio-spatial inequalities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1062-1070, Out. 2013.

MCKINNON, Britt *et al.* Distance to emergency obstetric services and early neonatal mortality in Ethiopia. **Tropical Medicine & International Health**, [s.l.], v. 19, n. 7, p.780-790, 22 abr. 2014. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12323>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dez. 2008.

MESSER, Lynne C.; VINIKOOR-IMLER, Lisa C.; LARAIA, Barbara A.. Conceptualizing neighborhood space: Consistency and variation of associations for neighborhood factors and pregnancy health across multiple neighborhood units. **Health & Place**, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 805-813, jul. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.03.012>.

NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa; ALMEIDA, Milena Cristina da Silva; GOMES, Camila de Moraes Santos. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 303-309, Jul 2014.

NASCIMENTO, M. C. do; RODRIGUES-JÚNIOR, Antonio L.; RODRIGUES, Denis de O. Configuração espacial da Dengue no contexto socioeconômico de Alfenas/MG: Retrato de uma década. *Medicina (ribeirao Preto. Online)*, [s.l.], v. 48, n. 2, p.181-189, 26 abr. 2015. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i2p181-189>.

NASCIMENTO, Luiz Fernando C.; COSTA, Thais Moreira; ZOLLNER, Maria Stella A. da C. Spatial distribution of low birthweight infants in Taubaté, São Paulo, Brazil. *Rev. paul. pediatri.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 466-472, Dez 2013.

OEXLE, Nathalie et al. Neighborhood fast food availability and fast food consumption. **Appetite**, [s.l.], v. 92, p. 227-232, set. 2015. Elsevier BV.

OLAYA, V. Sistemas de Información Geográfica. Creative Commons Atribucion, 2012.

PERUHYPE, R. C. *et al.* The distribution of tuberculosis in Porto Alegre: analysis of the magnitude and tuberculosis-HIV coinfection. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1035-1043, Dez. 2014.

PINTO, M.L. *et al.* Ocorrência de casos de tuberculose em Crato, Ceará, no período de 2002 a 2011: uma análise espacial de padrões pontuais. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 313-325, Jun 2015.

PIUVEZAM, G. *et al.* Mortality from Cardiovascular Diseases in the Elderly: Comparative Analysis of Two Five-year Periods. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [s.l.], p. 1-10, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150096>.

RESTREPO, Angela Cadavid; BAKER, Peter; CLEMENTS, Archie C.a.. National spatial and temporal patterns of notified dengue cases, Colombia 2007-2010. **Tropical Medicine & International Health**, [s.l.], v. 19, n. 7, p.863-871, 27 maio 2014. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12325>.

SILVA, A. M. *et al.* Modelagem geoestatística dos casos de dengue e da variação termopluiométrica em João Pessoa, Brasil. *Soc. Nat.*, [s.l.], v. 27, n. 1, p.157-169, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-451320150111>.

STOPKA, T. J. *et al.* Demographic, Risk, and Spatial Factors Associated With Over-the-Counter Syringe Purchase Among Injection Drug Users. **American Journal Of Epidemiology**, [s.l.], v. 176, n. 1, p.14-23, 4 maio 2012. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwr492>.

STOPKA, Thomas J. *et al.* Use of Spatial Epidemiology and Hot Spot Analysis to Target Women Eligible for Prenatal Women, Infants, and Children Services. **American Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 104, n. 1, p.183-189, fev. 2014. American Public Health Association.

TAVARES, R. *et al.* Homicídios e vulnerabilidade social. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 923-934, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.12362015>

VENÂNCIO, T. S.; TUAN, T. S.; NASCIMENTO, L. F. C. Incidence of tuberculosis in children in the state of São Paulo, Brazil, under spatial approach. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 20, n. 5, p.1541-1547, maio 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.14672014>.

YAMAMURA, M. *et al.* Epidemiological characteristics of cases of death from tuberculosis in and vulnerable territories. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 5, p.910-918, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0450.2631>.

YAMAMURA, M. *et al.* Spatial analysis of avoidable hospitalizations due to tuberculosis in Ribeirão Preto, SP, Brazil (2006-2012). *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 50, p. 1-11, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006049>.

PARTE II

DOENÇAS CRÔNICAS: OS DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE.

DETERMINANTES DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Luana Rodrigues Sarmentu

Larissa Alves Alexandre Moliterno

Livia Cristina Barros Barreto

Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma enfermidade complexa, com impacto significante na qualidade de vida, longevidade, uso de recursos médicos e gastos em saúde pública. É definida pela elevação persistente e irreversível da creatinina sérica, além de ser uma síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível dos néfrons, independentemente da causa. Ocorre como resultado de uma série de doenças que comprometem os rins levando a atrofia total dos mesmos (DRUKKER, 1989; DIEGOLI *et al.*, 2015).

Observa-se que um número significante de pacientes que iniciam tratamento dialítico possui como diagnóstico a DRC de causa “desconhecida” ou “indeterminada”. Na Europa, o percentual de pacientes com causa desconhecida foi 17,1%, no ano de 2013; nos Estados Unidos da América (EUA), 3,2%; no Reino Unido, de 16,1%; no Brasil,

20% somando outras causas (11%) com causas indefinidas (9%). Os dados brasileiros não são acurados, tendo em vista que possuem a taxa de resposta baixa (ERA-EDTA, 2015; SBN, 2015; USRDS, 2013).

A DRC assumiu, nos últimos anos, o status de problema de saúde pública devido à elevação de sua prevalência entre a população mundial e ao seu impacto na morbimortalidade dos indivíduos acometidos. Em sua fase mais avançada, os rins não conseguem manter a homeostase necessária para a sobrevivência, que passa a depender de uma das modalidades de terapia de substituição renal: a diálise e/ou o transplante renal (PINHO; SILVA; PIERIN, 2015).

O diagnóstico da doença é sindrômico, possui múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Os sintomas só ocorrem em uma fase avançada da doença, quando a chance de intervenções terapêuticas é pequena ou nula, resultando em um diagnóstico tardio da doença. Ademais a este fato, ocorre a apresentação tardia dos pacientes para os serviços nefrológicos, geralmente já em fase avançada da doença renal (PERES *et al.*, 2010; BRASIL, 2014).

Este capítulo aborda os determinantes da DRC, bem como o contexto desta importante enfermidade através de dados atuais da literatura.

Realizou-se, portanto, uma revisão integrativa a partir dos descritores doença renal crônica, saúde pública, estudos de validação. Utilizou-se o acervo do portal de periód-

dicos da Capes nos diversos idiomas. Filtrou-se o resultado para o intervalo de tempo entre 2011 a 2016. Encontrou-se 427.092 artigos utilizando como descritor somente doença renal crônica. Dispondo do recurso de busca avançada, somando o descritor estudos de validação, encontrou-se apenas 27 artigos. Selecionou-se os principais artigos a partir da leitura criteriosa do título e resumo.

Esta revisão é parte da dissertação “Validação das causas de doença renal crônica terminal no município de Fortaleza - CE”. As principais causas encontradas foram indeterminada (35%), diabetes mellitus (26%), DRPA (6,2%), falência do enxerto renal (6,2%). A prevalência de hipertensão primária como causa de doença renal crônica terminal (DRCT) foi de 3,8%. Os resultados na íntegra foram submetidos para publicação (SARMENTO, 2016).

Existe uma lacuna na literatura de trabalhos que confirmem as causas reais de DRCT, sendo isto considerado um desafio. Estudos concordam que os dados podem advir de fontes cujas informações podem não ser totalmente confiáveis, pois a validação das causas registradas de DRCT é, muitas vezes, negligenciada e não realizada (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010; NOGUEIRA *et al.*, 2011; SESSO *et al.*, 2014).

2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DRC

Os dados publicados na literatura referentes a DRC tem como base os registros nacionais e internacionais de pacientes em tratamento dialítico.

Na Europa, foram apurados no censo de 2015 sendo estes referentes ao ano de 2013. O órgão representante, *Eu-*

ropean Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA) (2015), informa que o diabetes mellitus é a causa de falência renal com maior incidência na Europa, (22,4%) de forma geral para o ano de 2013, seguido por causa desconhecida (17,1%), causas variadas (17,1%) e hipertensão (15,2%). As causas de maior incidência na faixa etária abaixo de 65 anos no mesmo ano foi diabetes mellitus (22,2%), causas variadas (17,1%), glomerulonefrite/esclerose (16,6%) e causa indeterminada (14,3%). A modalidade de tratamento mais incidente foi hemodiálise para quase a totalidade dos casos (79,2%), seguido da diálise peritoneal (15,0%) e transplante renal (5,7%).

De acordo com o *Global Kidney Disease*, a prevalência estimada de indivíduos com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5) em muitos países, varia de 8 a 16%, o que representa um enorme contingente de pessoas que potencialmente necessitarão de terapia renal substitutiva, se apresentarem progressão de sua DRC para fases finais (VI-VEKANAND *et al.*, 2013).

Conforme o *United States Renal Data System – USDRS (2015)*, a referência norte-americana nos registros de diálise, em sua última edição, o diagnóstico primário mais comum eram as glomerulonefrites até antes de 1997 para casos (pacientes) incidentes de DRCT dos EUA. No entanto, após 1997, o número de pacientes que iniciaram terapia dialítica tendo como causa o diabetes excederam as de glomerulonefrite (casos incidentes). As prevalências de diabetes e hipertensão como diagnósticos primários da DRCT vêm aumentando consideravelmente. O diabetes ultrapassou as glomerulonefrites a partir de 2011 e tornou-se a cau-

sa primária mais comum, quando foi levado em conta os dados de prevalência.

A confiabilidade da causa primária da DRCT não tem sido bem estabelecida. A validação da causa da doença renal terminal permanece um desafio pelo fato de a causalidade não poder ser definitivamente determinada ou especificada para todos os pacientes, com base em julgamento clínico ou testes diagnósticos; e também pelo fato de muitos pacientes chegarem a insuficiência renal terminal, sem benefício de cuidados nefrológicos prévios (USRDS, 2015).

Segundo o Registro Latino Americano de Diálise e Transplante, a prevalência de TRS em latino-americanos aumentou de 119 pessoas por milhão de população (pmp) no ano de 1991 para 660 pmp em 2010 (hemodiálise 392 pmp, diálise peritoneal 129 pmp e transplante renal 105 pmp). As maiores taxas de prevalência foram relatadas em Porto Rico (1355 pmp). A Argentina, o México, o Uruguai e o Chile registraram taxas entre 777 e 1.136 pmp, respectivamente; e a taxa apresentada para o Brasil foi de 599 pmp. No entanto, se especificar a modalidade de terapia para transplante renal funcionante, o Brasil apresenta prevalência de 131,8 pmp, com 25.728 pacientes transplantados renais. Este relatório envolveu 20 países cuja população representa 99% da América Latina. O diabetes foi a principal causa de DRC em TRS. A maior incidência de DM como causa de DRC foi registrada em Porto Rico (66,8%), México (61,8%) e Colômbia (42,5%); e a menor foi observada em Cuba (26,2%) e no Uruguai (23,2%) (PECOITS FILHO *et al.*, 2015).

Segundo Peres *et al.* (2010), as principais causas de DRC em países asiáticos como Irã, Índia e Japão são: hipertensão arterial, glomerulonefrite crônica e diabetes mellitus. No registro da Austrália e Nova-Zelândia, *Australian and New Zealand Dialysis and Transplantation Registry* (ANZ-DATA), nos últimos anos, o diabetes tornou-se a principal causa de DRCT, principalmente pelo aumento na incidência do diabetes tipo 2.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) publica os dados do censo brasileiro de diálise anualmente. Formulários são enviados a todas as unidades de diálise existentes no Brasil e a taxa de resposta varia em cada ano. A estimativa ocorre levando em conta os números esperados nos centros que não responderam ao inquérito, conforme sua localização regional. Nas unidades que não responderam ao censo, é atribuído um número médio de pacientes esperado na região e o total computado nas estimativas. Esses dados têm limitações, tendo em vista que depende da taxa de resposta das unidades ao censo, a participação é voluntária e os dados não são validados (SESSO *et al.*, 2014).

As clínicas de diálise são responsáveis pelo envio dos dados referentes aos pacientes em tratamento dialítico à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Dentre as informações fornecidas, está o diagnóstico da doença que levou o paciente a necessitar da realização de hemodiálise. As Secretarias de Saúde não exigem a informação da doença de base, tampouco o Ministério da Saúde. Os pacientes, em sua grande maioria, são classificados com insuficiência renal crônica, que é o diagnóstico sindrômico final na evolução da DRC.

Em 2013, o programa ativo para tratamento dialítico crônico cursava em 658 unidades, nas quais 334 (50,8%) responderam ao questionário e tiveram seus dados analisados. Em 2014, de 715 unidades registradas com programa crônico ativo, apenas 312 (43,6%) responderam ao formulário do censo 2014. Em 2015, de 726 unidades ativas com programa crônico, 294 (40,5%) responderam ao censo (SBN, 2014; SESSO *et al.*, 2014; SBN, 2015).

Conforme dados do censo de 2006, o número de pacientes em diálise era de 70.872 (383 pmp). Estimava-se ter sido gasto R\$ 1,9 bilhões no tratamento de pacientes em diálise crônica e com transplante renal, sendo que o Sistema Único de Saúde (SUS) subsidiou cerca de 90% dos tratamentos de substituição renal (SESSO; GORDAN, 2007).

Os dados atuais da SBN informam que o número de unidades de diálise vem crescendo no país ao longo dos anos, apresentando um perfil de rede privada e em segundo lugar a filantrópica, sendo em sua maioria credenciadas ao SUS e em ambientes hospitalares. Cerca de 15% dos pacientes em diálise fazem tratamento utilizando medicinas de grupo e/ou seguros de saúde particulares, e 85% fazem diálise subsidiados pelo SUS. A diálise concentra-se em ampla faixa etária, de 20 a 64 anos (64,9%), mais frequente (58%) em pessoas do sexo masculino (SBN, 2015).

A estimativa de pacientes em fila de espera por transplante renal diminuiu em 3.633 pessoas de 2014 para 2015. A taxa de incidência anual estimada de pacientes em diálise permaneceu igual nos dois anos (180 pmp). A estimativa de novos pacientes em diálise cresce ao longo dos anos e observa-se que houve aumento de 5.686 pessoas de 2013

para 2014 e 2.205 pessoas de 2014 para 2015. Quanto ao número anual estimado de óbitos em pacientes em diálise, em 2014 foi de 21.281 pessoas e em 2015 foi de 20.573 pessoas (SBN, 2014; SBN, 2015).

No Nordeste, existem 129 unidades ativas cadastradas, apenas 52 responderam o censo. Um quantitativo de 9.590 pessoas (56,18 pmp). O Sul e o Sudeste concentram a maioria das unidades ativas do país. A região está abaixo da média de resposta do país ao censo e a taxa de incidência anual estimada de pacientes em diálise é de 114 pmp (SBN, 2014).

De acordo com inquéritos realizados em 1996/97, as principais doenças reportadas como causa de DRCT em pacientes incidentes, isto é, iniciando terapia renal de substituição, foram hipertensão arterial (24%), glomerulonefrite (24%) e diabetes mellitus (17%). Entretanto, estes dados são antigos e devem ser atualizados por inquéritos mais recentes; bem como, a validade desses diagnósticos deve ser comprovada (SESSO; GORDAN, 2007).

Em 2014, o censo brasileiro apontou que o diagnóstico de base mais frequente foi hipertensão arterial (35%), seguido de diabetes (29%), glomerulonefrites (11%), 25% somando outras causas e causas indefinidas. No censo de 2015, as causas de DRCT referidas são as do ano anterior (SBN, 2014).

As estimativas anuais devem ser interpretadas com cautela devido à variável porcentagem de resposta dos centros, pois se faz de forma voluntária; e falta validação das respostas enviadas (SESSO *et al.*, 2014).

Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, referentes ao ano de 2015, mostram que o diagnóstico primário não é informado em quase totalidade (97,07%) dos registros municipais de procedimentos em nefrologia, pois não é uma informação obrigatória, conforme exposto anteriormente.

Pouco se sabe sobre a prevalência, a morbidade e a mortalidade da doença renal crônica em estágios iniciais no Brasil (PINHO; SILVA; PIERIN, 2015).

O SUS é responsável pelo financiamento de 85,8% dos pacientes em TRS e tem dado expressiva mostra de saturação e dificuldades em atender os indivíduos com DRC terminal, a um custo estimado em 2008 de 200 milhões de reais (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A Base de Dados Nacional (Registro Brasileiro de Diálise baseado no Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia ou banco de dados do DATASUS) em TRS propicia a utilização dos dados administrativos e análises apuradas. No entanto, o propósito deste sistema é o faturamento e a cobrança ao SUS e não a pesquisa, o que resulta em algumas informações incompletas, inconsistentes e inexistentes. Tais características limitam as inferências (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010).

O crescimento da população com DRC tem implicações substanciais para as políticas públicas de saúde, sobretudo pelo custo elevado dos pacientes em TRS, com 85% a 95% dessa terapêutica subsidiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010).

3 FATORES DE RISCO PARA DRC

Os fatores de risco para desenvolvimento de insuficiência renal podem ser caracterizados como iniciadores e/ou promotores da falência renal. Iniciadores são todas as injúrias físicas, químicas e imunológicas, responsáveis pelo início do dano renal. Os fatores promotores têm influência no curso e eventual progressão da insuficiência renal inicial para insuficiência renal crônica terminal. Como exemplos de fatores promotores de progressão da doença renal podem-se citar: a hipertensão sistêmica, a hipertensão glomerular, a proteinúria, a hiperlipidemia, a ingestão de proteína, a ingestão de fosfato, a coagulação intraglomerular, os agentes nefrotóxicos, a nefrite intersticial, o uso de analgésicos. A identificação dos fatores promotores pode sugerir intervenções preventivas que retardarão a perda de função renal em pacientes que já possuem algum grau de insuficiência renal (EVANS; TAAL, 2011).

A obesidade e o envelhecimento populacional constituem importantes fatores de risco para DRC (VIVEKANAND *et al.*, 2013).

Inúmeras doenças renais primárias e doenças sistêmicas podem cursar com perda crônica da função renal. Para Almeida *et al.* (2015), as causas de DRC são múltiplas, porém, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus tipo 2 são, há décadas, as mais comuns.

A causa mais frequente de envolvimento renal em uma doença sistêmica é o diabetes mellitus, de acordo com dados norte-americanos. A insuficiência renal em pacientes diabéticos tipo 1, com início da doença há mais de 5 anos,

associado à hipertensão e retinopatia, é altamente sugestivo de nefropatia diabética. Em pacientes diabéticos tipo 2, o comprometimento renal pode ocorrer tão frequentemente quanto no diabetes tipo 1 com mesmo tempo de duração da doença. Há ainda a possibilidade de que o diabetes mellitus venha a adquirir no futuro próximo maior importância na etiologia e na comorbidade da DRC no Brasil (PINHO; SILVA; PIERIN, 2015).

A doença renal é fortemente associada à hipertensão. Por um lado, sabe-se que doença renal causa hipertensão. Por outro, também é amplamente conhecido o fato de que a hipertensão pode levar a doença dos rins bem como agravar a disfunção renal. Assim, a hipertensão pode assumir tanto o papel de causa de base como o de complicação da doença (SIVIERO *et al.*, 2013).

Além dessas patologias supracitadas, as quais podem conduzir à DRC, conhecidas como doenças de base, destacam-se ainda: as glomerulonefrites, as doenças renais policísticas (DRP), a pielonefrite crônica, outras nefrites intersticiais crônicas, etiologia desconhecida, as vasculites, o lúpus eritematoso sistêmico (LES), as doenças congênitas ou hereditárias, as doenças neoplásicas, a uropatia obstrutiva, o uso de drogas e toxinas nefrotóxicas (SIVIERO *et al.*, 2013).

As glomerulonefrites são causas persistentes de nefropatia crônica, ocupando posição de destaque quanto a causa de base de DRC no Brasil ao longo dos anos. Podem se manifestar com hematúria, síndrome nefrótica e/ou hipertensão (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010; SESSO *et al.*, 2014). Dentre as DRP, sobretudo as hereditárias, destacam-se: a

Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) e a Doença Renal Policística Autossômica Recessiva (DRPAR). A DRPAD, também conhecida como doença renal policística do adulto (DRPA) é mais frequente. A falência renal se manifesta entre a terceira a quinta década de vida e a história familiar é positiva cerca de 75% dos casos (MALHEIROS, 2012).

Os critérios diagnósticos não são mutuamente exclusivos e os limites entre as várias doenças não são claramente estabelecidos. Não é raro, um mesmo paciente apresentar de mais de uma patologia que possa ter cursado com perda da função renal.

Neste contexto, o paciente pode necessitar de tratamento dialítico de urgência, sem que medidas de controle possam ser realizadas, no início da doença, para retardar o seu avanço, ou possibilitar que o paciente seja preparado para a realização da TRS – diálise e/ou transplante renal. Por conseguinte, a maioria dos pacientes passa a ser acompanhada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até pouco tempo, a atenção à DRC no Brasil se restringia quase que exclusivamente ao estágio em que o paciente já necessita da terapia de substituição renal, apesar de se saber que a evolução da DRC depende do atendimento ofertado, muito antes da ocorrência da falência funcional renal (GIPSON *et al.*, 2011).

A prevenção da DRC é tratar e controlar os fatores de risco modificáveis: diabetes, hipertensão, dislipidemia,

obesidade, doença cardiovascular e tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde (SBN, 2014).

A prevalência estimada para o Brasil é que 11 a 22 milhões de habitantes adultos apresentem algum grau de disfunção renal, com cerca de 200 milhões de habitantes e 70% de população adulta. Número impossível de ser tratado por especialistas, denotando a imperiosa necessidade de programas epidemiológicos específicos e informação ao médico generalista sobre meios de tratamentos preventivos de progressão da DRC (IBGE, 2014; DRAIBE, 2014).

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Seus componentes são: a vigilância epidemiológica (controle das doenças transmissíveis e das doenças e agravos não transmissíveis); a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2009).

A vigilância epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

O propósito da vigilância epidemiológica é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida (BRASIL, 2009).

Estudos que têm por objetivo pesquisar a epidemiologia da DRCT são úteis para a distribuição de recursos na área da saúde, subsidiando decisões para melhorar a assistência aos pacientes e atuando em estratégias preventivas para a doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. A.; CIAMBELLI, G. S.; BERTOCO, A. L.; JURADO, M. M.; SIQUEIRA, G. V.; BERNARDO, E. A.; PAVAN, M. V.; GIANINI, R. J. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 471-478, Mar. 2015.

BRASIL, 2009. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CHERCHIGLIA, M. L.; MACHADO, E. L.; SZUSTER, D. A. C.; ANDRADE, E. I. G.; ACÚRCIO, F. A.; CAIAFFA, W. T.; SESSO, R.; GUERRA JUNIOR, A. A.; QUEIROZ, O. V.; GOMES, I. C. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 639-649, Aug. 2010.

DIEGOLI, H.; SILVA, M. C. G.; MACHADO, D. S. B.; CRUZ, C. E. R. N. Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 37, n. 1, p. 32-37, Mar. 2015.

DRAIBE, S. A. Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. Módulo 3 - Análise epidemiológica da doença renal. São Luís, 2014.

DRUKKER, W. - **Peritoneal dialysis: a historical review**. In: MAHER, J. F. -*Replacement of renal function by dialysis: a textbook of dialysis*. 3. ed. Dordrecht, Kluwer Academic, 1989. p. 475-515.

ERA-EDTA, 2015. European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association. **Summary of the 2013 ERA-EDTA Registry Annual Report. Amsterdam – Netherlands**. 2015. Disponível em: <<https://www.era-edta-reg.org/index.jsp?p=1>>. Acesso em: 16 outubro 2016.

EVANS, P. D. ; TAAL, M. W. **Epidemiology and causes of chronic kidney disease**. July 2011. Volume 39, Issue 7, Pages 402–406. Disponível em: <[http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(11\)00098-3/abstract?cc=y=>](http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(11)00098-3/abstract?cc=y=>)>. Acesso em: 16 novembro 2016.

GIPSON, D.S.; TRACHTMAN, H.; KASKEL, F.J.; RADEVA, M.K.; GASSMAN, J.; GREENE, T.H.; MOXEY-MIMS, M.M.; HOGG, R.J.; WATKINS, S.L.; FINE, R.N.; MIDDLETON, J.P.; VEHASKARI, V.M.; HOGAN, S.L.; VENTO, S.; FLYNN, P.A.; POWELL, L.M.; MCMAHAN, J.L.; SIEGEL, N.; FRIEDMAN, A.L. Clinical trials treating focal segmental glomerulosclerosis should measure patient quality of life. **Kidney Int.** 2011; 79(6):678-85. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21178977>>. Acesso em: 10 outubro 2016.

IBGE. **Censo de 2010.** 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/tlK-WOc>>. Acesso em: 20 outubro 2015.

NOGUEIRA, P. C. K.; FELTRAN, L. S.; CAMARGO, M.F.; LEÃO, E. R.; BENNINGHOVEN, J. R. C. S.; GONÇALVES, N. Z.; PEREIRA, L. A.; SESSO, R. C. Prevalência estimada da doença renal crônica terminal em crianças no Estado de São Paulo. **Rev Assoc Med Bras** 2011; 57(4):443-449.

PECOITS FILHO, R.; DIEZ, G. R.; BEDAT, M. G.; MARINOVICH, S.; FERNANDEZ, S.; LUGON, J.; BADAL, H. P.; MIRANDA, S. E.; GOMEZ, R.; CALDERON, M. C.; LOPEZ, M. A.; FREIRE, N.; MERINO, R. L.; RODRIGUEZ, G.; GUERRA, J. L.; BOCHICCHIO, T.; GARCIA, M. G.; CANO, N.; IRON, N.; CUERO, C.; CUEVAS, D.; TAPIA, C.; CANGIANO, J.; RODRIGUEZ, S.; GONZALEZ, H.; GARCIA, V. D. Tratamento substitutivo da função renal na doença renal crônica: uma atualização do Registro Latino-Americano de Diálise e Transplante. **Jornal Brasileiro de Nefrologia.** 2015; 37(1):9-13.

PERES, L. A. B.; BIELA, R.; HERRMANN, M.; MATSUO, T.; ANN, H. K.; CAMARGO, M. T. A.; ROHDE, N. R. S.; USCOCOVICH, V. S. M. Estudo epidemiológico da doença renal

crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 32, n. 1, p. 51-56, Mar. 2010.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91-97, Mar. 2015.

SARMENTO, L.R. **Validação das causas de doença renal crônica terminal no município de Fortaleza – CE.** 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

SBN, 2014. **Censo de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia.** 2014.

SBN, 2015. **Censo de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia.** 2015.

SESSO, R.C.; GORDON, P. Dados disponíveis sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, vol.29, no 1(supl. 1), mar., p. 09-12. 2007.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; SANTOS, D. R. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36(4):476-481. 2014.

SIVIERO, P; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. **Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira.** Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013. 17 p.: il. - (Texto para discussão; 467).

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. **Annual Data Report: atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States, national Institutes of health, national institute of diabetes and digestive and kidney diseases.** Bethesda, MD, 2013. Disponível em: <<https://www.usrds.org/2013/view/>>. Acesso em: 10 outubro 2016.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. **2015 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.** Bethesda, MD, 2015. Disponível em: <<https://www.usrds.org/2016/view/Default.aspx>>. Acesso em: 24 novembro 2016.

VIVEKANAND, J.; GARCIA-GARCIA, G.; ISEKI, K.; LI, Z.; NAICKER, S.; PLATTNER, B.; SARAN, R.; WANG, A. Y.; YANG, C. W. Chronic kidney disease: global dimensions and perspectives. **The Lancet**, v. 382, p. 260-72, july. 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23727169>>. Acesso em: 13 outubro 2016.

CONTRIBUIÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS NA QUALIDADE DE SONO EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRONICA: uma revisão integrativa.

Edyla M. P. F. Camelo

Paula Frassinetti Camurça Castelo Branco

1 INTRODUÇÃO

O sono corresponde á uma função biológica principal na consolidação da memória, na visão, na regulação da temperatura corporal, na conservação e restauração da energia, além da restauração do metabolismo energético do cérebro. Por ser responsável por tais funções tão importantes, perturbações do sono podem ocasionar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de afetar a qualidade de vida (BITTENCOURT et al., 2005; MULLER; GUIMARÃES, 2007; SOUZA et al., 2007).

As causas mais comuns de detrimento do sono são a restrição e sua fragmentação. A restrição pode ser decorrência da demanda de trabalho, responsabilidade familiar, uso de fármacos, fatores pessoais e estilo de vida. A frag-

mentação resulta em um sono de quantidade e qualidade inadequadas, sendo resultado de condições biológicas e/ou fatores ambientais que o interrompem (TOGEIRO; SMITH, 2005).

Uma qualidade ruim do sono pode acarretar prejuízos no cotidiano das pessoas afetadas, como alteração negativa no desempenho nos estudos, transtornos nas relações sociais e familiares, sonolência excessiva diurna, dor crônica. Além de uma forte associação entre distúrbios do sono e morte (CHELLAPPA; ARAUJO, 2007; FERRO; IDE; STREIT, 2008; JANSEN et al., 20007; PANDI-PERUMAL et al., 2002).

Em pacientes com diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC), a alteração do sono encontra-se presente em cerca de 40% a 80%, com uma prevalência maior em relação à população geral (JUNG et al., 2010).

Há um grande aumento de indivíduos diagnosticados com DRC, tal a patologia ocasiona impacto negativo sobre o sono, como já estabelecido na literatura, porém há necessidade de produções mais profundas a fim de identificar fatores modificáveis com o objetivo de traçar um tratamento para redução desta alteração para evitar afecções secundárias ao mesmo. O presente estudo tem o objetivo de identificar as contribuições científicas brasileiras no que tange a qualidade de sono e pacientes com doença renal crônica.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, cuja trajetória metodológica percorrida apóia-se nas leituras exploratória e

seletiva do material de pesquisa, bem como em sua revisão integrativa-narrativa (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007; MENDES et al., 2008) que foi realizado através da busca sistemática de estudos publicados sobre o tema Qualidade de sono e DRC em bases de dados eletrônicas.

Na elaboração da presente revisão integrativa, as seguintes etapas foram percorridas: Estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); Definição das informações à serem extraídas dos artigos selecionados; Análise dos resultados; Discussão e apresentação dos resultados; Apresentação da revisão. Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais as produções científicas realizadas no Brasil sobre a qualidade de sono e pacientes com DRC?

Os dados foram coletados no período de fevereiro de 2017, através dos descritores “qualidade de sono”, “doença renal crônica” e “Brasil” nas línguas portuguesa e inglesa de forma combinada. As buscas foram estreitadas por data de publicação, de 2007 até 2017. Foram consultadas as seguintes plataformas de pesquisa: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que abriga artigos das bases LILACS, IBECs, MEDLINE, Cochrane e SciELO; Portal Periódicos CAPES; PubMed; ScienceDirect.

Ocorreu classificação dos mesmos em potencialmente relevantes ou não relevantes pela leitura do título e resumo. Os quatro critérios utilizados na seleção dos artigos incluíram (1) estudos de revisão ou experimentais que abordem o tema de estudo; (2) realizados em humanos, (3) disponibilizados na íntegra, (4) nos idiomas português, inglês e

espanhol. Os artigos que se enquadraram nestes critérios foram considerados potencialmente relevantes.

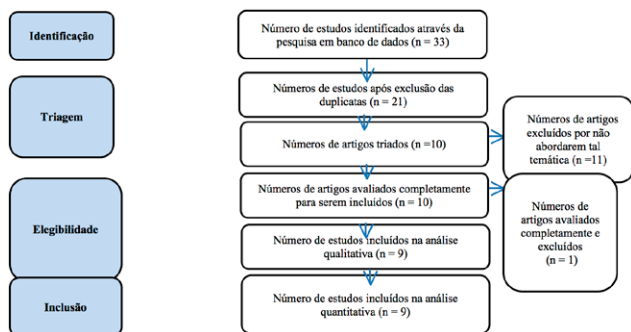
Após o levantamento bibliográfico, realizou-se a leitura exploratória do material encontrado. Com essa leitura, ponderou-se obter uma visão global do material, considerando-o de interesse ou não à pesquisa. Em seguida, efetuou-se leitura seletiva, a qual permitiu determinar qual material bibliográfico é de interesse desta pesquisa.

Finalmente, foram delimitados os textos a serem interpretados que abordam a temática em questão. A partir desse momento, os artigos foram colocados em ordem cronológica, sendo feitos: o reconhecimento com enfoque nos seguintes aspectos que compunha uma “ficha bibliográfica”: dados de identificação do artigo - título, nome do periódico, volume, número e ano de publicação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na figura 1, apresenta o fluxograma seguido diante da realização da leitura dos dados encontrados através da pesquisa. Dos 33 estudos localizados, na presente revisão integrativa, analisou-se 11 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos artigos avaliados. Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, 1 em português, 10 em inglês.

Figura 1 – Fluxograma



Fonte: Elaboração da autora.

O Quadro 1 apresenta a categorização dos artigos recuperados quanto ao ano de publicação, título, autores, fonte e base virtual, sendo que, para melhor organização, cada um deles foi identificado com um número.

As publicações dos estudos ocorreram em revistas médicas (3), revista da área da saúde geral (2), em revistas de nefrologia (2), em revistas de psiquiatria (1) e em fisioterapia (1). Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa, 5 eram estudos transversais, 2 revisões, 1 ensaio clínico randomizado e 1 estudo longitudinal.

Os estudos tiveram publicações entre 2007 a 2016. O período de maior publicação foi em 2010 com 2 artigos, sendo predominante na base virtual Pubmed e de língua inglesa.

Quadro 1. Categorização dos artigos recuperados quanto ao ano de publicação, título, autores, fonte e base virtual (n=9).

Nº	ANO	TÍTULO	AUTORES	FONTE E BASE VIRTUAL
1	2007	Sleep disturbances in patients on Maintenance hemodialysis: role of Dialysis shift	BASTOS, J. P. C., et al.	Pubmed
2	2009	Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients	DUARTE, P. S., et al.	Pubmed
3	2010	Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar	LUCCHETTI, G; ALMEIDA, L. G. C. GRANERO, A. L.	Pubmed
4	2010	Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis	GARCIA, T. W., et al.	Pubmed
5	2011	Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in São Paulo, Brazil: A Longitudinal Study	ABREU, M. M., et al.	Pubmed
6	2012	Assessment of the psychological burden associated with pruritus in hemodialysis patients using the kidney disease quality of life short form	LOPES, G. B.	BVS
7	2013	Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift	TELES, F., et al.	Pubmed
8	2014	Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study	MARTÍNEZ, B.B.; CUSTÓDIO, R.P.	BVS
9	2016	A systematic review of sleep disorders in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis	FONSECA, N.T., et al.	Pubmed

Fonte: Elaboração da autora.

No Quadro 02 é apresentada a síntese dos artigos considerando os objetivos, resultados e conclusão, além da localidade do estudo.

O estado de humor depressivo está correlacionado com alterações no sono (GARCIA et al., 2010). O que corrobora com o estudo realizado Teles e colaboradores (2014), que a privação do sono pode influenciar a maior incidência de depressão naqueles que frequentam o turno da manhã da diálise (TELES et al., 2014).

Na revisão de literatura realizada por Lucchetti, Almeida e Granero (2010), tem como resultados que aqueles que exercitavam suas crenças pessoais de forma mais constante possuíam menos disfunção diurna, e aqueles que traziam crenças espirituais mais fortes possuíam mais distúrbios do sono. Tal resultado se distancia com o estudo que Martínez e Custodio (2014) realizaram, pois notaram que o bem-estar espiritual foi um forte preditor de saúde mental global, bem como estresse psicológico, distúrbios do sono e queixas psicossomáticas.

Em relação à hemodiálise, observa-se uma forte relação entre distúrbios de sono, com maior tempo que realizam a HD e a temperatura do dialisado (BASTOS et al., 2007; MARTÍNEZ; CUSTODIO, 2014). Assim corroborando com estudos internacionais que a má qualidade do sono é mais comum nos pacientes portadores de DRC submetidos a HD do que fazem diálise peritoneal (DP) (AGARWAL; LIGHT, 2011; MAVANUR; SANDERS; UNRUH, 2010; THEOFILOU et al., 2011; TURKMEN et al., 2012).

A revisão sistemática realizada por Fonseca e colaboradores (2016) verificou-se uma alta prevalência de Pertur-

bação periódica do movimento dos membros, Síndrome das Pernas Inquietas e Apneia obstrutiva do sono que afetam a qualidade do sono, que por sua vez, prejudicou a qualidade de vida desses pacientes, levando ao aumento da morbidade e mortalidade, corroborando com os achados de Bastos e colaboradores (2007) que a má qualidade de sono está frequentemente relacionada com a Síndrome das Pernas Inquietas.

No ensaio clínico realizado por Duarte e colaboradores (2009), foi identificado após o período de intervenção (Terapia Comportamental de Grupo- TCG), em comparação com o grupo controle, o grupo que realizou a TCG apresentou uma melhora significativa nas dimensões do fardo da doença renal, da qualidade da interação social, do sono, da saúde geral e do componente mental.

Em um estudo longitudinal realizado com pacientes que realizavam HD e DP, notou-se que com ao passar de 12 meses, o grupo de HD apresentou maior melhora no sono, suporte social e estado de saúde e piorou no estado cognitivo comparado ao grupo de pessoas que faziam DP (ABREU et al., 2011).

Há associações de prurido com itens da escala do sono. Pacientes com pior prurido foram progressivamente mais propensos a acordar durante a noite e ter dificuldade para adormecer novamente, não obtendo a quantidade de sono que eles precisam ou têm problemas para ficar acordado durante o dia (LOPES et al., 2012).

Os distúrbios de sono podem contribuir para a doença cardiovascular e serem responsáveis pela substancial morbidade e mortalidade encontrada nesta população (MA-

VANUR; SANDERS; UNRUH, 2010). Tais distúrbios podem representar um novo fator de risco para a progressão da DRC (TUREK; RICARDO; LASH, 2012).

Estudos prospectivos adicionais sobre a influência do deslocamento de diálise em anormalidades do sono e em outros dados clínicos são esperados (BASTOS et al., 2007).

Assim, é muito importante que os profissionais de saúde reconheçam os sinais e sintomas dos distúrbios do sono na população de pacientes com DRC, tanto para um diagnóstico preciso como para uma abordagem terapêutica adequada (FONSECA et al., 2016).

Quadro 2. Síntese dos artigos recuperados (n=9).

Nº	OBJETIVO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADO	CONCLUSÃO	LOCAL DO ESTUDO
1	Investigar a influência do turno da diálise na qualidade do sono e alterações do sono em pacientes com DRCT.	Estudo transversal	A má qualidade do sono foi encontrada em 75% dos casos e foi associado com síndrome de pernas inquietas e com o sono excessivo diurno e síndrome de pernas inquietas não foram diferentes entre os pacientes.	O sono de baixa qualidade, sono excessivo diurno e síndrome de pernas inquietas não estavam relacionados com o turno de diálise.	Fortaleza/CE Universidade Federal do Ceará
2	Avaliar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em pacientes com hemodiálise crônica diagnosticada com depressão maior pela <i>Mini Internacional Neuropsychiatric Interview</i> .	Ensaio Clínico Randomizado	O grupo de intervenção apresentou melhorias significativas, em relação ao grupo controle, nos escores médios da escala global do Inventário de Depressão de Beck, escores do <i>MINI</i> e nas dimensões de qualidade de vida que incluíam o fardo da doença renal, sono, qualidade da interação social, saúde geral, eo sumário de componentes mentais.	Concluímos que a terapia de grupo cognitivo-comportamental é um tratamento eficaz da depressão em pacientes em hemodiálise crônica.	São Paulo/São Paulo Universidade Federal de São Paulo
3	Avaliar a relação da espiritualidade, religiosidade e saúde em pacientes em diálise.	Revisão da literatura	Relação entre maior espiritualidade e maior religiosidade com melhor qualidade de vida, menor prevalência de depressão, maior suporte social, mais satisfação com a vida e mais satisfação com o tratamento médico provido pelo nefrologista. Da mesma forma, verificou-se que pacientes dialíticos que possuíam menor espiritualidade solicitavam mais tratamentos para estímulo de vida (intubação orotraqueal, por exemplo) e que a espiritualidade foi fator de enfrentamento (coping) para os familiares dos pacientes em diálise.	A espiritualidade e a religiosidade possuem um papel importante para o paciente em diálise. Mostra-se relacionada com pontos importantes na própria relação médico-paciente, na qualidade de vida e enfrentamento à doença, devendo ser considerada pelos profissionais que assistem a esse tipo de paciente.	São Paulo/São Paulo
4	Avaliar o humor e a qualidade de vida em pacientes homens em hemodiálise, bem como correlacionar as oscilações de humor com os diferentes domínios do questionário de qualidade de vida.	Estudo transversal	Observou-se em 32 (68,1%) pacientes a presença de depressão. Encontraram correlação negativa significativa entre os resultados obtidos na escala de Hamilton e os seguintes parâmetros: lista de sintomas e problemas, qualidade da interação social e sono. Entre os domínios genéricos, o estado de humor apresenta correlação negativa significativa com a saúde geral, o bem-estar emocional, a função social e a energia/fadiga.	O estado de humor apresentou correlação negativa com diversos escores de qualidade de vida avaliados pelo <i>Kidney Disease Quality of Life Questionnaire</i> , sugerindo possível influência do estado de humor na qualidade de vida dos pacientes renais em hemodiálise.	Distrito Federal/Brasília

Nº	OBJETIVO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADO	CONCLUSÃO	LOCAL DO ESTUDO
5	Avaliar a qualidade de vida em pacientes submetidos a hemodíalise (HD) ou diálise peritoneal (DP) em São Paulo, Brasil.	Estudo Longitudinal	O grupo PD era mais velho e um número maior tinha diabetes. Os pacientes com DP apresentaram consistentemente maiores pontuações do que os pacientes com HD em todos os três períodos de medição para satisfação do paciente, encorajamento / apoio do pessoal, e carga de doença renal. O grupo HD apresentou uma percentagem maior de docentes que melhoraram clinicamente desde o início do estudo até 12 meses em comparação com os pacientes com DP para a qualidade do sono, apoio social, encorajamento / apoio do pessoal e saúde geral.	Os resultados fornecem evidências de que os pacientes com DP e HD têm qualidade de vida equivalente em vários domínios, embora a primeira tenha melhorado em alguns domínios da qualidade de vida, apesar de ser mais idosa e ter mais comorbidades.	São Paulo/ São Paulo
6	Avaliar se os sintomas da depressão, o mau sono e a pele seca explicam a associação entre o prurido e a carga da doença renal em pacientes com hemodíalise de manutenção.	Estudo transversal	A prevalência de prurido grave foi de 19,4%. Prurido grave foi associado com a má qualidade do sono, maior probabilidade de incômodo da pele seca e maior pontuação sintomas de depressão.	Este estudo mostra fortes associações de Prurido grave com sintomas de depressão mais elevados, Sono e pele seca aborrecem os pacientes. Os resultados suportam uma atenção especial aos pacientes com prurido que muitas vezes enfrentam alto fardo psicológico.	Salvador/Bahia
7	Avaliar a influência do turno de diálise na frequência de depressão em uma população de pacientes submetidos à hemodíalise. Além disso, foram avaliados os principais desfechos relacionados aos sintomas e manejo da depressão e identificados possíveis marcadores bioquímicos de depressão nesta população específica.	Estudo transversal	Depressão e sonolência diurna excessiva de dia foram observadas em 42,7% e 49% dos pacientes, respectivamente. Quando comparadas as variáveis entre os três turnos de diálise, não houve diferenças na idade, idade de diálise, status de emprego, sonolência diurna excessiva, níveis de hemoglobina, fósforo ou albumina. Os pacientes no turno da manhã eram mais propensos a viver em áreas rurais, embora os pacientes nas áreas rurais não tivessem uma maior prevalência de depressão. Os pacientes com depressão tinham maior probabilidade de serem dialisados durante o turno da manhã. Os fatores de risco independentes para a depressão foram idade, níveis mais baixos de hemoglobina e fósforo e diálise durante o turno da manhã. O risco de hospitalização de pacientes depressivos foi 4,5 vezes maior que o dos pacientes não depressivos.	A depressão está associada com deslocamento de diálise, níveis mais elevados de fósforo e níveis mais baixos de hemoglobina. Os resultados realçam a necessidade de estudos randomizados para determinar se esta associação ocorre por acaso ou se os distúrbios do ritmo circadiano podem desempenhar um papel.	Não identificado

Nº	OBJETIVO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADO	CONCLUSÃO	LOCAL DO ESTUDO
8	Avaliar a relação entre saúde mental e bem-estar espiritual entre pacientes com HD.	Estudo transversal	Uma correlação significativa foi encontrada entre saúde mental e bem-estar espiritual. O bem-estar espiritual foi o maior preditor de saúde mental, sofrimento psíquico, distúrbios do sono e queixas psicossomáticas.	A má saúde mental foi associada com menor bem-estar espiritual. Isso tem implicações para a prestação de cuidados paliativos a pacientes com hd.	Pouso Alegre, Minas Gerais
9	Avaliar a evidência disponível sobre distúrbios do sono em pacientes com doença renal terminal submetidos a hemodiálise.	Revisão sistemática	Foram encontrados 1126 artigos que atendiam aos critérios de inclusão. Os artigos foram excluídos se não estavam em inglês, os pacientes não se submeteram a HD, ou os estudos não foram cross-sectional ou ensaios clínicos. Após a leitura do texto completo, outros 300 estudos foram excluídos por não utilizar polissonografia. Os restantes 18 estudos com doentes com drc sujeitos a HD incluíram 8 ensaios clínicos e 10 estudos transversais. Esta revisão sistemática seguiu os critérios descritos na declaração prisma.	Nesta revisão sistemática, observou-se uma alta prevalência de distúrbios do sono em pacientes com doença renal terminal, incluindo a respiração com distúrbios do sono. Esse conhecimento pode possibilitar aos profissionais de saúde elaborar novas estratégias de diagnóstico e tratamento desses pacientes, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar sua qualidade de vida.	-

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se uma reduzida produção científica brasileira sobre tal temática, em comparação com a produção internacional. É de suma importância que pesquisadores brasileiros tenham interesse neste assunto, pois é notável que a baixa qualidade de sono repercute negativamente na saúde geral e assim na qualidade de vida desses indivíduos.

Estudos mais aprofundados devem ser realizados a fim de identificarem fatores de risco na população em questão, para ser feito diagnóstico precoce e traçar um plano de tratamento, a fim de reduzir a morbimortalidade, além dos custos em hospitalização.

Bibliografia Básica

AGARWAL, R.; LIGHT, R. P. Sleep and activity in chronic kidney disease: a longitudinal study. **Clin J Am Soc Nephrol.**, v. 6, p. 1258- 1265, 2011.

ABREU, M. M., et al. Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in São Paulo, Brazil: A Longitudinal Study. **Value in health.** v. 14, p. 119- 121, 2011.

BASTOS, J. P. C., et al. Sleep disturbances in patients on maintenance hemodialysis: role of dialysis shift. **Rev Assoc Med Bras.** v. 53, ed.6, p. 492-6, 2007.

BITTENCOURT L. R. A.; SILVA R. S.; SANTOS R. F.; PIRES, M. L. N.; MELLO, M. T. Sonolência excessiva. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 27, Supl.1, p. 16-21, 2005.

CHELLAPPA, S. L., ARAUJO, J. F. Qualidade subjetiva do sono em pacientes com transtorno depressivo. **Estud Psicol.** v. 12, ed. 3. p. 269-74, 2007.

DUARTE, P. S., et al. Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. **Kidney International.** v. 76, p. 414-421, 2009.

FERRO, C. V.; IDE, M. R.; STREIT, M. V. Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia. **Fisioter Mov.** v. 21, ed. 1, p. 33-8, 2008.

FONSECA, N. T., et al. A systematic review of sleep disorders in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. **J. Phys. Ther. Sci.** v. 28, p. 2164-2170, 2016.

GARCIA, T. W., et al. Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.32, ed.4, 2010.

JANSEN J. M., et al. **Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 339 p.

LOPES, G. B., et al. Assessment of the psychological burden associated with pruritus in hemodialysis patients using the kidney disease quality of life short form. **Qual Life Res.** v. 21, p. 603-612, 2012.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L. C. G.; GRANERO, A. L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? **J Bras Nefrol.** v. 32, ed. 1,1 p. 28-132, 2010.

MARTÍNEZ, B. B.; CUSTÓDIO, R. P. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. **Sao Paulo Med J.** v. 132, ed. 1; p. 23-7, 2014.

MAVANUR, M.; SANDERS, M.; UNRUH, M. Sleep disordered breathing in patients with chronic kidney disease. **Indian J Med Res.** v. 131, p. 277-84, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, ed. 4, p. 758-64, 2008.

MULLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estud Psicol**. v. 24, ed. 4, p. 519-28, 2007.

PANDI-PERUMAL S. R., et al. Senescence, sleep and circadian rhythms. **Ageing Res Rev**. v. 1, ed. 3, p. 559-604, 2002.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M. P.; NOBRE, M. R. C. A estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, ed. 3, 2007.

SOUZA, J. C., et al. Sonolência diurna excessiva em pré-vestibulandos. **J Bras Psiquiatr**. v. 56, ed. 3, p. 184-7, 2007.

TELES, F., et al. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. **CLINICS**, v. 69, ed. 3, p. 198-202, 2014.

THEOFILOU, P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. **J Clin Med Res**, v. 3, p. 132-8, 2011.

TOGEIRO, S. M.; SMITH, A. K. Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 27, ed 1, p. 8-15, 2005.

TUREK, N. F.; RICARDO, A. C.; LASH, J. P. Sleep disturbances as nontraditional risk factors for development and progression of CKD: review of the evidence. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 60, n. 5, p. 823-833, 2012.

TURKMEN, K., et al. Sleep quality, depression, and quality of life in elderly hemodialysis patients. **Int J Nephrol Renovasc Dis**, v. 5, p. 135-42, 2012.

PREVALÊNCIA DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NUMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO.

Larissa Alves Alexandre Moliterno

Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes

INTRODUÇÃO

1.1. Definição

A Doença Renal Crônica (DRC) é atualmente um problema de saúde pública devido à sua crescente incidência e ao alto custo da terapia de substituição renal (TRS). Afeta 5 a 10% da população mundial e sua incidência no Brasil tem aumentado, devido ao número crescente de pacientes diagnosticados, principalmente os portadores de diabetes mellitus, hipertensão arterial, bem como pelo aumento da longevidade da população (BASTOS, KIRSZTAJN, 2011; ECKARDT *et al.*, 2013) referência da dissertação. Calcula-se que 13% da população apresenta DRC (HAAN *et al.*, 2013).

No contexto brasileiro os números também não são animadores. Segundo o Censo Brasileiro de Diálise (2014) havia 112.004 pacientes em diálise no país e que a estimativa das taxas de prevalência e a incidência foram de 552 e 180 por milhão na população, respectivamente, vala ressaltar, que esses valores foram uma estimativa feita até julho desse ano (SESSO *et al.*, 2016).

Entende-se por DRC a lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou a diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses, sendo proposto a partir de então a definição por estadiamento da doença (tabela 1). Assumiu-se tal definição a partir dos critérios estabelecidos pela *National Kidney Foundation Americana* (NKF), em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI). Os critérios são: Lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da Filtração Glomerular (FG), evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda de exames de imagem; e FG <60 mL/min/1,73 m² por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal (BASTOS, 2010; BRASIL, 2014a).

1.2. Estadiamento da DRC

A doença renal é uma doença progressiva, com piora da função ao longo dos anos. O diagnóstico e estadiamento da DRC baseiam-se na documentação da diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) e lesão do parênquima.

Com o objetivo de facilitar o diagnóstico preciso pelos clínicos gerais, principalmente para os profissionais do nível primário de saúde, um grupo de especialistas publicou um artigo (VASSALOTTI *et al.*, 2016) baseado nas diretrizes e recomendações dadas pelo KDIGO (2013). Nesse, apresentou-se uma nova forma de classificar e estadiar a DRC com base tanto na TFG quanto na quantificação da albuminúria para uma avaliação prognóstica mais precisa (quadro 1). A partir desse quadro, meramente didático, o profissional poderá visualizar o estadiamento em que o doente renal se encontra, para então decidir ou não encaminhá-lo ao especialista.

A cor verde pode refletir DRC com TFG normal e relação albumina/creatinina apenas na presença de outros marcadores de danos nos rins, tais como imagens mostrando doença renal policística ou anormalidades de biópsia renal, com medições de acompanhamento anualmente.

Esses são apenas parâmetros gerais com base na opinião dos especialistas e devem levar em conta as condições e comorbidades subjacentes ao estado da doença, bem como a probabilidade de impactar uma mudança no manejo de qualquer paciente individualmente.

Quadro 1 – Classificação da DRC: a partir da TFG e Albuminúria

CLASSIFICAÇÃO DA DRC: a partir da TFG e Albuminúria			Albuminúria		
TFG < 30 30-299			A1 Normal leve- mente aumen- tada	A2 Levemente moderada- mente aumen- tada	A3 Severamente aumentada
			≥ 300		
Estágio I	Normal ou Aumentada	≥90	Se presente tratar os fatores de risco	Referenciar 1 vez ao ano	Referenciar 2 vezes ao ano
Estágio II	Levemente diminuída	60-89	Se presente tratar os fatores de risco	Referenciar 1 vez ao ano	Referenciar 2 vezes ao ano
Estágio IIIA	Leve a mode- rada-mente diminuída	45-59	Referenciar 1 vez ao ano	Referenciar 2 vezes ao ano	Referenciar 3 vezes ao ano
Estágio IIIB	Moderada a severamente diminuída	30-44	Referenciar 2 vezes ao ano	Referenciar 3 vezes ao ano	Referenciar 3 vezes ao ano
Estágio IV	Severamente diminuída	15-29	Referenciar 3 vezes ao ano	Referenciar 3 vezes ao ano	Referenciar 4 vezes ao ano
Estágio V	Falência Renal	<15	Referenciar 4 vezes ao ano	Referenciar 4 vezes ao ano	Referenciar 4 vezes ao ano

Fonte: Adaptado por Vassalotti *et al*, 2016.

De acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica (2014), o cuidado clínico no controle dos fatores de progressão da DRC deve ser sempre intensificado, de acordo com a evolução da DRC:

Estágio I: pacientes com função renal normal, ainda assintomáticos, mas a detecção de microalbuminúria permite a identificação precoce da DRC, sendo o método mais sensível. Para tratamento dos fatores de risco deve ser realizado o controle da glicemia, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

Estágio II: mesmo os pacientes permanecendo assintomáticos, já se encontram algumas alterações no ritmo de filtração glomerular (60 a 89 ml/min/1,73m²) e elevações leves no nível de creatinina sérica podem ser detectadas. Nessa fase também se faz importante o tratamento dos fatores de risco existentes.

Nos estágios III e IV os pacientes se tornam sintomáticos progressivamente com a evolução da doença, ocorrendo progressiva perda da função renal e aumento do nível de creatinina sérica. Nessa fase o comprometimento se torna sistêmico, atingindo todos os sistemas humanos, desde o renal, urinário, cardíaco até o osteomuscular.

Estágio III: subdividido em IIIA e IIIB.

IIIA - Deve-se avaliar e tratar as complicações. Os pacientes devem intensificar tratamento dos fatores de risco para desenvolver a DRC e doença cardiovascular. As primeiras complicações da doença começam a se desenvolver (anemia, osteodistrofia).

IIIB - Tratar complicações já existentes. É nesse momento que o paciente deve ser encaminhado para o especialista/nefrologista para um tratamento mais especializado e iniciar discussões sobre as opções para possíveis futuras ne-

cessidades de terapia de substituição renal (VASSALOTTI *et al.*, 2016; KDIGO, 2013).

Por fim, nos estágios mais graves da doença, IV e V, os pacientes apresentam situações de emergência que levam muitas vezes esses indivíduos a uma piora abrupta da função renal, levando-os à diálise ou ao transplante e, quando não há sucesso na terapia renal substitutiva (TRS), o paciente vai ao óbito.

Estágio IV: os primeiros sintomas começam a aparecer e as análises laboratoriais evidenciam várias alterações: níveis elevados de fósforo e hormônio paratireoide (PTH), anemia estabelecida, pH sanguíneo baixo, elevação do potássio, emagrecimento e sinais de desnutrição, piora da hipertensão, enfraquecimento ósseo, aumento do risco de doenças cardíacas, diminuição da libido, redução do apetite, cansaço etc.

Estágio V: O rim já não desempenha funções básicas. Os pacientes começam a sentir alguns sintomas da doença renal, entre estes a uremia. O início da TRS está indicado e o acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica. Um importante fator para retardar o aparecimento e/ou complicações provocadas por essa doença é a implementação de medidas reno-protetoras (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Deve-se indicar terapia renal substitutiva (TRS) para pacientes com TFG inferior a $10 \text{ mL/min/1,73m}^2$. Em pacientes diabéticos e com idade inferior à 18 anos, pode-se indicar o início da TRS quando a TFG for menor do que $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$. Em todas essas situações, deve-se respei-

tar a condição clínica e alteração laboratorial do paciente. A escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional, sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (BRASIL, 2014a).

A importância clínica da instituição da classificação em estágios de DRC consiste na uniformização da linguagem entre os profissionais que lidam com a doença na prática clínica (BRASIL, 2014a). Segundo Bastos & Kirsztajn (2011), o tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio:

1. Diagnóstico precoce: alterações funcionais, principalmente através da TFG, são importante componente no diagnóstico e classificação da DRC.
2. Encaminhamento imediato para tratamento nefrológico: possibilita a educação pré-diálise.
3. Implementação de medidas para preservar a função renal: retardam ou interrompem a progressão para os estágios mais avançados da doença, assim como diminuem morbidade e mortalidade iniciais.

De acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica (2014), a prevenção é feita inicialmente através do conhecimento do seu grau de função renal, da detecção e controle da hipertensão arterial e Diabetes, a manutenção do peso ideal através de uma dieta saudável e a prática de exercícios físicos, uma adequada ingestão de água (30ml/kg), o cuidado com o uso

abusivo de medicamentos por conta própria sobretudo os antiinflamatórios, abandono do tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde.

1.3. Fatores de risco

As causas mais importantes para a DRC são resultantes das doenças cardiovasculares tais como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM), a história familiar de DRC e o envelhecimento, deste modo, torna-se importante a sua prevenção e tratamento precoce (BRASIL, 2012).

Conhecer essas duas condições, suas manifestações clínicas e suas comorbidades são de fundamental importância para o planejamento de intervenções. Primeiramente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que é definida como o aumento dos níveis pressóricos arteriais acima da média considerada normal. Esta alteração decorre do aumento na contratilidade da camada muscular lisa que forma a parede da artéria. Em termos gerais, pode-se definir a hipertensão como as medidas acima de 140mmHg para pressão sistólica e acima de 90mmHg para a pressão diastólica. Podendo ser primária ou secundária a outras causas, como consequência de um estreitamento de parte da artéria, tumores nas glândulas supra-renais e compressão do parênquima renal (SBH, 2016).

Os dados epidemiológicos da HAS demonstram que ela acomete mais homens que mulheres. Quanto à etnia, a raça mais prevalente é a negra (CHOR *et al.*, 2015). Há

uma associação direta e linear entre o envelhecimento e a prevalência da HAS. Segundo a Diretriz Brasileira de HAS (SBH, 2014) essa doença acomete um em cada três adultos, estimando-se que 30% da população brasileira apresente esse quadro, chegando a mais de 50% na população com mais de 60 anos. Além disso, a HAS é responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal.

Além de estar intimamente relacionada à função renal, aparecendo tanto como causa, quanto como consequência da doença, a prevalência da hipertensão, determinada por ocasião da detecção da doença renal, aumenta progressivamente à medida que a função renal vai se deteriorando, de tal forma que, na fase terminal ou dialítica do agravo renal, a quase totalidade dos nefropatas é hipertensa (KAPLAN, 2002; BORTOLOTTO, 2008).

A HAS causa dano renal por dois processos fisiopatológicos: isquemia e barotrauma. Graças ao mecanismo de autorregulação dos capilares glomerulares, os glomérulos conseguem se proteger do barotrauma e consequente proteinúria. Contudo, com a evolução da doença hipertensiva, começa a ocorrer nefrosclerose devido à isquemia, com consequente perda de néfrons. Com o avançar das perdas, faz-se necessária a vasodilatação das arteríolas aferentes a fim de manter a TFG, o que aumenta a transmissão da pressão arterial para os capilares glomerulares, podendo gerar barotrauma glomerular e consequente proteinúria e glomerulosclerose (BIDANI, GRIFFIN, EPSTEIN, 2012).

Enquanto que a Diabetes Mellitus (DM), envolve um grupo de doenças metabólicas que se caracterizam pela hi-

perglicemia, que pode ser oriunda de anormalidades na secreção de insulina, na sua ação ou em ambas. A doença está associada a complicações em vários órgãos do organismo, como coração e rins (ADA, 2008).

Segundo o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) recomenda atualmente todas as pessoas com diabetes na Inglaterra e no País de Gales estejam com seus exames renais, incluindo os testes para albuminúria em dia com o intuito de minimizar custos para a atenção primária (NICE, 2008; NEW *et al.*, 2007).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, em 2013, o número de brasileiros acometidos pela doença chegava a, aproximadamente, 12 milhões, sendo a grande porcentagem ligada ao sedentarismo e à dieta inadequada. Sabe-se que os fatores de risco correspondentes a menor porcentagem são os genéticos (SARTORELLI, FRANCO, 2003; IDF, 2014).

Os dois tipos de diabetes são o DM tipo I e DM tipo II. No primeiro, as células beta do pâncreas são danificadas, geralmente, por um processo autoimune. No segundo, ocorre alteração na ação ou secreção da insulina, sendo responsável por cerca de 90% dos casos (GROSS *et al.*, 2002).

O diagnóstico do diabetes pode ser detectado por meio de exames mais minuciosos, além da taxa de glicemia e da HA1C (hemoglobina glicada). Nesse conjunto, encontram-se marcadores de auto-imunidade e a avaliação da reserva pancreática de insulina através da medida do peptídeo C e da fase rápida de secreção de insulina. Essas opções servem de base para a explicação da origem da doença, assim como detectar o tipo de diabetes (GROSS, 2002). Na

doença em questão, a glicemia em jejum é ≥ 126 mg/dl; a HA1C, $\geq 6,5\%$ e a glicemia pós-prandial, ≥ 200 mg/dl (MAGALHÃES, 2012).

A doença renal associada ao diabetes ocorre no contexto de hipertensão arterial como condição subjacente, como afirma MCGOVERN *et al.* (2013) ao dizer em seu estudo que quase todas as pessoas que tinham DM e DRC possuíam HAS, comparados com indivíduos que apresentava apenas hipertensão sem a doença renal crônica. Os mesmos autores afirmam também que a prevalência da DRC em níveis mais avançados é crescente em indivíduos com hipertensão e diabetes.

Essa síndrome leva a uma série de alterações nas estruturas renais, nefropatia diabética, e que colaboram no processo da DRC. A hipertrofia glomerular, o espessamento da membrana basal glomerular e expansão mesangial acelular culminam na glomeruloesclerose, que marca o processo de lesão renal permanente. Sendo um dos fatores de maior relevância nesse processo, a glicosilação das proteínas, resultante de um processo de hiperglicemia crônica, pode fazê-las se acumularem nos tecidos devido à capacidade de ligação com colágeno, levando a lesões teciduais (BAKRIS, 2013).

Frente a esses importantes fatores de risco para injúria renal, é preciso utilizar marcadores que a detectem precocemente. A elevação dos níveis séricos de creatinina e a presença de proteinúria no exame de urina tipo I são os melhores preditores para a doença renal, sendo este último o indicador mais sensível, mas que pode falhar na detecção de estados precoces de DRC (CROOK *et al.*, 2002).

A excreção de albumina na urina apresenta-se como

importante marcador precoce de lesão renal, especialmente na presença de DM, HAS e doença glomerular. Não é necessário sua aferição em uma amostra de urina coletada em 24 horas para quantificar de forma precisa o nível de excreção, podendo ser usado a nível de “screening” as amostras de urina de preferência matinal, sendo realizado a análise com o dipstick específico para albumina ou a relação albumina/creatinina na amostra (K/DOQI, 2002).

A importância da excreção da albumina está principalmente nos pacientes com fatores de risco, em especial a DM, sendo recomendada a pesquisa deste marcador mesmo quando não houver detecção de proteinúria pelo exame de urina tipo I, sendo então uma ferramenta importante para a detecção precoce da DRC e seu tratamento (LEVEY *et al.*, 2003).

Diante de duas doenças de alta prevalência na população brasileira como a DM e HAS, que trazem implicações severas de forma insidiosa, em particular a nível renal, torna-se importante o cuidado e a avaliação precoce desses fatores de risco nesse grupo de pacientes, especialmente ao nível da atenção primária no SUS, a qual seria responsável por identificar precocemente a injúria renal e iniciar os seus cuidados, a fim de evitar o crescimento cada vez maior do número de pacientes portadores de DRC.

No início da década passada, estimava-se que haveria cerca de dois milhões de pessoas em TRS em todo o mundo em 2010, sendo que esse número tem aumentado de forma expressiva nos países em desenvolvimento. Aproximadamente 90% dos casos diagnosticados de DRCT ao redor do mundo são provenientes dos países em desenvolvimento.

A taxa de prevalência de pacientes em TRS é de 1.000 pacientes por milhão de pessoa (pmp) em países da Europa, no Chile e Uruguai, e de 1.750 pacientes pmp nos EUA (XUE, 2001; SARAN *et al.*, 2014).

De acordo com dados do Censo Brasileiro de Diálise referente a julho de 2013, a situação dos centros de diálise e dos pacientes em tratamento dialítico de manutenção no Brasil, está cadastrada na Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) 703 unidades de diálise no país, sendo 658 unidades ativas com programa crônico, porém destas apenas 334 (50,8%) responderam o formulário, no total de 50.961 pacientes. Foi estimado um total de 100.397 pacientes em tratamento dialítico por ano. A maior porcentagem (84%) em diálise realizava o tratamento através do Sistema Único de Saúde. A taxa de prevalência de tratamento dialítico foi de 499 pacientes por milhão da população. 90,8% dos pacientes em diálise crônica faziam tratamento por hemodiálise e 9,2% por diálise peritoneal, sendo que, desta, a diálise peritoneal automatizada (DPA) era a modalidade predominante. O maior percentual de pacientes em diálise (62,6%) tem idade entre 19 a 64 anos e 58% dos pacientes eram do sexo masculino.

O acometimento renal pelo diabetes responde por 40% dos casos incidentes de diálise nos Estados Unidos, e no Brasil compete com a hipertensão, acometendo 30% dos pacientes que iniciam tratamento dialítico. Estes pacientes sofrem um risco adicional de morte de 20% no primeiro ano de diálise, principalmente por causas cardiovasculares. Em outras palavras, cerca de 30% dos pacientes com diabetes desenvolvem nefropatia diabética, especialmente em asso-

ciação com hipertensão. A DRC é um importante determinante de desfechos adversos em pacientes hipertensos e diabéticos, sendo atualmente considerada um dos mais significativos fatores não tradicionais de risco cardiovascular.

O conhecimento do impacto dos fatores de risco na doença renal crônica dá subsídio para ações de prevenção da doença e promoção da saúde daqueles que já convivem com a mesma, evitando o seu agravamento. A partir de então, se torna possível implementar medidas preventivas com a finalidade de diminuição de casos de DRC em todo país.

O objetivo deste capítulo é estimar a prevalência de DRC nas pessoas com hipertensão e/ou diabetes em uma unidade de atenção primária de saúde (UAPS) em uma capital do Nordeste brasileiro.

2. Metodologia

Tratou-se de um estudo do tipo transversal analítico com abordagem quantitativa. O presente estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Acometimento Renal em pacientes diabéticos e/ou hipertensos no âmbito da Atenção Primária de Saúde”. O cenário do estudo foi uma Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) pertencente ao município de Fortaleza, Ceará, Brasil. A população do estudo foi os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que estavam em atendimento na unidade durante a coleta de dados. A amostra foi por conveniência e cálculo amostral para população infinita, pois não foi identificado claramente pela gestão da unidade o total de pacientes hipertensos e/

ou diabéticos cadastrados. A partir do cálculo o tamanho da amostra totalizou 196 hipertensos e/ou diabéticos. Acrescentou-se a esse número 7% para eventuais incompletudes ou perdas de dados, totalizando 210.

A coleta de dados foi realizada a partir de fontes primárias através de um questionário semiestruturado contendo informações sociodemográficas e clínicas e posteriormente foram utilizadas, também, fontes secundárias por meio dos prontuários eletrônicos dos pacientes com objetivo de verificar resultados laboratoriais importantes para o diagnóstico de DRC. Tais como creatinina sérica, para o cálculo da taxa de filtração glomerular (TFG) a partir da fórmula CKD-EPI, o exame de excreção urinária de albumina para avaliar presença de microalbuminúria/proteinúria como o objetivo de diagnóstica e estratificar a DRC, assim como o sumário de urina para identificar e estratificar algum grau de insuficiência renal.

A análise de dados foi realizada pelo pacote estatístico SPSS versão 20.0. Foram calculadas as medidas estatísticas descritivas a partir de médias e desvio padrão das variáveis quantitativas, assim como suas frequências absolutas e percentuais. Após, foi utilizada a estatística analítica bivariada no entrecruzamento das diversas variáveis, com utilização dos testes estatísticos conforme tipo de variável. O estudo seguiu todos os preceitos ético-legais sendo aprovado por um Comitê de Ética da Pesquisa sob protocolo de n.º 119997/2015.

3. Resultados

A maioria dos participantes era do sexo feminino, com média de idade de $60,03 \pm 10$ anos, (entre 26 e 85 anos). Questionados a respeito da renda pessoal, a maioria respondeu que recebia mais que um salário mínimo (81,9%), ao passo que aproximadamente metade (49,0%) afirma ter frequentado apenas o ensino fundamental incompleto, quando indagados a respeito da escolaridade.

A etiologia mais prevalente nos pacientes do estudo foi a HAS - 199 (94%), seguida do DM - 107 (52,4%), com 94 (44,9%) dos entrevistados referindo ser portador das duas condições.

Em relação às variáveis laboratoriais, percebe-se, sobretudo, marcadores a serem considerados no planejamento de políticas públicas. Questionados a respeito da realização de exames, os pacientes afirmaram que era prática comum na unidade, mas quando arguidos sobre exames como creatinina sérica, sumário de urina, excreção urinária de albumina e HbA1c, as respostas não foram satisfatórias. A tabela 1 sumariza a análise univariada das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais desses pacientes.

Tabela 1 – Análise univariada das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos atendidos na UAPS Dom Aloísio Lorscheider, Fortaleza (CE), Brasil, 2016

Características	f*	f(%)**	Dp***
Sexo			
Feminino	154	73,3%	
Masculino	56	26,7%	
Idade			
< 60 anos	94	44,8%	± 10 anos
≥ 60 anos	116	55,2%	
Escolaridade			
Ensino Fundamental Incompleto	103	49%	
Ensino Fundamental Completo	50	23,8%	
Ensino Médio Incompleto	11	5,2%	
Ensino Médio Completo	41	5,2%	
Ensino Superior Incompleto	4	1,9%	
Ensino Superior Completo	1	0,5%	
Renda			
< 1 Salário Mínimo	38	18,1%	
≥ 1 Salário Mínimo	172	81,9%	
Pressão Arterial			
Ótima	37	7,6%	
Normal	48	22,9%	
HAS I	69	32,9%	
HAS II	32	15,2%	
HASIII	24	11,4%	
Glicemia			
Normal	74	35,2%	
Pré-DM	53	24,2%	
DM	83	39,5%	
IMC			
Baixo peso (< 18,5)	1	0,5%	
Normal (18,5 - 24,99)	51	24,3%	
Sobrepeso (25-29,99)	85	40,5%	

Características	f*	f(%)**	Dp***
Obesidade (≥30)	73	34,8%	
ICQ			
Baixo	11	5,2%	
Moderado	36	17,1%	
Alto	57	27,1%	
Muito Alto	106	50,5%	
BRA***			
Sim	121	57,6%	
Não	88	41,9%	
Não sabe informar	1	0,5%	
IECA****			
Sim	91	43,3%	
Não	118	56,2%	
Não sabe informar	1	0,5%	
Anti-hipertensivos			
Sim	164	78,1%	
Não	45	21,4%	
Não sabe informar	1	0,5%	
Hipoglicemiantes			
Sim	97	46,2%	
Não	112	53,3%	
Não sabe informar	1	0,5%	
Excreção Urinária de Albumina			
Sim	38	18,1%	
Não	172	81,9%	
HbA1*****			
Sim	102	48,6%	
Não	108	51,4%	
Creatinina sérica			
Sim	173	82,3%	
Não	9	4,3%	
Não sabe informar	26	12,4%	
Sumário de urina			

Características	f*	f(%)**	Dp***
Sim	188	89,5%	
-+Não	8	3,8%	
Não sabe informar	14	6,7%	
Total	210	100%	

f*: Frequência absoluta; f(%)**: Frequência percentual; Dp**,: Desvio Padrão; BRA***: Bloqueadores de Receptores da Angiotensina; IECA****: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina; HbA1*****: Hemoglobina Glicada.

Quanto ao estadiamento da doença, observou-se a predominância dos indivíduos em estágio I (46,2%). Segundo os achados, 15 (8,58%) dos pacientes apresentavam o *clearance* de creatinina < 60ml/min, sendo considerados doentes renais crônicos e, desses 15 pacientes, 6 (3,43%) estavam em estágio IIIB da doença, onde a referência ao nefrologista é indicada. Entretanto, quando questionados sobre encaminhamento ao especialista, nenhum paciente referiu ter sido encaminhado.

4. Discussão

No presente estudo, foram mensuradas características clínicas por meio de dados primários e secundários com o objetivo de estimar a prevalência de DRC nos indivíduos que participaram do estudo. Tratou-se de um primeiro passo na busca de entender o porquê de ainda haver muitos pacientes renais crônicos subnotificados, sendo “percebidos” apenas quando já estão nos estágios mais avançados (quatro e cinco) da doença. Sendo assim, muitos necessitam de TRS, alguns atendidos de urgência pelo nível terciário, ou, quando não, vão a óbito sem sequer receber tratamento adequado no tempo hábil.

O aumento das taxas de prevalência e incidência da DRC na população é resultante tanto do envelhecimento populacional como do aumento da prevalência de doenças como diabetes, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Os resultados encontrados neste estudo confirmam esse fato, evidenciando presença de DRC em idosos e que supõe ser secundária a HAS e/ou DM, visto que não foi realizada uma validação de causas para confirmação (FERNANDES *et al.*, 2000), tal como em outros identificados na literatura (BOINI *et al.*, 2011; GOEIJ *et al.*, 2011; KDIGO, 2013; PEREIRA *et al.*, 2016; SBN, 2011b; SUTTORP *et al.*, 2013).

Quando traçado o perfil da população do estudo, observou-se que a predominância (62,8%) dos participantes só frequentou até o ensino fundamental e 84,8% dos entrevistados possuía uma renda per capita de até três salários mínimos, permitindo inferir sobre um perfil sociodemográfico para os renais crônicos mais presente nas camadas sociais desfavorecidas, visto que outros estudos nacionais e internacionais apresentam resultados semelhantes (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; FRASER *et al.*, 2015).

Quando avaliados dados antropométricos e o estilo de vida dos participantes do estudo foi percebido que os resultados se assemelharam com outros estudos tanto internacionais como nacionais (FRASER *et al.*, 2015; SCHERPBIER-DE HAAN *et al.*, 2013; FRANÇA *et al.*, 2010). No presente estudo foi observado que os pacientes apresentavam o índice de massa corporal acima dos níveis normais – prevalência de 75% da amostra estava com sobrepeso ou obesidade.

Entretanto no que diz respeito aos hábitos de fumar (7,6%) e ingerir bebidas alcoólicas (14,8%) os pacientes apresentaram porcentagens consideravelmente inferiores quando comparados com participantes de outros estudos (FRASER *et al.*, 2015; SCHERPBIER-DE HAAN *et al.*, 2013; FRANÇA *et al.*, 2010). Esse fato pode ser atribuído a dois motivos: um houve subnotificação de informações verdadeiras por parte dos participantes ou porque a promoção de saúde e a prevenção de doenças relacionadas ao tabagismo e etilismo estão sendo tanto bem desenvolvidas pelos profissionais da saúde como bem incorporadas pelos usuários.

No entanto, na medida da ICQ constatou-se um percentual de 50,5% de risco muito alto para doenças cardiovasculares, dado esse que se assemelha aos de França *et al.* (2010), que ao avaliarem a filtração glomerular em pacientes hipertensos atendidos na atenção básica perceberam que o ICQ estava alterado (muito alto) em 75,8% da amostra.

Durante a coleta de dados, foi percebido o desconhecimento sobre a doença pelos pacientes. Quando questionados a respeito da doença renal, associavam-na apenas à litíase renal. Dado semelhante foi relatado pelo Ministério da Saúde (2014), que estimou que 70% dos doentes renais crônicos em estágio pré-dialítico desconhecem possuir a doença.

Sabe-se que o ótimo manejo dos doentes renais crônicos está embasado nos pilares do diagnóstico precoce, encaminhamento ao nefrologista e a implementação de medidas renoprotetoras (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; BRASIL, 2014). Essas medidas constituem a essência do tratamento pré-dialítico, destacando-se a adesão medicamentosa e o

acompanhamento dos parâmetros laboratoriais (BAGATINI, 2011; BASTOS; KIRSZTJAN, 2011; MEDEIROS, SÁ, 2011; PEREIRA *et al.*, 2016).

No tocante às medidas reno-protetoras, os achados do estudo mostraram que 97,1% dos pacientes responderam afirmativamente quanto ao uso contínuo dos medicamentos orientados pelo médico. A respeito das classes de drogas, a porcentagem foi quase homogênea – 43,3% (IECA), 57,6% (BRA) –, que são as classes de drogas que os estudiosos mais recomendam (KDIGO, 2013; VASSALOTTI *et al.*, 2016; SBN, 2011; BASTOS; KIRSZTJAN, 2011). Todavia, mais da metade (78,1%) dos pacientes disse fazer uso de outras drogas anti-hipertensivas, o que permitiu inferir que os pacientes apresentavam HAS severa ou não controlada, já que muitos deles usavam três classes de medicação anti-hipertensiva.

Algumas dificuldades foram encontradas no tocante ao diagnóstico da DRC. Visto que é sabido que, para tal, faz-se necessário ter em mãos dados, como a TFG por meio do *clearance* de creatinina. Essa informação estava incompleta em 37 dos pacientes do referente estudo, permitindo inferir que há subnotificação de diagnóstico e estadiamento. Dificuldades semelhantes também foram encontradas em outro estudo (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014; PENA *et al.*, 2012).

Outro dado preocupante em relação à avaliação do perfil laboratorial foi a respeito do exame de excreção urinária de albumina, exame esse primordial para verificar a presença/ausência de albuminúria, importante marcador de lesão renal (VASSALOTTI *et al.*, 2016; KDIGO, 2012;

BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). E nos participantes do estudo, quase que a totalidade (81,9%) não teve esse exame solicitado pelo profissional médico.

O mais preocupante desses fatos é que são aspectos comuns da realidade brasileira, principalmente ao nível primário de atenção (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; TRAVAGIM, 2012; PINHO, SILVA, PIERIN, 2015). Apesar de alguns desses estudos terem como cenário o nível terciário de atenção à saúde, os autores afirmam que parte desses pacientes encontrava-se nesse nível de atenção devido à falha no diagnóstico da doença, que não foi precoce.

Segundo a definição e estadiamento de DRC (KDOQI, 2002; KDIGO, 2013; NKF, 2003) foi encontrado no presente estudo uma prevalência igual a 8,57%, sendo 5,14% e 3,43% no estágio IIIA e IIIB, respectivamente. Esses achados assemelham-se com os resultados de uma meta-análise recente (HILL *et al.*, 2016) que objetivou estimar a prevalência global em todos os estágios da DRC.

Quanto à referência ao nefrologista, nenhum dos participantes do presente estudo foi encaminhado ao especialista, mesmo sendo necessário em 3,43% dos doentes renais crônicos (KDIGO, 2013; VASSALOTTI *et al.*, 2016). Esse dado reforça a hipótese de que há uma lacuna de conhecimento quanto ao manejo do doente renal crônico pelos profissionais de saúde, principalmente os do nível primário de saúde. Ademais é importante determinar a diferença potencial entre as recomendações de diretrizes e atual prática de cuidados com doente renal crônico.

5. Conclusão

Os pacientes diabéticos e/ou hipertensos apresentaram doença renal crônica nos estágios I, II, IIIA e IIIB. Houve subnotificação da doença e/ou estadiamento devido à falta de informações cruciais para o diagnóstico.

Nos pacientes que tiveram função renal avaliada encontrou-se que a maioria ainda estava nos estágios iniciais de DRC. Vale salientar que é nesse momento que ações preventivas e de promoção à saúde devem ser intensificadas com o objetivo de redução de danos, buscando prevenir e protelar a progressão da doença para o estágio dialítico, período em que a terapêutica deve ser mais robusta e onerosa tanto para os pacientes como para o governo, pois o perfil dos doentes renais é caracterizado por pessoas que usam, predominantemente, o sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

ADA, American Diabetes Association. **Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**. Diabetes Care, vol. 31, supl. 1, p. 55-60, jan. 2008. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S55.short#>. Acessado em: 04/05/14

BAGATTINI, A.M. **O significado do tratamento conservador para o paciente idoso com doença renal crônica**. 2001. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BAKRIS, G.L. **Overview of diabetic nephropathy**. 2013. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-diabetic-nephropathy> Uptodate. Acessado em: 05/05/14.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M., **Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise.** *Jornal Brasileiro Nefrologia*; 2011;33(1):93-108. 2011.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Marcus Gomes BASTOS, Rachel Bregman, Gianna Mastroianni Kirsztajn. **Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável.** *Revista da Associação Médica Brasileira* 2010; 56(2): 248-53. 2010.

BIDANI, A. K.; GRIFFIN, K. A.; EPSTEIN, M. **Hypertension and Chronic Kidney Disease Progression: Why the Suboptimal Outcomes?** *The American Journal of Medicine*. v. 125. n. 11. 2012.

BIDANI, A. K.; GRIFFIN, K. A.; EPSTEIN, M. Hypertension and Chronic Kidney Disease Progression: Why the Suboptimal Outcomes? **The American Journal of Medicine**, v. 125, n. 11, p. 1057-1062, 2012.

BOINI, S. et al. Predialysis therapeutic care and health - related quality of life at dialysis onset (the pharmacoepidemiologic AVENIR study). **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, n. 7, p. 2-7, 2011.

BORTOLOTTTO, L. A.; PRAXEDES, J. N. **Hipertensão secundária.** In: Nobre F, Serrano Jr C, eds. *Tratado de cardiologia da Socesp.* Barueri: Manole. p. 486-505. 2005.

BRASIL, 2012. **Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise 2012.** Disponível em: [<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>]. Acessado em: 25/07/15.

BRASIL, 2014a. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde., 2014.

CHOR, D. et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. **PLOS One**, Califórnia, v. 10, n. 6, p. 127-382, 2015.

CROOK, E. D.; WASHINGTON, D. O.; FLACK, J. M. **Screening and Prevention of Chronic Kidney Disease**. *Journal of the National Medical Association*. vol. 94, no. 8 (suppl). ,2002. Disponível em: <http://diamundialdorim.com.br/o-que-e.php>. Acessado em: 15/07/15.

ECKARDT, K. U. et al. Evolving importance of kidney disease: from subspecialty to global health burden. **The Lancet**, v. 382, n. 9887, p. 158-169, 2013.

FERNANDES, P. F. C. B. C. et al. Causes of end-stage renal failure in black patients starting renal replacement therapy. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 36, n. 2, p. 301-309, 2000.

FRANÇAS, A. K. T. C. et al. Filtração Glomerular e Fatores Associados em Hipertensos Atendidos na Atenção Básica. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 94, n. 6, p. 779-787, 2010.

FRASER, S. D. S. et al. The burden of comorbidity in people with chronic kidney disease stage 3: a cohort study. **BMC Nephrology**, v. 16, p. 193, 2015.

GOEIJ, M. et al. Association of blood pressure with decline in renal function and time until the start of renal replacement therapy in pre-dialysis patients: a cohort study. **BMC Nephrology**, v. 12, n. 38, p. 2-10, 2011.

GROSS, J. L.; SILVEIRO, S. P.; CAMARGO, J. L.; REICHELT, A. J.; AZEVEDO, M. J. **Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico**. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, vol. 46, n. 1, p. 16-26, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>>. Acessado em: 04/05/15.

HAAN, N. D. S. et al. Effect of shared care on blood pressure in patients with chronic kidney disease: a cluster randomised controlled trial. **British Journal of General Practice**, v. 63, n. 617, p. 798-806, 2013.

HILL, N. R. et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS One**, Califórnia, n. 6, p. 2-18, 2016.

IDF, International Diabetes Federation. **Risk Factors**. 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/about-diabetes/risk-factors>>. Acessado em: 05 de maio de 2015/20/05/15.

K/DOQI. **Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification**. American Journal of Kidney Disease. 2002; 39(Suppl 2):S1-S246. 2002.

KAPLAN, N.M. **Clinical hypertension**. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2002.

KDIGO - KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOME. CKD WORK GROUP. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney International Supplements**, n. 3, p. 1-150, 2013.

LEVEY, A.S.; CORESH, J.; BALK, E.; KAUSZ, A.T.; LEVIN, A.; STEFFES, M.W.; HOGG, R.J.; PERRONE, R.D.; LAU, J.; EKNOYAN, G. **National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification**NKF. **Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification**. *Annals Internal Medicine.*, 139:137-147. 2003.

MAGALHÃES, G. L.; MUNDIM, A. V.; OLIVEIRA, C. M.; MOURÃO-JUNIOR, C. A. Atualização dos critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus utilizando a A1C. *HU Revista*, vol.

37, n. 3, p. 361-367. Juíz de Fora. Jul./set. 2012. Disponível em: <http://hurevista.ufff.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewfile/1651/576>. Acessado em: 04/05/15.

MCGOVERN, et al. Association of chronic kidney disease (CKD) and failure to monitor renal function with adverse outcomes in people with diabetes: a primary care cohort study. *Bio Med Central Nephrology*, 14:198. *Nephrology* 2013, 14:198. doi: 10.1186/1471-2369-14-198. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/14/198>. Acessado em: 03/05/15.

MEDEIROS, M. C. W. C.; SÁ, M. P. C. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. **Revista Rene**, v. 1, n. 12, p. 65-72, 2011.

NEW, J.P., et al. Assessing the prevalence, monitoring and management of chronic kidney disease in patients with diabetes compared with those without diabetes in general practice. **Diabet Med** 2007, 24:364-369.

NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. **Early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care**. London. 2008.

OLIVEIRA JUNIOR, H. M.; FORMIGA, F. F. C.; ALEXANDRE, C.S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa – PB. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 367-374, 2014.

PENA, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, P. 3135-3144, 2012.

PEREIRA, E. R. S. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 22-30, 2016.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91-97, 2015.

SARAN, R.; LI Y. et al. US Renal Data System. Annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. **Am Journal Kidney Disease**. 2015;66(1). (suppl 1):S1-S306. 2014. Disponível em: http://www.usrds.org/2014/view/v1_01.aspx. Acessado em: 27/07/15.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 19, supl. 1, p. 29-36, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>. Acessado em: 04/05/15.

SBN - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Doença renal crônica (pré-terapia renal substitutiva): diagnóstico. São Paulo: **SBN**, 2011b. 22p.

SESSO, R.C.C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.

SESSO, R.C.C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO – SBH. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 107, n. 3, p. 10-13, 2016.

SUTTROP, M.M. et al. Effect of Erythropoiesis-Stimulating Agents on Blood Pressure in Pre-Dialysis Patients. **PLOS One**, v. 8, n. 12, p. 20-27, 2013.

TRAVAGIM, D.S.A. **Prevenção da doença renal crônica intervenção na prática assistencial em uma Equipe de Saúde da Família.** 2012. 118 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-05112012-162300/pt-br.php>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

VASSALOTTI, J.A. et al. Practical Approach to detection and management of Chronic Kidney Disease for primary care clinician. **The American Journal of Medicine**, v. 129, n. 2, p. 153-162, 2016.

XUE, J.L.; MA, J.Z.; LUIS, T.A.; COLLINS, A.J. Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the US to year 2010. **Journal of the American Society of Nephrology**. Dec;12 (12):2753-8. 2001.

QUESTIONÁRIOS VALIDADOS PARA MENSURAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: uma revisão integrativa

Dafne Lopes Salles

Thereza Maria Magalhães Moreira

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender as necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevada pressão de enchimento. As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevações das pressões pulmonar e venosa sistêmica (BOCHI et al., 2012).

Nos Estados Unidos, IC afeta mais de 5 milhões de pessoas e surgem cerca de 550 mil casos novos anualmente, sendo estimado que a sua incidência seja de 10/1000 pessoas após os 65 anos de idade. No Brasil, e no resto do mundo, são consistentes as evidências sobre a elevada taxa

de admissões hospitalares e visitas às emergências por intercorrências clínicas associadas à doença. Entre os pacientes com mais de 70 anos admitidos, 60% são readmitidos em 90 dias (BOCHI et al., 2012).

É reconhecida como o maior e mais crescente problema de saúde pública em todo o mundo (JURGENS et al., 2015). No Brasil, representa a principal causa de internação de pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos 65 anos, além de ser responsável por altos custos (PEREIRA; SCHUTZ, 2012).

A Insuficiência cardíaca, resultante de diversas etiologias, geralmente é o estágio final da maioria das doenças cardíacas. Trata-se de um problema crescente de saúde pública, podendo causar limitações na vida dos pacientes e acarretar redução na qualidade de vida. A adesão ao tratamento deve ser realizada pelos pacientes com IC para a prevenção de complicações e a promoção da saúde. Apesar do diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para mudanças do estilo de vida, observa-se que se trata de uma doença de difícil controle e que a manutenção da compensação é insatisfatória, evidenciando a problemática da baixa adesão ao tratamento (DBICC, 2012).

Metanálise realizada por Khazanie e Allen (2016) afirma que a não-adesão ao tratamento permanece altamente prevalente e está relacionada com resultados adversos. Por exemplo, um ano após os pacientes terem saído da internação, menos de 50% deles segue a prescrição medicamentosa, mesmo quando essas medicações são oferecidas pelo SUS.

A Organização Mundial da Saúde (2003) declarou que a melhora da adesão pode ter um impacto maior sobre a saúde da população, do que a melhora em tratamentos médicos específicos. Os cinco problemas principais relacionados à adesão ao tratamento são: relação com o sistema de saúde, nível socioeconômico, condição médica, presença de cuidador e terapia medicamentosa. Particularmente, em pacientes com Insuficiência Cardíaca, onde várias classes de medicamentos são importantes para se obter melhores resultados, torna-se comum o esquecimento e o não seguimento das orientações prescritas (KHAZANIE, ALLEN., 2016).

A adesão é o grau de coincidência entre o comportamento do usuário e a prescrição dos profissionais de saúde, que envolve medidas farmacológicas e comportamentais, sendo que todos os envolvidos no processo são responsáveis pelo tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Segundo a OMS, a baixa adesão é um problema mundial de magnitude impressionante. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos é em torno de 50%. Em países em desenvolvimento, as taxas são ainda menores (WHO, 2003).

Os benefícios da adesão ao tratamento se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e às economias dos países. O paciente passa a ter sua condição controlada, podendo, na maioria das vezes, manter uma vida normal e economicamente ativa. O sistema de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade.

A adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela conjugação de cinco grupos de fatores, denominados de “dimensões”: sistema de saúde, doença, tratamento, paciente e fatores relacionados ao cuidador (WHO, 2003).

Existem várias estratégias para avaliar a adesão ao tratamento da Insuficiência Cardíaca, no entanto, não há consenso sobre um padrão ouro. Os métodos podem ser indiretos como contagem de comprimidos, relatório do usuário, opinião do profissional de saúde, resposta clínica; ou diretos, dosagem em líquidos corporais do princípio ativo, metabólito (SOUZA, 2008).

Dessa forma, ao utilizarmos instrumentos válidos para medir a adesão, estaremos lançando mão de resultados fidedignos que beneficiarão gestores e equipes de saúde como subsídios no estabelecimento de melhorias no serviço, favorecendo o aumento da adesão. O objetivo desse estudo foi analisar, na produção científica da saúde coletiva, quais questionários estão sendo utilizados para avaliar a adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada a partir de uma revisão integrativa da literatura, que tem como base, a análise de material, ressaltando a organização e a interpretação no atendimento do objetivo da investigação (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão, possibi-

litando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas no conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A presente revisão integrativa cumpriu rigorosamente seis etapas: seleção da questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos da revisão; interpretação dos resultados, o que proporcionou a análise crítica dos achados.

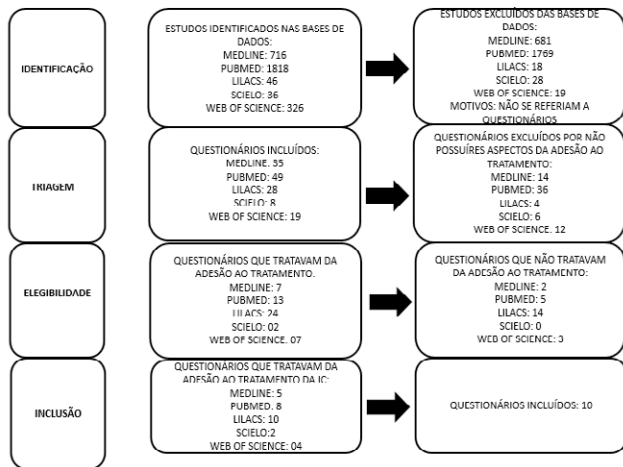
A pergunta norteadora da busca foi: quais questionários, que passaram pelo processo de validação, estão sendo utilizados para mensurar a adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca?

Foi realizada uma busca pareada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO, WEB OF SCIENCE E PUBMED. Foram utilizados os descritores Heart Failure, questionnaires, validation studies, adherence e patient compliance, de acordo com a terminologia DeCs da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). As buscas foram sistematizadas por meio da utilização dos operadores booleanos com o seguinte esquema: "heart failure" AND "questionnaires", "heart failure" AND "validation studies", nas buscas subsequentes substituímos apenas o último descritor, contemplando todos os descritores. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, empíricos; língua inglesa, portuguesa ou espanhola; e que explicitassem variáveis relacionadas a adesão ao tratamento da Insuficiência Cardíaca. Foram excluídos os estudos de caso e as revisões de literatura.

O período selecionado para a seleção dos artigos foi de 2006 a 2016. A coleta ocorreu nos meses de agosto, setembro e outubro de 2016. Dessa forma, foram selecionados dez questionários.

Neste estudo foi utilizado o instrumento PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) para a busca e seleção dos estudos, conforme Figura 1. O referido diagrama destina-se a orientar o desenvolvimento de protocolos de revisões sistemáticas e meta-análises, cabendo sua utilização no estudo para aferir adequação e facilitar a análise dos dados para publicação (SHAMSEER et al., 2015).

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos, Fortaleza- Ceará, 2016.



As variáveis selecionadas para análise foram sujeitos, amostra, ano, adesão aos instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento. Os estudos foram avaliados criticamente em detalhes, buscando soluções para resultados diferentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 demonstra os questionários encontrados na presente revisão integrativa. Todos os questionários apresentam aspectos da adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca.

Quadro 1: Instrumentos de medida da adesão ao tratamento da Insuficiência cardíaca. Fortaleza, Ceará-Brasil, 2016.

Autor	Título do Questionário	Código
Bonin et al. (2014)	Questionário de Conhecimento para pacientes com Insuficiência Cardíaca	IA1
Almeida, Souza, Rabelo (2011)	Questionário de restrição do sódio na dieta	IA2
Feijó et al. (2012)	European Heart Failure Self-Care Behavior Scale	IA3
Nave-Leal, Pais Ribeiro (2010)	Kansas City Cardiomyopathy (KCCQ)	IA4
Carvalho et al. (2009)	<i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>	IA5
Fini, Cruz (2010)	Dutche Fatigue	IA6
Ungari (2007);	Morisky Green-Levine	IA7
Mendoza-parra; Merino; Barriga, (2009).	Escala de conductas em salud	IA8
Ferreira, Ferreira, Pereira (2013)	EQ-5D	IA9
Ulbrich et al., 2013	SF-36	IA10

O questionário de Conhecimento para pacientes com Insuficiência Cardíaca possui 19 itens, cada qual dividido em dez áreas de importância para a educação do paciente. Os itens foram divididos de acordo com o conteúdo proposto em fisiopatologia da síndrome, conceito da síndrome, fatores de risco, sinais e sintomas, hábitos de vida, diagnóstico, medicamentos, tratamento, autocuidado e exercício físico. Cada questão apresentava quatro alternativas de múltipla escolha, sendo uma resposta correta; uma incompleta; uma errada e uma não sei (BONIN, et al., 2014).

O questionário de Restrição do Sódio na Dieta (DSRQ) tem como objetivo identificar fatores que afetam a adesão à restrição dietética de sódio para pacientes com IC. É composto por alternativas relacionadas com as barreiras e atitudes/crenças em seguir uma dieta pobre em sódio. Criado para refletir a teoria do comportamento desejado, é dividido em três subescalas: 1) atitude em relação ao comportamento; 2) norma subjetiva e 3) controle comportamental percebido. A subescala de atitude apresenta seis itens que avaliam as crenças do paciente sobre os resultados da realização do comportamento, com escore variando de 6 a 30. Na escala de norma subjetiva, composta por três itens, se avalia se é importante a aprovação ou reprovação de outros para a realização do comportamento, com escore variando de 3 a 15. Já na etapa de controle comportamental, composta por sete itens, se avalia a capacidade do paciente de identificar facilitadores e barreiras referentes ao comportamento; nessa escala o escore é invertido e varia de 7 a 35 (ALMEIDA, SOUZA, RABELO, 2011).

Na Europa, um grupo de pesquisadores desenvolveu e validou o instrumento denominado *European Heart Failure*

Self-care Behavior Scale (EHFScBS), que consiste de 12 questões referentes ao autocuidado, incluindo a verificação diária do peso, a restrição de sal e líquidos, a prática de atividade física e a busca por ajuda pela equipe de saúde, quando surgem os sinais de descompensação. O desenvolvimento desse instrumento foi baseado nos pressupostos teóricos da Teoria do Autocuidado de Orem. A primeira versão da escala foi desenvolvida em holandês e traduzida para o inglês e o sueco. Dos 20 itens do instrumento original, todos foram reavaliados, e aqueles com pontuações inferiores foram retirados. A versão final do instrumento com doze itens, desenvolvido em inglês, foi traduzido e retrotraduzido para o sueco e, após, para o holandês. A mesma metodologia foi adotada para a utilização em outras línguas (FEIJÓ, et al., 2012).

A escala de vida Kansas City Cardiomyopathy (KCCQ) avalia o impacto do tratamento de situações crônicas como a ICC, este instrumento é específico para doentes hospitalizados, possui 23 itens e quantifica a função física: sintomas (frequência, gravidade e mudanças recentes), auto-eficácia, conhecimento e qualidade de vida (NAVE-LEAL, PAIS-RIBEIRO, 2008).

O *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) é uma importante ferramenta de avaliação da qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca. É composto por 21 questões relativas a limitações que frequentemente estão associadas com o quanto a insuficiência cardíaca impede os pacientes de viverem como gostariam. Deve-se considerar o último mês para responder aos questionamentos. A escala de respostas para cada questão varia de 0 (não) a 5 (demais), onde o 0 representa sem li-

mitações e o 5, limitação máxima. Essas questões envolvem uma dimensão física (de 1 a 7, 12 e 13) que estão altamente inter-relacionadas com dispnéia e fadiga, uma dimensão emocional (de 17 a 21) e outras questões (de número 8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16) que, somadas às dimensões anteriores, formam o escore total. Esse subgrupo de questões, por não possuir um padrão usual de respostas, não foi agrupado como uma dimensão separada no questionário. O MLH-FQ foi desenvolvido especificamente para insuficiência cardíaca, o que o torna mais próximo à realidade desse tipo de paciente (CARVALHO, et al., 2009).

O questionário Dutche Fatigue foi desenvolvido conforme a definição de fadiga do NANDA-I com pacientes com Insuficiência Cardíaca. É uma escala de auto-relata, com 9 itens do tipo Lykert com 5 pontos (1-5) (FINI, CRUZ, 2010).

O Teste de Morisky-Green-Levine é usado para medir a adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca, apesar de não ter sido criado especificamente para a IC. A teoria fundamental desta medida abrange que o uso inadequado de medicamentos ocorre em uma ou todas as seguintes formas: esquecimento, falta de cuidado, interromper o medicamento quando sentir-se melhor ou interromper o medicamento quando sentir-se pior. Assim, a primeira versão deste instrumento e que é usada na grande maioria dos estudos consta de quatro perguntas: 1. “Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio?”; 2. “Você, às vezes, é descuidado para tomar seu remédio?”; 3. “Quando você se sente melhor, às vezes, você para de tomar seus remédios?”; 4. “Às vezes, se você se sente pior, quando toma o remédio,

você para de tomá-lo?”. Os usuários com hipertensão que responderem afirmativamente a alguma destas questões são considerados como não-aderentes (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; UNGARI, 2007).

Este instrumento foi reformulado, de modo que a nova versão (ainda não validada em português) ficou com oito perguntas: 1. Você às vezes se esquece de tomar os seus comprimidos de pressão alta? 2. Ao longo das últimas duas semanas, houve algum dia você que não tomou seu medicamento para sua pressão arterial alta? 3. Você já parou de tomar a sua medicação sem consultar o seu médico, porque você se sentiu pior quando você tomou? 4. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes você se esquece de levar seus medicamentos? 5. Você tomou seu remédio para pressão arterial alta ontem? 6. Quando você sente que a sua pressão arterial está controlada, às vezes você para de tomar o seu medicamento? 7. Tomar todos os dias a medicação é um verdadeiro transtorno para algumas pessoas. Você já se sentiu incomodado por estar aderindo a seu plano de tratamento? 8. Quantas vezes você tem dificuldade em lembrar de tomar todos os seus medicamentos para o seu tratamento? (MORISKY *et al.*, 2008).

A Escala de *conductas em salud* tem um formato Likert de cinco alternativas de respostas, que permite alcançar um máximo de 100 pontos, e conta com uma quinta subescala, que indaga sobre o hábito de fumar e se estende ao âmbito laboral (MENDOZA-PARRA; MERINO; BARRIGA, 2009).

EQ-5D é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) que permite gerar um índice representando o valor do estado

de saúde de um indivíduo. É baseado num sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma destas dimensões tem três níveis de gravidade associados, correspondendo a sem problemas (nível 1), alguns problemas (nível 2) e problemas extremos (nível 3) vividos ou sentidos pelo indivíduo. Assim sendo, este sistema permite descrever um total de 243 estados de saúde distintos.

O questionário SF-36 avalia a qualidade de vida de pacientes com IC, apesar de não ter sido criado especificamente para a Insuficiência Cardíaca (LAGUARDIA, et al. 2013).

Com base nos instrumentos selecionados, verifica-se que ainda são escassas tais tecnologias diante da magnitude apresentada pela adesão ao tratamento. Nesse caso, sugere-se que novos instrumentos sejam desenvolvidos para que haja maior possibilidade de intervenção nos diversos aspectos que envolvem essa condição crônica aqui discutida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mensuração da adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca é um tema relevante para a saúde global e brasileira. No entanto, embora existam diferentes instrumentos que podem ser utilizados para medir a adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca, não há um instrumento que aborde todos os domínios da adesão. Dessa forma, percebe-se que os instrumentos atuais não dão conta de apreender o fenômeno em sua integralidade. Assim, a criação de um ins-

trumento de mensuração da adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca, a partir da metodologia PROMIS (*Patient Reported Outcomes Measures*), contribuiria para diminuir a lacuna de conhecimento sobre o fenômeno, favorecendo sua identificação e ações de saúde que visem aumentar a adesão ao tratamento da IC.

Bibliografia Básica

ALMEIDA, K. S. M; SOUZA, G. C; RABELO, E. R. Adaptação transcultural para o Brasil do Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DRSQ). **Arq. Brasil. Cardiol**, v. 1, n. 98, p. 70-75, 2011.

BOCCHI, E. A.; MARCONDES-BRAGA, F. G.; BACAL, F.; FERRAZ, A. S.; ALBUQUERQUE, D.; RODRIGUES, D. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2012. **Arq Bras Cardiol**, v. 98, supl.1, p. 1-33, 2012.

BONIM, C. D. B; SANTOS, R. Z; GHISI, G. L. M; VIEIRA, A.M; AMBONI, R; BENETTI, M. Construção e validação do Questionário de Conhecimentos para Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Arq. Brasil. Cardiol**, v. 2. n. 104, p. 364-373, 2014.

CARVALHO, V. O; GUIMARÃES, G. V; CARRARA, D; BACAL, F; BOCHI, E.A. Validação da versão em português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 93, n. 1, p. 39-44, 2009.

FEIJÓ, M. K; ÁVILA, C. W; SOUZA, E. N; JAARSMA, T. RABELO, E.R. Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-Care Behavior Scale para o português do Brasil. **Rev. Latino- Amer. Enfermagem**, n. 5, v. 20, set.-out, 2012.

FERREIRA, P. L; FERREIRA, L. N; PEREIRA, L. N. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. **Acta Med Port**, v. 26, n. 6, p. 664-675, 2013.

KHAZANIE, P, ALLEN, L. A. Meta-Análise de Intervenções de Aderência à Medicação entre Pacientes com Insuficiência Cardíaca: os lumpers fazem seu caso. **Journal of the American Heart Association**, 2016.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, M. C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDONZA, S; MUNÓZ, M; MERINO, J. M; BARRIGA, O.A. Fatores determinantes do comprimento terapêutico em adultos. **Rev Méd Chile**, v. 134, p. 65-71, 2006.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**, v. 24, p. 67-74, 1986.

NAVE-LEAL, E; PAAIS-RIBEIRO, J; OLIVEIRA, M. M; DA SILVA, N; SOARES, R; FRAGATA, J; FERREIRA, R. Psychometric properties of the portuguese version of the Kansas City cardiomyopathy questionnaire in dilated cardiomyopathy with congestive heart failure. **Rev Port Cardiol**, v. 29, n. 3, p. 353-372, 2010.

PEREIRA, F. V.; SCHUTZ, V. Análise parcial de custos de materiais hospitalares: o custo de materiais hospitalares utilizados em clientes com insuficiência cardíaca dentro de uma enfermaria cardiovascular. *Rev Pesquisa: Cuida Fundam online*, v. 4, n. 2, p. 2973-80, 2012.

SHAMSEER, L; MOHER, D; CLARKE, M; GUERSI, D; LIBERATI, A; PETTICREW, M; SHEKELLE, P; STWART,

L.A; PRISMA-P Group. Itens de relatórios preferidos para protocolos de revisão sistemática e meta-análise (PRISMA-P) Declaração de 2015. *Bio Med Central*, v. 4, n. 1, p. 2-9, 2015.

SOUZA, W. A. Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2008.

ULBIRICH, A. Z; NETTO, A.S; ANGARTEN, V.G; MARQUES, T; STIES, S.W; CARVALHO, T. Capacidade funcional como preditor de qualidade de vida na insuficiência cardíaca. **Fisioter. Mov**, v. 26, n. 4, p. 845-853, 2013.

UNGARI, A. Q. **Adesão ao tratamento farmacológico de usuários hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP. 2007. 95 f.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, Ribeirão Preto, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases.** Geneve, 2003.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO JUNTO A PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Joyce O. Matos

Lucimar B. Barbosa

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é classificado pela Sociedade Brasileira de Diabetes como uma síndrome de etiologia múltipla, caracterizada por apresentar um alto nível de glicose no sangue. Isso acontece porque o corpo do diabético, mais precisamente o pâncreas, não produz insulina ou produz em quantidade insatisfatória, comprometendo a ação metabólica desse hormônio sobre a glicose contida nos alimentos ingeridos ou sintetizada pelo próprio organismo, comprometendo a eficácia desse indivíduo em manter a glicose em nível normal, desencadeando um quadro de excesso de glicose no sangue, chamado de hiperglicemia (SOLLITARI, 2014).

A Sociedade Brasileira de Diabetes publicou, em 2015, uma estimativa de que a população mundial com Diabetes esteja atualmente em torno de 387 milhões e pre-

vê um aumento substancial até 2035. No Brasil, em 2014, foi identificada uma prevalência de 11,9 milhões de pessoas com diabetes entre as idades de 20 a 79 anos. Sendo uma preocupação cada vez maior a nível mundial, tendo em vista o aumento exponencial dos casos (SBD, 2014).

Em 2011, o Ministério da Saúde, a partir de pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, apontou Fortaleza como a capital brasileira com a maior proporção de diabéticos, atingindo um percentual de 7,3% da população (BRASIL, 2011). Em 2013, o Brasil ficou na quarta posição da lista de países com maior número de pessoas com diagnóstico de Diabetes, somando cerca de 12 milhões de indivíduos (SOLLITARI, 2014).

Há em maior prevalência em duas das classificações de Diabetes Mellitus, as chamadas Tipo 1 e Tipo 2. A grande diferença entre elas consiste em que as pessoas diagnosticadas com o Tipo 1 não produzem a insulina ou produzem em pouca quantidade, já as pessoas diagnosticadas com o Tipo 2 produzem o hormônio, mas seu organismo cria uma resistência orgânica a esta insulina, dessa forma, não metaboliza o excesso de glicose no sangue (SBD, 2014).

Segundo Sollitari 2014, a forma de maior prevalência em um aspecto global, é o Diabetes Mellitus Tipo 2, sendo responsável por 90% dos casos diagnosticados. A autora contribui ainda descrevendo os 3 critérios atualmente utilizados para diagnósticos, a partir dos níveis glicêmicos, aceitos pela American Diabetes Association (ADA), Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

São elas:

- Glicemia casual maior que 200mg/dL somada à presença de sintomas clássicos.
- Glicemia de jejum igual ou maior que 126mg/dL
- Glicemia maior ou igual a 200mg/dL após duas horas de sobrecarga com 75g de glicose.

Pessoas acima de 45 anos devem estar mais alertas aos cuidados contra a doença. Os fatores de risco para o desenvolvimento do Diabetes Mellitus Tipo 2 podem ser genéticos, porém a maior parte dos fatores cientificamente conhecidos são de cunho comportamental. Sedentarismo, hábitos alimentares pouco saudáveis, uso abusivo de bebidas alcólicas e tabagismo são possíveis desencadeadores e mantenedores do quadro de Diabetes Mellitus Tipo 2 (SBD, 2014 e FERREIRA, M.C. ET AL, 2014).

De acordo com Taddeo, et al. 2012 e Sollitari, 2014 ao descreverem os cuidados para conviver com a doença de forma controlada, os pesquisadores revelam a necessidade de modificar comportamentos habituais, tais como mudanças no padrão alimentar, adesão a atividades físicas e comprometimento com o uso de medicamentos. Além dessas mudanças, há de se atentar para os cuidados contra outras complicações, as mais comuns são a nefropatia, neuropatia, cardiopatia, retinopatia e o pé diabético.

Neste artigo objetivou-se verificar a discussão no ambiente científico quanto a contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no Autocuidado Apoiado junto a pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2.

METODOLOGIA

Fez-se uso da revisão integrativa, selecionada por possibilitar a sumarização das pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir do tema de interesse. Para tanto, utiliza-se padrões de rigor, clareza e replicação utilizados em estudos primários, apesar dos métodos para a condução das revisões integrativas serem variáveis, existe padrões a serem seguidos, como na operacionalização desta revisão, se seguiram as seguintes etapas: seleção das questões temáticas, estabelecimento de critérios para a seleção da amostra, representação das características da pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Para essa revisão utilizamos leitura sistemática de alguns estudos a fim de definir as categorias necessárias ao aprofundamento e discussão da temática.

Partiu-se da seguinte questão norteadora: Nos últimos 06 anos, como alguns estudos realizados contemplam a contribuição do agente comunitário de saúde na promoção do autocuidado junto a pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2? Após o questionamento, realizou-se uma busca nas bases de dados do sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) — BIREME: LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe, em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), utilizando os Descritores específicos das Ciências da Saúde (DECS), como: diabetes mellitus tipo 2, autocuidado apoiado e agente comunitário de saúde, assim como foram acrescentados outros artigos fora da análise, para contribuir à título de comparação.

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados foram: estudos de delineamento descritivo, quantitativo e qualitativo, quase experimental e experimental, que foram publicados entre os anos de 2010 à 2016 nos idiomas português, inglês e espanhol, com textos completos disponíveis. Excluindo todos os artigos que não contemplavam os critérios propostos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa nas bases de dados recuperou 13 artigos, em relação ao delineamento dos estudos analisados, foram encontrados estudos não experimentais e experimentais, distribuídos em descritivos sendo 01 de análise documental, 01 ensaio clínico randomizado, 01 ensaio controlado não randomizado, 01 estudo de caso, 01 estudo descritivo, 01 estudo epistemológico, 03 estudos observacionais analíticos, 01 estudo observacional, analítico e transversal e 03 revisões integrativas. Após a seleção dos artigos, seguiram-se para sumarização em quadro, dispondo de sua síntese, nome da pesquisa, nome dos autores, objetivos ou resultados e suas conclusões. A apresentação dos resultados e discussão foi realizada de maneira descritiva em que se possibilita a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada ao leitor, cumprindo com a metodologia escolhida.

Quadro 01. Apresentação da síntese dos artigos analisados.

ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS DO ESTUDO	DISCUSSÕES OU RESULTADOS
A visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos.	LIMA, Ariane Netto de; SILVA, Lucia; BOUSSO, Regina Szylit.	Descrever a percepção dos usuários quanto à visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde.	O artigo apresenta resultados de satisfação e sentimentos de gratidão por parte dos usuários, demonstrando a importância do vínculo como fator de contribuição para a promoção do Autocuidado e aderência aos tratamentos.
O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil.	BARROS, Daniela França de. Et al.	Conhecer e descrever o processo da formação dos agentes comunitários de saúde.	Apresenta resoluções a favor da atividade laboral do ACS, percebendo a sua importância para o desenvolvimento de um atendimento mais aproximado e eficaz a população.
Vislumbrando a rede complexa de relações e intervenções do agente comunitário de saúde.	LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo; MEIRELLES, Betina Homer Schilindwein.	Compreender o significado da rede de relações e interações de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).	Apresentou adequação e reconhecimento do elo entre comunidade e Unidade Local de Saúde, a partir do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e confirmou a importância da construção de laços afetivos para o fortalecimento da adesão aos tratamentos.
Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde.	BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins; FONTANA, Rosane Teresinha.	Investigar fatores de satisfação e insatisfação de Agentes Comunitários de Saúde a respeito da sua atividade profissional.	A contribuição da socialização do saber foi apresentada com uma grande satisfação no trabalho como ACS, o que demonstra interesse dos usuários em implicarem-se mais com suas questões de saúde.

<p>Acolhimento e vínculo no processo de fazer dos agentes comunitários de saúde: Revisão Integrativa.</p>	<p>FONSECA, G. P. et al.</p>	<p>Analisar as publicações científicas brasileiras da área da saúde acerca do acolhimento e vínculo estabelecidos pelo ACS durante seu trabalho.</p>	<p>O artigo apresenta a compreensão do quanto é complexo o fazer do agente comunitário de saúde (ACS), evidenciando o acolhimento e vínculo como ações essenciais no seu trabalho educativo e humanizado.</p>
<p>Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes.</p>	<p>LOPES, Andréia Aparecida Ferreira.</p>	<p>Análise de literatura a cerca do empoderamento do paciente Diabético, considerando a postura dos profissionais de saúde.</p>	<p>Revela a necessidade de reparos na abordagem utilizada pelos profissionais, para uma contribuição real do empoderamento do paciente, utilizando para a promoção do autocuidado uma postura acolhedora e de parceria.</p>
<p>Acesso, prática educativa e Empoderamento de pacientes com doenças crônicas.</p>	<p>TADDEO, P. S. Et al.</p>	<p>Analisar as percepções dos pacientes com doenças crônicas, ao que se refere às intervenções de promoção do Empoderamento realizadas na Estratégia de saúde da Família.</p>	<p>Resultados configuram a importância do estabelecimento de vínculo e a confiabilidade entre usuário e profissional de saúde, sendo indicado pelos participantes como fator importante para a motivação na continuidade dos seus tratamentos e realização do autocuidado.</p>
<p>Redução da mobilidade funcional e da capacidade cognitiva no diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Ferreira, M.C. et al.</p>	<p> Avaliar se há relação entre capacidade cognitiva e mobilidade funcional em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>A pesquisa conclui que a mobilidade funcional e o desempenho cognitivo podem estar diretamente ligados a qualidade do tratamento quanto ao controle da glicemia, sugerindo grande importância do autocuidado dos pacientes a respeito dessas condições.</p>

<p>Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares</p>	<p>COSTA, E.F. ET AL</p>	<p>Avaliar a efetividade das ações promovidas por Agentes Comunitários de Saúde na promoção do Autocuidado referente a atividade física.</p>	<p>A pesquisa aponta um número significativo em relação à percepção da motivação para a implementação de rotinas de atividades físicas após as intervenções educativas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.</p>
<p>Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife.</p>	<p>LIMA, S.A.V. ET AL.</p>	<p>Analisar os elementos que profissionais e usuários acreditam que influenciam o acesso aos serviços de atenção primária.</p>	<p>O estudo possibilitou listar as maiores dificuldade e facilidades inerentes ao acesso aos serviços disponíveis na saúde pública. É importante destacar que foi relatado que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde foi apontado como um facilitador do acesso ao sistema de saúde, sendo capaz de agilizar muitas necessidades dos usuários.</p>
<p>Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa.</p>	<p>MORAIS, H. C. C. et al.</p>	<p>Analisar estudo científicos que versam a respeito das estratégias de promoção de autocuidado apoiado.</p>	<p>É percebido que a promoção do autocuidado é uma ferramenta fundamental para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população, além de ser uma das estratégias mais baratas a serem implementadas na condição de assistência à saúde.</p>

<p>Programa de autocuidado físico apoiado: proposta de educação popular em saúde para pacientes com fibromialgia.</p>	<p>Lorena, S.B. e Sobrinho, J.E. L.</p>	<p>Descrever o programa desenvolvido para promover o autocuidado físico apoiado em paciente com fibromialgia.</p>	<p>Foi possível observar aderência ao programa por parte dos pacientes, percebendo o interesse na discussão e conhecimento das suas condições de saúde, além da intercessão entre usuários e profissionais de saúde.</p>
<p>Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde.</p>	<p>Moura, R. F. S. de; Silva, C.R.C.</p>	<p>Busca refletir sobre o papel do afeto no cotidiano do trabalho do ACS.</p>	<p>As conclusões desse estudo versam a respeito da afetividade e amizade que de forma subjetiva favorece o fazer cotidiano do Agente Comunitário de saúde em relação aos colegas profissionais e aos pacientes acompanhados.</p>

Compreendendo-se a cronicidade do Diabetes Mellitus Tipo 2 que traz ao sujeito diagnosticado a necessidade de implementar novos comportamentos na sua rotina diária, destaca-se a importância da dieta balanceada e da adesão à prática de atividades físicas como elementos fundamentais para o alcance do controle glicêmico (TADDEO PS ET AL, 2012).

Além de condições físicas, também é pertinente ressaltar a atenção às questões de condições cognitivas do paciente em que Ferreira, et.al. 2014 aponta a necessidade de que programas de saúde desenvolvam estratégias de promoção do autocuidado junto aos pacientes e aos familiares em relação a sinais de incapacidade cognitiva e motora, capacitando profissionais da saúde a realizarem essas intervenções educativas.

Percebendo isso, é fundamental a colocação de Mendes, 2012, quanto à importância da promoção do autocuidado, numa perspectiva de motivar o paciente para o fazer por si mesmo, compreendendo que os cuidados com a doença estão diretamente ligados as possibilidades de melhorar sua qualidade de vida.

Estudos de Ferreira, et al. 2014 apontam que a diminuição da mobilidade funcional e o mau desempenho cognitivo nos pacientes diabéticos podem estar diretamente ligados a consequências do mau controle glicêmico, além de outros aspectos inerentes a doença. Dessa forma, Costa et al, 2015 apresentam discussões que concluem que exercícios são fundamentais para a melhora da mobilidade física, além de contribuir para o controle adequado da glicemia. Os autores apresentam em seus resultados que 74% das pessoas que re-

ceberam intervenções educativa, realizadas pelos agentes comunitários de saúde, a respeito dos benefícios dos exercícios físicos, sentiram-se motivadas a praticar atividade física ou a procurar participar de programas de atividade física.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a forma de conseguir atendimento médico estava necessariamente entrelaçada à contribuição do indivíduo com a previdência social. Dessa forma, o acesso à saúde pública foi, por muito tempo, limitado a alguns grupos da sociedade, restando aos menos favorecidos valerem-se dos cuidados nas casas e sistemas filantrópicos (FONSECA, G.P. ET AL, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi planejado e instituído no Brasil na ocasião da implantação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, na qual prevê no capítulo II, sessão II, que é dever do Estado e direito do cidadão brasileiro o acesso à saúde de forma integral, universal e gratuita (BARROS, 2010).

O SUS pode ser compreendido como um marco histórico da nova compreensão de saúde por parte do Estado. A grande mudança se dá pela transformação da visão reducionista de que saúde é ausência de doença em que as ações sempre foram pautadas na remediação e busca da cura de enfermidades, para uma visão sistêmica acerca do ser humano, considerando importante, para a manutenção da sua saúde, aspectos para além da ausência de doenças, entendendo que a promoção e prevenção das doenças está diretamente ligado a curva ascendente para uma população mais saudável e mais produtiva (LIMA; SILVA e BOUSSO, 2010).

Entretanto, é importante mencionar o que Lima, S.A.V. et al, 2015 verificou em estudo realizado com profissionais atuantes em unidade Básica de Saúde de Recife, que uma barreira na eficácia do sistema de saúde diz respeito ao quanto a política interfere no andamento dos programas de intervenção e promoção de saúde, visto a quantidade de mudanças de condutas e resoluções entre uma gestão e outra, além do pouco investimento para a demanda das necessidades, contando com número reduzido de profissionais em relação a quantidade de usuários. Nesse contexto, percebe-se que ainda há muita melhora a ser implantada no sistema de saúde pública.

O programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado em 1991, portanto é anterior ao Programa de Saúde da Família (PSF) que surgiu em 1994, hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sua criação foi fruto do desejo de consolidar ainda mais o novo modelo de atenção à saúde, o SUS, considerando o trabalho dos agentes como estratégico para o estabelecimento de vínculos entre a rede de saúde e a comunidade assistida (FONSECA, G. P. ET AL, 2013).

A expectativa do plano de Estratégia de saúde da família é que os Agentes Comunitários de Saúde tenham acesso direto aos pacientes, sendo um multiplicador das informações de cuidados com a saúde, além de levar e trazer informações sobre esses pacientes ao posto de saúde, agilizar as marcações de consultas, assim como orientar os usuários quanto aos serviços que devem procurar e de que forma proceder quanto as suas necessidades (BARROS 2010; BRAND, ANTUNES; FONTANA, 2010; LIMA, S.A.V. et al, 2015).

Várias pesquisas apontam que as especificações do perfil do Agente Comunitário de Saúde, quanto a ser um morador da comunidade, utilizar-se das mesmas condições de assistência, sofrer com as necessidades da comunidade, contribuem para que o agente torne-se uma referência de ajuda para essa comunidade pelo vínculo direto que constrói naturalmente entre comunidade e unidade de saúde, ocupando um espaço de mediador e parceiro dos usuários na busca por conseguir assistência necessária (LANZONI; MEIRELLES, 2010; BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010; MOTA; DAVID, 2010).

O que se espera da Equipe de Saúde da Família é que seja atuante de tal forma que substitua o modelo biomédico, no qual a cuidado com a saúde está centrado em um único profissional. De acordo com Brand, Antunes e Fontana, 2010, a Política Nacional de Atenção Básica aposta que cabe ao Agente Comunitário de Saúde, que realize o levantamento das principais necessidades no que tange aos aspectos da saúde, além de contribuir com a comunidade em busca de melhorias para a qualidade de vida individual e coletiva.

Pesquisas que versam sobre o contexto do trabalho dos Agentes comunitários de Saúde entendem esse profissional como o maior poder de vínculo percebido entre paciente e unidade básica de saúde, sobretudo pela proximidade conquistada, sendo recebido dentro das residências dos pacientes, estando diretamente aproximados do cotidiano e estilo de vida desses sujeitos. Esse aspecto viabiliza de forma direta a ampla busca por facilitar e promover o autocuidado de pacientes com doenças crônicas, no caso, o Diabetes Mel-

litus Tipo 2, pois o autocuidado é um componente valioso para o desenvolvimento dos fatores que formam a linha de vida de um indivíduo e promovem bem-estar físico e psicológico (FONSECA, G. P. ET AL, 2013).

Moura e Silva, 2015, trazem em seu estudo aspectos referentes à afetividade e à subjetividade que envolvem o cotidiano do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Os autores contribuem com os aspectos de vínculos no que tange as relações dos profissionais com outros profissionais e com os pacientes assistidos, revelando a boa convivência como algo fundamental para a qualidade do serviço e adesão aos tratamentos.

Taddeo, et al. 2012 aponta que o sistema de saúde pública ocupa-se da remediação de doenças agudas mais do que do tratamento de doenças crônicas, o que contribui para a desinformação e a falta de preparo dos usuários enfermos para a condição de estabelecer o autocuidado.

Mendes, 2012, ainda colabora afirmando que as condições de doenças agudas tem as suas características pautadas em rápido tratamento e não necessidade de continuidade dos cuidados, porém as doenças crônicas são caracterizadas pelo estabelecimento de mudanças na rotina alimentar, medicamentosa e aderência de atividades corporais regulares.

Para que a melhoria do cuidado aos pacientes com cronicidades, como o Diabetes Mellitus tipo 2, seja alcançada, é necessário que haja uma mobilização dos recursos comunitários a serem usados com mais eficácia pelas instituições de assistência à saúde em conjunto com a comunidade (TADDEO, P.S. et al., 2012).

A educação em saúde é um aspecto determinante para a promoção do autocuidado, além de ser um forte instrumento de vínculo entre pacientes e profissionais de saúde, visto que, ao passo que os profissionais se esforçam na criação e aplicação de atividades com foco no empoderamento dos pacientes em relação ao conhecimento da sua própria condição, estão dando passos importantes na promoção do autocuidado (LORENA, S.B. e SOBRINHO, J.E.L., 2015).

Lopes, 2015, colabora com Mendes, 2011, e Taddeo, et al., 2012, ao diferenciar o contexto da obediência versus o empoderamento, colocando que os dois comportamentos devem ser diferenciados, pois a aderência aos tratamentos por obediência está vinculada ao posicionamento passivo do paciente, enquanto o empoderamento está diretamente associado a compreensão e aderência, resultantes de uma educação em saúde que incorpora uma postura ativa e pautada em decisões assertivas a respeito da própria saúde do paciente.

De acordo com Moraes, H.C.C. et al.. 2015, o autocuidado é baseado em uma metodologia para ser utilizada com pacientes tabagistas, desenvolvida pelo Instituto Nacional de Câncer, em 1989, com o passar do tempo, a sua aplicabilidade foi ganhando espaço no enfrentamento de outras condições de saúde. Os autores ainda contribuem apontando a promoção do autocuidado como estratégia de enfrentamento com o melhor custo-benefício implementado no Sistema Público de Saúde.

A definição de Autocuidado Apoiado está pautada em uma orientação educacional sistemática, na qual está dire-

tamente ligada a uma relação estabelecida entre profissionais e pacientes que estimulam o aprendizado quanto ao gerenciamento dos seus problemas de saúde, considerando as questões referentes ao conhecimento de sua condição, os tipos de tratamentos disponíveis e possibilidade de tomar decisões em relação a sua própria saúde como uma postura que sugere autogerenciamento a partir de comportamentos pró-ativos e conscientes a respeito de seu próprio tratamento (MENDES, 2011).

Verificou-se que estudos apontam fortemente para a compreensão de que o estabelecimento de uma relação de parceria entre profissionais de saúde e pacientes com doenças crônicas, como o Diabetes Mellitus, contribui para o envolvimento destes com seus planos de tratamentos, além disso, apontam os agentes comunitários de saúde como os profissionais com maior possibilidade de construção de vínculos e apoio a promoção do autocuidado.

CONCLUSÕES

Os artigos complementam-se na reconstrução da história do atendimento da atenção primária, na assistência aos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 e na criação e atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, além de estarem em concordância quanto aos conceitos de Autocuidado Apoiado, contribuindo com a visão cada vez mais forte quanto à necessidade de aproximação e estabelecimento de vínculo entre Agente Comunitário de Saúde e pacientes, apontando para maior adesão aos tratamentos e uma pos-

tura mais assertiva e adequada dos pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 a respeito da sua responsabilização com sua própria condição de saúde e melhora da qualidade de vida.

Estudos apontam fortemente para a compreensão de que o estabelecimento de uma relação de parceria entre profissionais de saúde e pacientes com doenças crônicas, como o Diabetes Mellitus, contribui para o envolvimento desses com seus planos de tratamentos, além disso, apontam os agentes comunitários de saúde como os profissionais com maior possibilidade de construção de vínculos e apoio a promoção do autocuidado.

Bibliografia Básica

BRAND, C.I.; ANTUNES, R.M.; FONTANA, R.T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare enferm**, Jan/Mar; 15 (1): 40-7, 2010.

DE BARROS, D.F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. 2010.

FONSECA, G.P.; LIMA, S.B.S.; PARCIANELLO, Márcio Kist; BISOGNO, Silvana Bastos Cogo; RITTER, Francisco; BADKE, Márcio Rossato. Acolhimento e vínculo no processo de fazer dos agentes comunitários de saúde: Revisão Integrativa. **Rev. Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 39, n. 2, p. 09-22, Jul./Dez.2013

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Rev Rene [Internet]**. 2010 [cited 2011 Jan 14]; 11 (2): 140-51.

LIMA, A.N.; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde soc [online]**, v. 19, n. 4, pp. 889-897, 2010.

LOPES, A.A.F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 486-500, 2015.

MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 549 p.: il, 2011.

MOTA, R.R.A.; DAVID, H.M.S.L. A crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma Indução do Processo de trabalho?. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out.2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SOLLITARI, Lilian Halcsik. **Rastreamento de Diabetes Mellitus tipo 2 por agentes comunitários de saúde: desenvolvimento de um método em atenção primária**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-29102014-144649/en.php>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

TADDEO, P. S.; KILMA, W. L. G.; CAPRARA, A.; GOMES, A.M.A.; OLIVEIRA, G.C.; MOREIRA, T.M.M. Acesso, prática educativa e Empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17(11):2923-2930, 2012.

A ABORDAGEM TEATRAL DE AUGUSTO BOAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: poéticas e políticas do teatro do oprimido na saúde.

Emanuella C. Joca

Maria Rocineide F. da Silva

INTRODUÇÃO

“teatro é necessariamente político, porque política são todas as atividades do homem, e o teatro é uma delas.” (BOAL, 2009, p. 11)

O Teatro do Oprimido constitui uma metodologia teatral desenvolvida por Augusto Boal, teatrólogo brasileiro com naturalidade carioca que sistematizou uma proposta artística política, utilizando o diálogo cênico como forma de problematizar as relações sociais opressivas. Buscando compreender o Teatro do Oprimido como atividade cultural proposta pela Política Nacional de Saúde Mental Brasileira que esse artigo apresentará experiências com essa abordagem teatral no campo da saúde, bem como fundamentos históricos e teóricos acerca da proposta.

A partir de algumas experiências no campo da psiquiatria na década de 1980, na Europa, Boal (2002) escreve suas reflexões acerca dessas vivências e apresenta seu método de teatro terapêutico. No Brasil foi à década de 1990 quando ocorreram às primeiras proposições em contextos hospitalares manicomialis. Nos anos 2000, quando ocorreu a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, o Ministério da Saúde apóia o Centro de Teatro do Oprimido do Rio de Janeiro (CTO-RJ) a formar trabalhadores da atenção primária e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no uso dessa metodologia, fortalecendo entre outras coisas pontos de redes de atenção distintos e que se potencializam pelo encontro a partir da linha de cuidado, sempre singular de usuários (BRASIL, 2007, 2011).

Como centro difusor da abordagem de Augusto Boal o CTO-RJ realizou formação em Teatro do Oprimido em diferentes campos de conhecimento e práticas sociais, bem como diversos locais do Brasil e exterior (Metaxis, 2007, 2008, 2010). O apoio dos ministérios da saúde, cultura e educação do Brasil foram incentivadores das ações de multiplicação dessa abordagem teatral.

Com a Constituição Federal, de 1988, a chamada Constituição Cidadã foram promulgadas as Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142. Em meio a essa conjuntura de transformações sociais e políticas um campo alternativo à psiquiatria clássica estava se fortalecendo no país. A luta pela Reforma Psiquiátrica buscava estruturar um novo modo de relação/cuidado com a loucura, modificando o foco da doença para a saúde mental. O Modo Psicossocial foi o caminho da política brasileira, redirecionando o modelo hospitalocêntrico para o comunitário.

A Saúde Mental conforme Lancetti e Amarante (2015) é uma área de conhecimento e campo de atuação complexo, com atravessamentos de ordem ideológica, política, social e cultural. Pontuam três sentidos a esse campo: origens históricas da psiquiatria (com as hospedarias e o alienismo de Pinel); a Reforma Psiquiátrica (críticas e reformulações a partir da II Grande Guerra Mundial); e a dimensão revolucionária (o termo propõe uma mudança paradigmática do foco na doença, em que a pessoa é colocada na condição de assujeitado, para a saúde em que o sujeito é visto na sua totalidade).

Em 2001 o cenário brasileiro para o campo da psiquiatria recebe contornos legais para mudanças. Nesse momento é promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira Lei Federal nº 10.216, após muitas lutas de trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e sociedade civil. Conforme Amarante & Torre (2001) as experiências pioneiras em serviços substitutivos foram utilizadas como referência para as subseqüentes portarias ministeriais.

O Teatro do Oprimido estava apresentando experiências no campo da psiquiatria no Brasil desde 1994, quando dois “curingas” do Centro de Teatro do Oprimido do Rio de Janeiro (CTO-RJ) realizaram um trabalho no Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II. Conforme Felix (2010) nesse período Augusto Boal cumpria o mandato de vereador no Rio de Janeiro e havia sistematizado a vertente do Teatro-Legislativo, que auxiliou na criação da lei de atendimento geriátrico obrigatório nas unidades de Saúde Pública no Rio de Janeiro. Essa lei foi constituída com um grupo de mulheres de terceira idade que eram acompanhadas sema-

nalmente pela psicologia do Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II, Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Esse foi um dos primeiros grupos de Teatro do Oprimido no Brasil em interseção com a saúde mental, ou ainda nesse momento, na psiquiatria.

No final da década de 1990 que o grupo mais antigo de Teatro do Oprimido, nesse campo se iniciou, o *Pirei na Cenna* que, atualmente, está com quase vinte anos de existência e decorre do Hospital Psiquiátrico Jurujuba. Conforme Amarante e Lima (2008) o grupo é formado por usuários, familiares e simpatizantes da Luta Antimanicomial. Tem trabalhado com prevenção, assistência e direitos humanos em temas relacionados à DST/AIDS na saúde mental bem como o estigma e o preconceito vivido por pessoas marginalizadas socialmente.

Esse grupo foi contemplado pelo *Prêmio Cultural Loucos pela Diversidade 2009 – Edição Austregésilo Carrano*. Conforme Edital N° 001, de 20 de maio de 2009 foi uma iniciativa do Ministério da Cultura e Ministério da Saúde, consistindo em uma das ações encaminhadas a partir da Oficina *Loucos pela Diversidade – Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social* de 2007, decorrente da parceria interministerial para construção da Política Nacional Loucos pela Diversidade. O grupo *Liberarte* de inserção da metodologia do Teatro do Oprimido no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho também foi outro contemplado e ambos são de iniciativa do CTO-RJ.

Pode-se perceber que essas experiências ocorreram com usuários, ainda, de hospitais psiquiátricos. Conforme

Brasil (2004) é a partir de 2001 que a Política Nacional de Saúde Mental é reestruturada com vistas à atenção psicossocial e as ações começam a se expandir para os Centros de Atenção Psicossocial, a estratégia ministerial para o cuidado com base comunitária. Foi, portanto, no início da implantação/expansão da rede CAPS por volta de 2004 que o Ministério da Saúde incentivou o CTO-RJ a capacitar trabalhadores da atenção primária e da rede CAPS em São Paulo e Rio de Janeiro, tendo sido expandido posteriormente para outros municípios. (BRASIL, 2007, 2011).

Paulo Delgado, o proponente da Lei da Reforma Psiquiátrica, foi um incentivador dessa parceria, pois foi em sua gestão como coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde que o CTO-RJ recebeu apoio para a implementação do projeto *Teatro do Oprimido na Saúde Mental*. Em nota na revista *Metaxis*, dedicada à Saúde Mental, Delgado (2010) falou do desafio da Reforma Psiquiátrica na reorientação do modelo assistencial, pontuando que “(...) o aprofundamento teórico e prático da clínica da atenção psicossocial são desafios e responsabilidades da política de saúde mental, mas também de muitos autores.” (p.14). E colocou o trabalho do CTO-RJ como qualificador do cuidado nos CAPS, sendo a parceria com esta organização fundamental para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, porque o Teatro do Oprimido seria um instrumento de construção de possibilidades de cuidado e de vida para as pessoas.

Portanto, esse artigo apresentará o Teatro do Oprimido e como ele tem se configurado como um recurso artístico pedagógico e cultural presente nas políticas de saú-

de pública de base comunitária no Brasil. Para tanto, será apresentado a trajetória do teatrólogo brasileiro Augusto Boal e o desenvolvimento da abordagem teatral bem como uma análise das experiências dessa metodologia na saúde. A metodologia utilizada neste estudo se caracteriza como revisão da literatura do tipo narrativa, na qual se utilizou, principalmente, a obra do criador da proposta teatral dentre outros materiais que se mostrou relevante para os objetivos deste artigo.

Trajетória de vida de Augusto Boal

Augusto Boal (1931-2009) escreveu sua autobiografia intitulada *Hamlet e o filho do padeiro – memórias imaginadas* publicada pela editora nos anos 2000, em referencia a sua trajetória no teatro e suas origens. Como filho de imigrantes portugueses, o teatrólogo nasceu em 1931 na então capital do Brasil. Cresceu em meio a contradições sociais de um país assolado por desigualdades e foi testemunha de muitas cenas de violência nas ruas cariocas do bairro da Penha, onde viveu com a família. Apesar do entorno ser marcado pela pobreza, não teve grandes problemas financeiros, pois seu pai era comerciante.

Conforme Boal (2000) foi aos 18 anos que ingressou na faculdade de Química Industrial e se manteve, a duras penas, para realizar o desejo do pai de ter um filho doutor. Participou do Diretório Acadêmico como diretor cultural e, nesse período, conheceu Nelson Rodrigues, ao convidá-lo para uma palestra que, apesar do fracasso de público, rendeu

uma amizade com o dramaturgo. Frequentou como ouvinte as aulas do Serviço Nacional de Teatro (SNT), ministradas por Luiza Barreto Leite e Sadi Cabral que falavam sobre profissionalização do ator e acerca do método de Stanislavski.

No retorno ao Brasil, através de Nelson Rodrigues, conseguiu trabalhar junto a Carlos Drummond de Andrade, na época, editor de revista sobre romances policiais, como a X-9. Boal (2000) afirmou que essa experiência o inspirou a escrever uma novela sobre o golpe de Estado na Argentina, intitulada *A deliciosa e sangrenta aventura de Jane Spitfire, espiã e mulher sensual*.

Em 1956, foi convidado para dirigir o Teatro de Arena, de São Paulo, e iniciou seus trabalhos com jovens atores, utilizando o método de Stanislavski, através de laboratórios de interpretação.

Nos anos seguintes, Boal (2002) participou de atividades culturais importantes para a história do país. Organizou junto com Gianfrancesco Guarnieri e colegas os cursos e seminários de dramaturgia. Foi professor da Escola de Arte Dramática de São Paulo por muitos anos. No final da década 1950 iniciou os projetos nacionalistas que tiveram grande repercussão como: *Arena conta Zumbi*, com Guarnieri e Edu Lobo, espetáculo apresentado em outros países; *Arena conta Tiradentes*, com estréia em Ouro Preto e música de Sidney Miller, Gilberto Gil e Caetano Veloso; e *Arena conta Bolívar* com música e texto de Theo de Barros.

No início da década de 1960 influenciado pelas lutas por direitos e pela superação das desigualdades sociais, pelas opressões vivenciadas nas grandes cidades e na região

nordeste com as secas e as cercas, iniciou o que chamou de busca pelo povo e, como em outras companhias mundo afora, viajou para longe (no caso, para o Nordeste) com o espetáculo *Gente como a gente*, de Roberto Freire. Também escreveu e montou a *Revolução na América do Sul* que situou como sua primeira peça importante e que tinha como idéia-chave, conscientizar o povo.

Nessas viagens ao Nordeste, Boal (2000) destacou a experiência que influenciou em suas reflexões e formulações. No espetáculo montado para ser apresentado em uma comunidade rural, sua companhia exortava os camponeses a enfrentarem os latifundiários; porém, ao serem convidados por Virgílio (um camponês) a se juntarem na batalha real, Boal percebeu a incoerência da “conscientização”.

Outra experiência marcante para a construção do Teatro do Oprimido foi o Seminário de Dramaturgia no Sindicato dos Metalúrgicos de Santo André. Realizado a pedido do Centro Popular de Cultura (CPC) da União Nacional dos Estudantes, em 1961. Boal (2000) montou oficinas de teatro e na apresentação do espetáculo que retratava uma situação real vivida pelos participantes houve uma invasão do palco por espectadores que saíram da situação de passividade, característica do teatro tradicional e tomaram seus papéis reais na cena teatral, construindo novos diálogos acerca daquela situação.

Conforme Sábato Magaldi (1984) o Teatro de Arena foi um dos protagonistas na construção de um teatro brasileiro. Boal esteve junto nessa trajetória que passou por momentos diferentes e significativos como: o realismo; o desenvolvimento de uma dramaturgia brasileira; a nacio-

nalização dos clássicos, cujo objetivo se caracterizava por utilizar obras clássicas como, por exemplo, *Mandrágora*, de Maquiavel, e através das metáforas existentes nestes textos, falar da situação política no Brasil; os musicais, no formato de “Arena conta...”; e o sistema coringa, este termo será usado posteriormente por Boal para definir o diretor de Teatro do Oprimido ou o condutor do Teatro-Fórum.

Os musicais foram desenvolvidos após a instauração da Ditadura Militar-Civil. E Segundo Boal (2000) apesar da censura, encontrou no bar Zicartola um espaço de encontro com artistas e intelectuais. Criou a idéia do espetáculo *Opinião*, que reuniu no palco, Nara Leão, Zé Keti e João do Vale, com direção musical de Dori Caymmi. Ao ensaiar e encenar o *Arena conta Tiradentes* ele também sistematizou o sistema coringa, no qual nenhum ator teria propriedade por personagem. Todas essas experiências vão alimentar a sistematização de seu método de teatro.

Apesar da repressão e do recrudescimento da ditadura com o Ato institucional nº 5, que restringia ainda mais os direitos políticos e civis na sociedade brasileira, Augusto Boal estruturou a primeira ramificação do Teatro do Oprimido, o *Teatro Jornal*.

Em 1970 Boal é preso pela ditadura, sendo liberado após alguns meses para acompanhar o grupo *Arena* em uma apresentação fora do país, tendo sido “aconselhado” a não retornar, pois seria morto se fosse capturado novamente. Ele foi convidado para participar do projeto de alfabetização integral no Peru baseado na metodologia de Paulo Freire, onde trabalhou a vertente do *Teatro-Imagem*. A partir de uma intervenção na cidade de Chaclacayo em que

foi apresentada uma cena na qual a platéia era convidada a sugerir soluções para o conflito apresentado, uma senhora que assistia ao espetáculo não aceitava como os atores representavam a sua proposta e Boal convidou-a a tomar o lugar da protagonista e mostrar como faria se fosse ela a estar naquele conflito. Ela interpretou a si mesma ao interpretar o personagem.

Na segunda metade da década de 1970 e após um tempo de exílio na Argentina e Portugal foi convidado a lecionar o Teatro do Oprimido na Sorbonne, Paris. Seu trabalho foi ganhando grande repercussão mundial, levando o *latino do teatro político* a diversos países, onde pode apresentar e difundir melhor suas técnicas e teorias.

Com o reconhecimento mundial de seu trabalho Boal (2000) decidiu retornar ao Brasil anos depois da chamada abertura política. Estabeleceu residência no Rio de Janeiro e montou junto a artistas populares o Centro de Teatro do Oprimido no Rio de Janeiro (CTO-RJ). Esse grupo foi disseminando em diversos espaços, cidades e países o Teatro do Oprimido.

O teatrólogo continuou ampliando seu sistema e, a partir da experiência de ter sido vereador na capital carioca, eleito em 1992, desenvolveu o *Teatro Legislativo*, outro método que buscava a participação social nas construções das leis. Criou o *Teatro como arte marcial* trabalhando com pessoas condenadas à prisão, e, por fim, escreveu a *Estética do Oprimido*, publicado postumamente.

Augusto Boal faleceu no dia 02 de Maio de 2009, aos 78 anos e deixou um legado que o reconhece como um dos maiores teatrólogos da América Latina. O sistema que

construiu possui seguidores em mais de 70 países, que buscam efetivar o objetivo do autor de “humanizar a Humanidade”.

Mas... no que consiste o Teatro do Oprimido?

Boal (2002) definiu sua proposta como um sistema de exercícios físicos, jogos estéticos, técnicas de imagem e improvisações especiais, que tem por objetivo resgatar, desenvolver e redimensionar a vocação humana de *ser teatro*, tornando a atividade teatral um instrumento eficaz na compreensão e na busca de soluções para problemas sociais e interpessoais. O Teatro do Oprimido busca a transformação social por meio da arte, restituindo-se a capacidade humana de expressar-se ao fazê-la.

Utilizando a metáfora da árvore Boal (2009) faz uma analogia para apresentar suas formulações, a qual alicerçada na filosofia crítica, na história, na economia, na multiplicação, na política, na solidariedade e na ética nutre sua copa pela palavra, pela imagem e pelo som. Jogando com exercícios desmecanizadores, fortalece seu tronco espesso, ramificado ao centro com o Teatro Imagem e o Teatro-fórum, crescendo com o Teatro Jornal, o Teatro Invisível, o Arco-Íris do desejo, o Teatro Legislativo e Ações diretas, florescendo a transformação social realizada por cidadãos ativos.

O grande núcleo do Teatro do Oprimido é o *Teatro Fórum*, no qual um grupo de atores ou não atores monta uma cena vivida por um dos participantes, na qual o conflito

principal é o foco e em que existe um opressor e um oprimido que disputam. Porém, o oprimido buscando conseguir seu objetivo vivencia limites e diante dessa cena os *spect-atores* são convidados a representar o oprimido e propor novas alternativas para conseguir seu objetivo.

O carioca disse “O nordeste me alertou; Santo André me mostrou o problema e Chaclacayo a solução” (BOAL, 2000, p.197). Esses três momentos na trajetória do autor foram fundamentais para os desdobramentos de seu método.

Em seu último ensaio, Boal (2009) amadureceu teoricamente o TO, colocando-o como um modelo ético-estético ligado ao ideal dos direitos humanos; citou os caminhos que o Teatro do Oprimido como metodologia da Estética do Oprimido estaria construindo e dedicou um capítulo à Saúde Mental. O objetivo seria o de estimular o saudável do ser humano, de estruturar imagens da sociedade e dar-lhes significados. Para o autor, saúde é a capacidade de cada um de transformar as potencialidades de seu corpo e mente.

Boal (2009) apresentou sua teoria acerca da produção artística, acreditando que existe certo distanciamento de quem produz a arte e a consciência de estar se fazendo arte. Colocou o conceito de *formas delirantes da arte*, que consiste em uma adjetivação para a criação artística. No entanto, ao se reportar ao sofrimento psíquico, utilizou o termo *delírio patológico* para abordar a produção em que o sujeito é pouco capaz de controlar o seu delírio. Diante dessa premissa das *formas delirantes da arte* e do *delírio patológico*, seria função do curinga, quando trabalha o TO na saúde mental o de fortalecer os vínculos dos usuários com o real.

Se o enfermo conseguir criar como artista, transformando seu delírio em produto visível, audível e palpável - pintura, dança, escultura, música, poesia, cinema ou cena teatral -, poderá ver-se a si mesmo, pois se verá refletido em sua arte. Sujeito da sua criação, recriando-se a se mesmo ao criar a sua obra (BOAL, 2009, p. 229)

Essa é a hipótese boaliana de que ao produzir arte esse produtor torna-se sujeito de criação de si no mundo, estruturando-se e construindo significados acerca de si e suas relações, autor de sua própria história. A busca seria a de que pessoas em sofrimento psíquico criassem elos entre a alucinação e o real, ambos expressando-se em visões estéticas. Seria uma expansão da percepção através de meios estéticos, em que os participantes exercitam sua capacidade criadora dentro de limites sociais consensuais, em um ensaio para a vida real.

Nesse ensaio de ser, o usuário da política de saúde mental pode teatralizar seus conflitos individuais e coletivamente construir alternativas para a realidade opressora. “A alegria do oprimido, quando consciente, é terapêutica porque é expansiva, a tristeza é refratária.” (BOAL, 2009, p. 241) Ainda na compreensão do autor, o ser humano é essencialmente teatro e expansividade, a sociedade na sua configuração política, econômica e social é que seria a limitadora das possibilidades humanas.

Boal construiu um sistema de intervenção social através da arte que se pretende potencializador do humano.

Era um esteta que compreendia a produção artística como instrumento de enfrentamento das relações opressivas, que ocorrem principalmente no emaranhado das contradições sociais, conseqüentes de um sistema baseado no lucro e na exploração do trabalho. Através do diálogo mediado pelo teatro buscava-se o fortalecimento das classes exploradas e nesse sentido o Teatro do Oprimido é associado a concepções teóricas e práticas como as de Paulo Freire, que construiu a *Pedagogia do Oprimido* e a do autor latino-americano Alfredo Moffatt, que escreveu *Psicoterapia do Oprimido*, onde evidencia alternativas à psiquiatria clássica na Argentina. Tais formulações objetivam a transformação de povos fortemente marcados pelo colonialismo e imperialismo, além de serem experiências forjadas em meio a ditaduras políticas e nas circunstâncias de ampliação das injustiças sociais.

O Teatro do Oprimido e suas intersecções saúde

Menções ao Teatro do Oprimido como prática promotora de saúde foi encontrada em algumas fontes. No Centro Cultural do Ministério da Saúde no catálogo da mostra *Memória da Loucura* encontra-se o vídeo *Fronteiras da mente, da saúde e da expressão: a palavra e o palco*, que apresenta o Teatro como um instrumento potente para expressão.

O projeto *Formação em cidadania para a saúde: temas fundamentais da Reforma Sanitária* do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) abordou o tema *Diversidade cultural e saúde*. Nele Amarante e Costa (2012) falam acerca

das propostas inovadoras de arte-cultura no campo da saúde mental. O Teatro do Oprimido é citado como uma dessas ações que propõem uma visão crítica sobre a questão da loucura, da discriminação e violência.

Em publicação do Ministério da Saúde, Caderno HumanizaSUS, volume cinco, Almeida e Duarte (2015) relatam como o município de Guarulhos assumiu o Teatro do Oprimido como uma estratégia de cuidado em Saúde Mental e que as intervenções com a proposta ocorrem desde 2006 quando o município estabeleceu parceria com o CTO-RJ e o Ministério da Saúde. Conforme as autoras o objetivo com o uso da abordagem boaliana é de estimular o protagonismo dos participantes para que a partir do diálogo teatral construam alternativas de transformação de suas realidades.

Na coordenação geral do projeto *Teatro do Oprimido na Saúde Mental* está Geo Brito que esteve ao lado de Boal desde o início da fundação do CTO-RJ. Conforme Brito (2010) o objetivo do projeto consiste em capacitar profissionais para serem multiplicadores do Teatro do Oprimido e utilizá-lo como instrumento de facilitação do enfrentamento de conflitos entre práticas manicomialis e antimanicomialis.

Portanto, tais fontes referem-se ao Teatro do Oprimido como: instrumento que estimula a expressividade; proposta inovadora que possibilita uma visão crítica da loucura, de sua discriminação e violência; política municipal facilitadora da participação social; estratégia de cuidado da atenção psicossocial; e abordagem que propõe o diálogo entre práticas manicomialis e antimanicomialis.

Um processo de revisão de literatura foi realizado em bases de dados buscando sistematizar os artigos disponíveis em periódicos científicos e que envolvem uma discussão sobre o Teatro do Oprimido no campo da saúde.

Nessa revisão foi realizado um levantamento em dois bancos de dados: Biblioteca Virtual da Saúde Brasil – BVS -Brasil e o Portal de Periódicos da Capes. Foram utilizados os seguintes termos em busca por assunto simples: “Teatro do Oprimido”; “Theatre of the oppressed”; “Augusto Boal”. No Portal de Periódicos da CAPES a busca foi refinada em *busca avançada* com “Theatre of the oppressed” and “Health”, “Augusto Boal” and “health”.

O material pesquisado teve como corte de inclusão os trabalhos que abordam o campo da saúde. No percurso desta revisão foram encontrados trinta e dois (32) artigos que tiveram seus resumos analisados ficando dezessete (17) para leitura integral. Destes 02 (dois) foram retirados de imediato por tratar-se de uma dissertação e de uma apresentação teórica do método teatral de Boal. Restando assim (quinze) 15 textos que foram classificados em cinco categorias, conforme quadro abaixo com respectivas referências:

Quadro 1 – Revisão de Banco de periódicos científicos que apresentam trabalhos com Teatro do Oprimido

(continua)

Número	Categoria	Referência
1	<i>Uso do Teatro do Oprimido para formação de profissionais de saúde</i>	1 - PROCTOR, K. et al., 2008 2 - BRETT-MACLEAN, P., YIU, V., FAROOQ, A., 2012 3- GUPTA, S. et al. 2013
2	<i>O Teatro do Oprimido como instrumento facilitador de educação em saúde</i>	1- SANTIAGO, L. E., 2000; 2 – SULLIVAN, J. et. al 2003; 3 - SULLIVAN, J. et. al 2008; 4 - GAZZINELLI, M. F. et al., 2012;
3	<i>O Teatro do Oprimido com função terapêutica e de reflexão crítica</i>	1 - WARNER, L. , 2008; 2 - ALVES, I.; GONTIJO, D. T.; ALVES, H. C., 2013; 3 - PENIDO, M. A. et al, 2014
4	<i>O Teatro do Oprimido na Política de Saúde Mental Brasileira</i>	1 - SILVA, J. S. da et al., 2011; 2 - SANTOS, É. S. dos; JOCA, E. C.; SOUZA, Â. M. A., 2016.
5	<i>O Teatro do Oprimido como ferramenta de pesquisa</i>	1 - FERNANDES, A. M. D.; JOCA, E. C., 2011; 2 - CAMPOS, F. N.; PANÚNCIO -PINTO, M. P.; SAEKI, T., 2014; 3 - OLIVEIRA, É. C. S. & ARAUJO, M. de F., 2014

Fonte: Elaborado pelas autoras

Os estudos encontrados nos periódicos científicos demonstram que desde os anos 2000 essa abordagem teatral esta sendo estudada na sua intersecção com o campo da saúde. A primeira categoria foi intitulada como 1- *Uso do Teatro do Oprimido para formação de profissionais de saúde* e é composta por três artigos. Eles se referem ao Teatro do Oprimido como ferramenta de intervenção educacional para profissionais e estudantes da saúde. Gupta et al. (2013) relatam a experiência de propor essa metodologia teatral para discutir questões humanitárias na Universidade de Ciências

Médicas de Nova Deli, na Índia. Os autores afirmam que seu uso desenvolveu a capacidade crítica na formação médica e favoreceu a humanização dos estudantes. Na Austrália Proctor et al. (2008) abordam o uso do Teatro do Oprimido para trabalhar questões de opressão e capacitar terapeutas familiares na prevenção de suicídios. Nos Estados Unidos, Brett-Maclean, Yiu e Farooq, (2012) utilizaram a vertente do Teatro-fórum para a formação de médicos e dentistas. Usaram as técnicas para discutir as questões vivenciadas pelos trabalhadores em suas atividades profissionais.

Na categoria número 2 - *O Teatro do Oprimido como instrumento facilitador de educação em saúde* foi agrupado quatro artigos, os quais dois (02) referem-se a estudos do mesmo grupo em um espaço de cinco anos entre as duas publicações. Sullivan et. al (2003) em um primeiro texto traz um relato em que apresenta o grupo de investigação da Universidade do Texas que compõem o *Institute of Environmental Health Sciences Center* e como o Teatro do Oprimido é utilizado junto a comunidade para atividades de educação ambiental. Refere as intervenções no sudoeste do Texas onde as comunidades têm sofrido com o acometimento de doenças decorrentes das mudanças ambientais, sociais e econômicas causados com a implantação de petroquímicas na região. Cinco anos depois pode-se encontrar outro trabalho de Sullivan et al (2008) dando continuidade as atividades que abordou no texto anterior. O foco dessa publicação trata das questões de justiça ambiental e a poluição existente nas comunidades.

O artigo de Grazzinelli et. al. (2012) refere-se a um trabalho em que utiliza o Teatro do Oprimido como re-

curso pedagógico para orientar as crianças e jovens sobre o que seria uma pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O grupo compunha uma equipe que objetivava testar uma vacina contra ancilostomíase. O estudo usou o Teatro do Oprimido para esclarecer as questões da pesquisa e observou sua eficácia em favorecer a compreensão sobre a pesquisa e em amenizar o equívoco terapêutico, identificado neste estudo e em investigação anterior na região. O objetivo foi reduzir o equívoco terapêutico, que leva a superestimar os benefícios e ignorar os riscos da pesquisa.

Santiago (2000) fala do trabalho de educação em saúde que desenvolveu no Chile através do que chamou de *Modelo do Teatro da Vida*, no qual integra o Teatro do Oprimido de Boal, o Teatro Pobre de Grotowaski, a Educação para a Paz de Beristain e Cascón, e a educação popular de Paulo Freire. Discuti o uso desse modelo com pessoas com HIV e jovens.

A categoria 3- *o Teatro do Oprimido com função terapêutica e de reflexão crítica* consiste em três trabalhos. Warner (2008) apresenta um espetáculo de Teatro do Oprimido tipo fórum de um grupo londrino que tem apresentado para pessoas em situação de rua, problematizando o transtorno mental e o abuso social das pessoas nessa condição. Alves, Gontijo e Alves (2013) apresentam uma intervenção com jovens em vulnerabilidade social. São profissionais da Terapia Ocupacional que apresentam uma pesquisa que tinha o objetivo descrever e analisar a utilização do teatro do oprimido como recurso terapêutico ocupacional junto a jovens em situação de vulnerabilidade social no processo de conscientização e protagonismo juvenil.

Penido et. al, (2014) relatam uma pesquisa em que adaptaram as técnicas do Teatro do Oprimido ao tratamento da Terapia Cognitiva-Comportamental para a terapêutica de fobia social. A pesquisa trabalhou com dois grupos de pacientes acometidos por fobia social, sendo que um recebeu as técnicas do teatro, o chamado grupo-experimental e outro constituiu no grupo-controle. Através da manipulação das técnicas da abordagem teatral realizaram a psicoeducação, o treinamento em habilidades sociais, a reestruturação cognitiva e a exposição ao vivo. A equipe de pesquisa identificou resultados significativos para sintomas de ansiedade e depressão no grupo experimental.

Na análise dos trabalhos situados na quarta categoria que se referem ao objeto desta pesquisa, qual seja, o Teatro do Oprimido na Política de Saúde Mental brasileira verificou-se que ambos coadunam com as fontes acima referidas quando colocam o esta abordagem teatral como instrumento facilitador da participação social e da expressividade dos sujeitos, estimulando a autonomia e que constitui uma estratégia que está em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial. Silva et. al. (2011) realizaram uma pesquisa qualitativa com usuários da atenção psicossocial que participavam de grupos de Teatro do Oprimido e verificaram uma função psicoterápica, que favorece a expressividade, a inserção social pelo trabalho e pelo estudo. Santos, Joca e Souza (2016) relatam a experiência de um projeto de Teatro do Oprimido na rede psicossocial do município de Fortaleza, discutindo a abordagem teatral como ferramenta que favorece a autonomia e participação dos usuários da saúde mental.

Finalmente a Categoria 5- *O Teatro do Oprimido como ferramenta de pesquisa* apresenta alguns artigos que utiliza essa abordagem como ferramenta de pesquisa e todos caracterizam-se como estudos do campo da psicologia. Fernandes e Joca (2011) utilizam como dispositivo de pesquisa-intervenção dentro da perspectiva da Análise Institucional. Oliveira e Araújo (2014) utilizaram o teatro fórum como ferramenta de pesquisa-participante e Campos, Panúncio-Pinto e Saeki (2014) discutem a potência do Teatro do Oprimido como construtor de dados em psicologia social.

Essa investigação buscou demonstrar como diversos autores estão utilizando e pensando a abordagem do Teatro do Oprimido, especificamente no campo da saúde. Revelando, dessa forma, uma diversidade de possibilidades que passa por instrumento de educação em saúde, de formação crítica de profissionais, como ferramenta de cuidado e reflexão crítica, bem como dispositivo de pesquisa social que favorece a participação com a construção de espaços dialógicos e dados de pesquisa.

Considerações Finais

Este artigo percorreu uma trajetória no intuito de compreender a abordagem teatral que está presente nas políticas de saúde brasileira, em principal, naquelas de caráter comunitário. Foi possível constatar que alguns estudiosos têm apresentado suas experiências e achados em suas aproximações acadêmicas com o Teatro do Oprimido.

Como o Teatro do Oprimido é utilizado por vários profissionais no Brasil e conforme Toscano (2010) o projeto nacional, financiado pelo Ministério da Saúde formou diversos trabalhadores da saúde como artistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, teatrólogos, sociólogos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, antropólogos, auxiliares de enfermagem, arte-terapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores e fonoaudiólogos é importante que fundamentos teóricos sejam produzidos para auxiliar a práxis com tal perspectiva.

Nesse sentido, este artigo buscou contribuir para maior compreensão acerca desta proposta teatral que conforme esboçado anteriormente possui grande amplitude de possibilidades. No entanto, apesar da diversidade de atrizes e atores sociais que entraram em contato com essa metodologia teatral, através da revisão em banco de dados observa-se uma escassez em trabalhos no campo da política de saúde mental ou da atenção primária quando apenas dois artigos que tratam desta proposta de intervenção cultural na Política Nacional de Saúde Mental sendo um com mais de cinco anos.

Esse artigo situa o criador e a obra que tem sido posta como uma das iniciativas de intervenção cultural para a atenção psicossocial. No ano de 2017 Augusto Boal foi homenageado no carnaval de rua do Rio de Janeiro e conforme o *Jornal do Brasil* o Ponto de Cultura Coletivo Carnavalesco *Tá Pirando, Pirado, Pirou!*, conhecido como Bloco do Pinel, prestou homenagem ao criador do Teatro do Oprimido e foi uma sugestão de um familiar de usuário da rede de saúde mental que participa do Grupo de Teatro do Oprimido *Pirei na Cenna*.

Portanto, este texto, busca contribuir para que atrizes e atores sociais possam fundamentar suas ações com o Teatro do Oprimido, na realização de ações educativas-terapêuticas subsidiando trabalhadores e pesquisadores das Políticas Públicas em curso, principalmente, na dimensão sociocultural do paradigma Psicossocial.

GLOSSÁRIO PARA O CAPÍTULO 12

Em *O Século dos Manicômios* de Issaias Pessotti pode-se encontrar um estudo acerca da perspectiva e prática de Philippe Pinel, que conforme o autor (1996) foi um médico francês influente que estava no movimento para transformações dos asilos em manicômios com o intuito do tratamento doença mental e não apenas para retirar do convívio social como na perspectiva asilar.

Na cidade de São Paulo em 1987 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) chamado Professor Dias da Rocha Cerqueira e em Santos foi criado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). As duas propostas colocam a atenção psicossocial como caminho, mas Amarante & Torre (2001) afirmaram existirem nuances. O CAPS foi criado em meio as transformações no sistema de saúde no Brasil, na passagem de um modelo privatista para organização estatal. Estariam apoiados no modelo dos Estados Unidos e nas idéias de transformação cultural do movimento italiano. Seria a doença mental pensada no âmbito da saúde coletiva, considerando os contextos macro e micro social,

históricos, do trabalho e das famílias. Portanto, um tipo de serviço entre os ambulatorios e os hospitais psiquiátricos. O NAPS data de 1989 e foi fundamentado na perspectiva de Franco Basaglia que preconizava uma transformação social, objetivando substituir totalmente o modo manicomial na assistência e na sociedade, nesse sentido rompendo efetivamente com as bases teórico-prática da psiquiatria clássica.

Conforme Sanctum (2009) curinga é um termo do Teatro do Oprimido utilizado para designar uma pessoa/artista que ministra cursos e oficinas, dirige espetáculos e atua como mestre de cerimônia nas sessões de Teatro-Fórum, sendo um interlocutor entre a peça e a platéia. Deriva das primeiras experiências de Augusto Boal no Teatro de Arena quando experimentava o que chamou *sistema coringa*, no qual cada ator poderia ser qualquer personagem, não havia propriedade sobre os papéis.

Conforme relato do autor, em entrevista cedida a Joan Abellan, em 1998, no Rio de Janeiro, para a confecção do livro *Boal conta Boal*, editado pelo Institut Del Teatre de la Diputació de Barcelona, lançado em 2001, suas memórias foram escritas por causa da insistência de sua editora inglesa Talia Rodgers. Essas são as imagens de sua vida que estão em sua memória, de seus familiares e amigos, com quem dialogou para a escrita da referida obra. Essa autobiografia foi utilizada como fonte para a maioria das informações desta sessão.

Eram Gianfrancesco Guarnieri, Oduvaldo Viana Filho, Vera Gertel, Flávio Migliaccio, Milton Gonçalves, conforme afirmou Boal (2004) em entrevista publicada em *Teatro de Arena- uma estética de resistência*, de Izaías Almada.

As informações acerca dos trabalhos com o teatro de Arena e suas formulações teóricas e práticas nesse período pode ser aprofundadas em diversos textos, cito em ordem cronológica algumas publicações: 1978, *Dionysos – Especial: Teatro de Arena*; 1984, *Um palco brasileiro – o Arena de São Paulo*, de Sábato Magaldi; 1996, *O mito e o Herói no moderno teatro brasileiro*, de Anatol Rosenfeld; 2000, *Hamlet e o Filho do Padeiro* de Augusto Boal; 2001, *Boal conta Boal*, de Joan Abellan; e 2004, *Teatro de Arena – uma estética de resistência*, de Izaías Almada.

Em *Um Palco brasileiro – O Arena de São Paulo*, de 1984, Sábato Magaldi afirmou que as motivações que estimularam a construção desse sistema não foram apenas estéticas e políticas, teriam sido também econômicas e de espaço, pois o Arena tinha um palco pequeno, onde cabiam poucos atores. Fato também ressaltado por Boal (2001) quando em entrevista para Joan Abellan.

¹Acerca da experiência de ser preso pela ditadura militar brasileira Boal escreveu dois livros: *Milagre no Brasil* e *Torquemada*. E foi um ativista que denunciou as torturas e assassinatos que os presos políticos no Brasil estavam vivendo.

spect-atores – Termo cunhado pelo autor para caracterizar a situação ativa do espectador no Teatro do Oprimido, o qual busca estimular a participação de todos na cena, seja efetivamente propondo alternativas para o conflito encenado, seja pensando como poderia proceder em tal situação.

Bibliografia Básica

ABELLAN, J. **Boal conta Boal**. Barcelona: Institut del Teatre, 2001.

AGÊNCIA BRASIL. Bloco de Carnaval do Rio que promovem a diversidade correm em busca de recursos. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 11 fev 2017. Disponível em: <http://www.jb.com.br/carnaval-2017-rio/noticias/2017/02/11/blocos-de-carnaval-do-rio-que-promovem-a-diversidade-correm-em-busca-de-recursos/>. Acesso em: 27 fev 2017.

ALMADA, Izaías. *Teatro de Arenas: uma estética de resistência*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

ALMEIDA, R.; DUARTE, M. Teatro do Oprimido e perspectivas de um criativo fazer coletivo. In: BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS: volume 5, Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 2015.

ALVES, I.; GONTIJO, D. T.; ALVES, H. C. Teatro do Oprimido e Terapia Ocupacional: uma proposta de intervenção com jovens em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 325-337, 2013.

AMARANTE, P.; COSTA, A. M. **Diversidade Cultural e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

_____; LIMA, R. (Coord.). **Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura**. Relatório Final. Rio de Janeiro: s.n., 2008.

_____; TORRE, E. A Constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate: revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**. Rio de Janeiro. Ano XXV, v. 25, n. 58, maio/ago. 2001, p. 26-34.

BOAL, A. **Arco-Íris do desejo**: método Boal de teatro e terapia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **Teatro do Oprimido e outras Poéticas Políticas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 9ª Ed., 2009.

_____. **A Estética do Oprimido**: reflexões errantes sobre o pensamento do ponto de vista estético e não científico. Rio de Janeiro: Funarte/Garamond, 2009.

_____. **Hamlet e o filho do padeiro**: memórias imaginadas. Rio de Janeiro: Record, 2000.

BRASIL, Concurso Público Prêmio Cultural Loucos pela diversidade 2009 – Edição Austregésilo Carrano. **Edital nº 001, de 20 de maio de 2009**. MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – LAPS e MINISTÉRIO DA CULTURA Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural – SID. Disponível em: http://www.cultura.gov.br/documents/10883/38605/edital_procuradoria_25maio1.pdf/fef5fa74-0f64-44c9-9079-2bd8d7f12657. Acesso em: 07 de outubro de 2015.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Educação e Cultura, DAC - Funarte. *Dionysos*: Especial –Teatro de Arena. Brasília: Serviço Nacional de Teatro, n. 24, Outubro de 1978.

_____. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Relatório de Gestão 2007-2010**: Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRETT-MACLEAN, P.; YIU, V.; FAROOQ, A. Exploring Professionalism in Undergraduate Medical and Dental Education through Forum Theatre . **Journal for learning through the arts** [1932-7528] Brett MacLean, Pamela yr:2012 vol:8 iss:1. Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 01 set 2016.

BRITTO, G. Teatro do Oprimido na Saúde Mental. In: **METAXIS**: informativo do Centro de Teatro do Oprimido. Teatro do Oprimido na Saúde Mental. Rio de Janeiro: Master Print, n. 7, p. 15-17. 2010.

CAMPOS, Fernanda Nogueira; PANUNCIO-PINTO, Maria Paula; SAEKI, Toyoko. Teatro do oprimido: um teatro das emergências sociais e do conhecimento coletivo. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 552-561, dez. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 fev. 2017.

DELGADO, P. G. A Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS e o Teatro do Oprimido. In: **METAXIS**: informativo do Centro de Teatro do Oprimido. Teatro do Oprimido na Saúde Mental. Rio de Janeiro: Master Print, n. 7, p. 13,14. 2010.

FELIX, C. Princesas... Rainhas... Loucas Mulheres... In: **METAXIS**: informativo do Centro de Teatro do Oprimido. Teatro do Oprimido na Saúde Mental. Rio de Janeiro: Master Print, n. 7, p. 26, 27. 2010.

FERNANDES, A.M.D.; JOCA, E.C. O 18 de maio como espaço de investigação e formação. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, p. 170-176, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822011000400020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400020>.

GAZZINELLI, M. F. et al . Teatro na educação de crianças e adolescentes participantes de ensaio clínico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 6, p. 999-1006, Dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600009&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 14 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000600009>.

GUPTA S, AGRAWAL A, SINGH S, SINGH N. Theatre of the Oppressed as a tool in Medical Humanities Education in India: The Road Less Traveled. **Indian J Medical Ethics**. 2012. Disponível em: <http://ijme.in/wp-content/uploads/2016/11/1909-5.pdf>. Acesso em 01 set 2016.

INFORMATIVO DO CENTRO DE TEATRO DO OPRIMIDO DO RIO DE JANEIRO. **METAXIS**: Fábrica de Teatro Popular do Nordeste. Rio de Janeiro: J. Sholna, n. 5, 2008.

_____. **METAXIS**: Teatro do Oprimido na Saúde Mental. Rio de Janeiro: Master Print, n. 7, 2010.

_____. **METAXIS**: Teatro do Oprimido de Ponto a Ponto. Rio de Janeiro: J. Sholna, n. 6, 2010.

_____. **METAXIS**: Teatro do Oprimido nas Escolas. Rio de Janeiro: J. Sholna, n. 3, 2007.

_____. **METAXIS**: Teatro do Oprimido de Ponto a Ponto. Rio de Janeiro: J. Sholna, n. 4, 2008.

LANCETTI, A. & AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª Ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.

MAGALDI, Sábato. *Um palco brasileiro: o arena de São Paulo*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

OLIVEIRA, Érika Cecília Soares; ARAUJO, Maria de Fátima. O Teatro Fórum como dispositivo de discussão da violência contra a mulher. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v.31, n.2, p.257-267, June, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166-2014000200011X&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Feb. 2017.

PENIDO, M. A. et al . O uso do teatro do oprimido no tratamento em grupo para transtorno de ansiedade social. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 29-37, jun. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140005>.

PESSOTTI, I. **O século dos Manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PROCTOR, K. et al. Exploring theatre of the oppressed in family therapy clinical work and supervision. **Counselling and Psychotherapy Research**, 2008, v.8(1), pp. 43-52. Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 01 set 2016.

ROSENFELD, Anatol. *O mito e o Herói no moderno teatro brasileiro*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

SANCTUM, F. El Curinga: um investigador de alternativas. In: TEIXEIRA, T. B.; TERUEL, T. M. **De Freire a Boal: Pedagogia del Oprimido. Teatro del Oprimido**. Ciudad Real España: Ñaque Editora, 2009.

SANTIAGO, L. E. Teatro de la Vida: teoría, método y práctica. **Puerto Rico Health Sciences Journal**; 19(1): 77-82, mar. 2000. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-260845>. Acesso em 01 set 2016.

SANTOS, É. S. dos; JOCA, E. C.; SOUZA, Â. M. A. e. Teatro do oprimido em saúde mental: participação social com arte.

Interface (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 58, p. 637-647, set. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300637&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 set. 2016. Epub 15-Abr-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0469>.

SILVA, J. S. D., SILVA, P. M. D. C., AZEVEDO, E. B. D., FILHA, F., DEOLIVEIRA, M., & CORDEIRO, R. C.. Desvelando os caminhos do teatro do oprimido como estratégia de reabilitação psicossocial. *Rev. pesquis. cuid. fundam.* (Online), 3 (5), 164-175. Retirado de <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I33887.E10.T5811.D6AP.pdf>, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=23318&indexSearch=ID>. Acesso em: 14 set 2016.

SULLIVAN, J. et al. Community outreach as an iterative dialogue among scientists and communities in the Texas gulf coast region. **Mutation research - Reviews in mutation research** [1383-5742] 2003 vol:544 fasc:2 pág:331 -338. Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 01 set 2016.

SULLIVAN, J. et al. Theatre of the oppressed and environmental justice communities: a transformational therapy for the body politic. **J Health Psychol**; 13(2): 166-79, 2008 Mar. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-18375623>. Acesso em 01 set 2016.

TOSCANO, Y. Nosso processo pedagógico. In: **METAXIS**: informativo do Centro de Teatro do Oprimido. Teatro do Oprimido na Saúde Mental. Rio de Janeiro: Master Print, n. 7, p. 15-17. 2010.

WARNER, L. Theatre of the oppressed and homeless. **Mental Health Practice**. London, n. 8, p. 16-17. may, vol 11, 2008. Disponível em <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/mhp.11.8.16.s17>. Acesso em 28 fev. 2017.

PARTE III.

ESTUDOS DIVERSOS NO CONTEXTO DA SAÚDE: UM CONVITE À REFLEXÃO

POR QUE A AIDS AVANÇA ENTRE OS JOVENS? PROVOCAÇÕES PARA UMA PESQUISA

*Diego da Silva Medeiros
Maria Salete Bessa Jorge*

INTRODUÇÃO

O número de notificações da infecção de HIV/aids entre o público jovem, mais precisamente o masculino, na faixa etária de 15 a 24 anos, tem aumentado sistematicamente na última década. O fenômeno requer um olhar acurado para compreender as linhas ativas no território existencial dos sujeitos que estão implicados nas infecções crescentes entre os jovens.

A compreensão, portanto, dos atuais cenários da epidemia de aids é multifacetada, complexa e conectada a uma multiplicidade de sujeitos, a saber, os próprios jovens, os familiares, amigos e profissionais de saúde. A singularidade de cada caso pode apontar a presença de outros sujeitos que também atuam nestes territórios existenciais, haja vista a produção ininterrupta de redes vivas.

Importa compreender que a rede viva não se institui, ela vem e vai, aparece e desaparece, tem um

movimento intenso e ilimitado, operando sempre para a produção do cuidado por conexões e fluxos entre trabalhadores, usuários, territórios existenciais, pessoas da comunidade, afetos em movimento, etc. Há uma propulsão de práticas socioafetivas nas relações de cuidado que dão formação às redes vivas (FRANCO, 2016, p.401).

As redes destes jovens, bem como dos outros sujeitos que estão em relação com eles, vai se constituindo como produção ininterrupta com novas relações a cada momento. Importa esclarecer que um sujeito é atravessado por uma série de afetos, em outras palavras, constitui um agenciamento de coisas que o faz à medida que ele vai entrando em relação, vai encontrando outros corpos. Assim, nas ocasiões que nos referirmos ao termo “sujeito” afirmamos algo que não é essencialista, mas produção viva. Mais adiante pensaremos este conceito a luz de autores da filosofia da diferença e da sociologia.

O diagnóstico reagente para HIV/aids é um elemento que afeta os corpos tanto dos jovens como dos sujeitos que estão em relação com eles. Os corpos que nos referimos não é o organismo como máquina, mas um corpo vibrátil (ROLNIK, 1989), um corpo sensível que se afeta com o encontro. Uma série de afetos atua sobre os corpos que se transformam com os encontros e linhas que vão tecendo no seu território existencial.

A aids, assim, ainda traz em seu bojo a referência à sexualidade suja devido o estigma colado às práticas ho-

moeróticas e homoafetivas. A ideia de iminência da morte, pois, trata-se de uma doença incurável para a referência biomédica. A descoberta da sorologia reagente para HIV é marcada por este lugar comum em que a aids ainda está imersa.

Por outro lado, o avanço da tecnologia de controle do vírus por meio dos antirretrovirais, tanto no tratamento como na diminuição da capacidade infecciosa do vírus, tem movimentado o campo da aids, principalmente a pujança da indústria farmacêutica. Esta tecnologia, mesmo alvissareira em alguns pontos, pode contribuir para um controle dos corpos, para a submissão dos corpos, conseqüentemente da vida, ao protocolo biomédico, à norma de um cuidado protocolar configurando uma perspectiva de medicalização da vida.

O cenário político também compõe as linhas do campo da aids. A emergência da onda conservadora pautada em elementos religiosos dogmáticos e fundamentalistas, alimentando discursos de ódio ao que destoa de uma lógica heteronormativa, tem influência na condução das políticas públicas que lidam com o território da aids. Campanhas censuradas, assassinatos de pessoas LGBT, retirada de direitos das minorias, todas estas práticas impactam na resposta brasileira à epidemia de aids.

Uma estratégia para perceber as conexões que se engendram no território existencial destes sujeitos é a Análise de Redes Sociais (ARS), articulada com a discussão de interação social e redes da Sociologia e com as ferramentas conceituais da Filosofia da Diferença. A vida é toda articulada em redes, em relações com pessoas e coisas. Estão

articulações dão pistas de como uma vida se inventa a partir do diagnóstico reagente para o HIV/aids e como as pessoas que convivem lidam com esta informação. A partir disso, outras articulações vão sendo cunhadas, conexões, apoios, mas também descontínuos, fossos, obstáculos, violências, estigma. Como estas linhas estão articuladas?

Pensar o incremento das infecções de HIV/aids entre adolescentes e jovens requer a construção de um problema. O problema é o que movimenta a pesquisa, que faz pensar e produzir saberes porque, efetivamente, mobiliza os corpos sensíveis do pesquisador para se encharcar do território (ULPIANO, 2016).

Este capítulo é um convite à pesquisa, à produção de saberes. Seu estatuto é embrionário de pesquisa, fomenta a composição de um problema de pesquisa que mobilize a comunidade acadêmica a produzir saberes com estes jovens, com estes familiares, com as minorias, com a formação e assistência no campo da saúde. Não há resultados claros e receitas mirabolantes de como potencializar a prevenção, diagnóstico e tratamento, mas provocações que sirvam de ferramentas para pensar as singularizações deste fenômeno de avanço da epidemia de HIV/aids entre jovens do sexo masculino.

O material utilizado para a confecção deste capítulo foi uma revisão da produção acadêmica de redes sociais, adolescentes e jovens, HIV/aids, dados epidemiológicos, articulados às ferramentas conceituais de autores da Sociologia, da Análise de Redes Sociais e da Filosofia da Diferença.

AIDS E JOVENS NA CONTEMPORANEIDADE

A epidemia de aids é conhecida pela sua dinamicidade e complexidade. As características desta epidemia variam de região para região no globo terrestre. A quarta década da aids traz alguns desafios para as análises sociológicas e de saúde coletiva. A tecnologia no campo da aids teve avanços significativos, no diagnóstico e no tratamento medicamentoso fomentando grande vivacidade à discussão no campo e esperança às pessoas que vivem com HIV/aids.

A aids possui claros elementos sociais que ultrapassam a mera caracterização biomédica de um evento viral. Este agravo, ainda hoje, é profundamente marcado pelo estigma, preconceito e discriminação que torna complexo o enfrentamento da epidemia requerendo um olhar ampliado. Atualmente a epidemia de aids se apresenta distinta do início dos anos oitenta e esta atualização estabelecerá conversações entre pesquisadores de várias tradições científicas, movimentos sociais, profissionais de saúde e pessoas que vivem e convivem com HIV/aids.

Segundo dados mundiais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (2016), atualmente, estima-se que 36 milhões de pessoas vivam com HIV/aids, destes, a América Latina possui aproximadamente 02 milhões de casos. O Brasil apresenta o maior número de casos na América Latina com aproximadamente 842.270 notificações entre os anos de 1980 a junho de 2016 segundo Boletim Epidemiológico publicado anualmente pelo Departamento de IST¹/Aids e Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

¹ A sigla IST se refere às infecções sexualmente transmissíveis e foi adotada recentemente substituindo a sigla DST que correspondia às doenças sexualmente transmissíveis.

No estado do Ceará, de 1983 a junho de 2016 foram notificados 16.790 casos de aids. Os homens concentram o maior número de casos. Dentre os homens, observa-se aumento de casos de aids entre os homossexuais, passando de 24,8% (128/515) em 2007 para 30,4% (206/677) em 2015 (CEARÁ, 2016). O município de Fortaleza não dispõe de publicação anual de Boletim Epidemiológico de HIV/aids, os dados podem ser observados no banco de dados ofertado pelo DIAHV em endereço eletrônico (<http://svs.aids.gov.br/aids/>). Entre os anos de 1980 a 2015, Fortaleza notificou 11.540 indivíduos com aids, são 8.208 homens e 3.331 mulheres. Segundo categoria de exposição, em Fortaleza, entre os anos de 2003 a 2015, somados os homossexuais e os bissexuais perfazem 23,2%, enquanto os heterossexuais 18,6% dos infectados com o vírus HIV, há uma grande quantidade de ignorados, 58,1% (BRASIL, 2015).

A epidemia apresenta sinais de concentração em grupos populacionais específicos. O DIAHV alinhado à Organização Mundial de Saúde (OMS) nomeia de populações chaves (*key populations*) aqueles que apresentam maior risco de infecção pelo HIV, tais como homens que fazem sexo com homens (HSH²), usuários de drogas, pessoas privadas de liberdade, trabalhadores do sexo e transgêneros (WHO, 2014).

No Brasil (2014), segundo Boletim Epidemiológico, os HSH possuem uma taxa de prevalência de 10,5% e os jovens HSH de 17 a 21 anos de 1,2%, em contrapartida, a população geral de homens possui 0,7% e de homens jovens de 17 a 21 anos de 0,1%. Observa-se concentração signifi-

2 O termo HSH é oriundo de denominação inglesa *men who have sex with men* (MSM) para definir homens gays e bissexuais e aqueles com práticas homoeróticas e identidade heterossexual (BRIGNOL et al, 2015).

cativa de infecções entre os HSH, considerando que a taxa de prevalência entre trabalhadores do sexo é de 4,9%, pessoas usuárias de droga em geral de 5,9% e usuários de crack de 5%. Estes dados ilustram a vulnerabilidade à infecção do HIV/aids de setores historicamente marginalizados socialmente que estão submetidos cotidianamente ao estigma social, preconceito e discriminação.

Entre os homens jovens da faixa etária de 15 a 24 anos, as taxas de detecção apresentam aumento significativo.

Entre os homens, nos últimos dez anos, observa-se um aumento da taxa de detecção, principalmente entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos e mais. Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 24 anos, sendo que de 2006 para 2015 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos/100 mil hab.) e, entre os de 20 a 24, dobrou (de 15,9 para 33,1 casos/100 mil hab.) (BRASIL, 2016, p. 12).

Os dados oficiais apontam para o incremento da infecção de HIV/aids entre os jovens de 15 a 24 anos, superior, inclusive, as outras faixas etárias. Este recorte etário se enquadra no segmento de adolescentes e jovens (*adolescents and youth*) da Organização das Nações Unidas (ONU) para fins estatísticos e políticos (EISENSTEIN, 2005).

O UNICEF, seguindo esta orientação epidemiológica, lançou no ano de 2013, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e outras entidades,

o Projeto Fique Sabendo Jovem que objetiva possibilitar o acesso dos jovens de 15 a 24 anos, prioritariamente lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros (LGBT), a suas sorologias de HIV e outras IST, além de trabalhos de prevenção e retenção nos serviços especializados (UNICEF, 2013).

Há características comportamentais que expõem os adolescentes e jovens à vulnerabilidades em relação à infecção pelo vírus HIV e outras IST: início da vida sexual antes dos 15 anos, relações sexuais com indivíduos do mesmo sexo proporcionalmente maior entre adolescentes e jovens, maior frequência de múltiplos parceiros no último ano, uso irregular do preservativo (mesmo este público utilizando mais preservativos em relação aos adultos), utilização de drogas ilícitas, baixo acesso à testagem anti-HIV entre os homens (BRASIL, 2011b, 2013).

Segundo o Boletim Epidemiológico, a chance de um jovem homossexual estar infectado pelo HIV é 13 vezes maior em relação aos jovens em geral (BRASIL, 2011). Há um esforço de análise que tenta explicar a tendência do recrudescimento da epidemia de aids nesta população e a pesquisa fomentará o debate buscando compreender as redes sociais destes adolescentes e jovens que vivem com HIV/aids.

Com efeito, diante do cenário exposto, convém acompanhar a construção e o funcionamento das redes sociais de adolescentes e jovens HSH, compreendidos entre a faixa etária de 15 a 24 anos, com diagnóstico reagente para HIV atendidos nos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/aids (SAE) da cidade de Fortaleza.

Este fenômeno recente requer a compreensão de como os adolescentes e jovens HSH na faixa etária de 15 a 24 anos produzem suas redes sociais com as interações que engendram no seu território existencial a partir do conhecimento da sorologia reagente para o HIV. Quais as influências destas redes sociais na invenção de suas vidas? Esta questão fomenta conversações com os dados epidemiológicos oficiais no sentido de compreender o fenômeno do recrudescimento da epidemia de HIV/aids entre os adolescentes e jovens na realidade do município de Fortaleza.

VIDAS QUE ARTICULAM REDES

O Brasil vive uma turbulência política e econômica que ressoa na política de IST, Aids e Hepatites Virais. Há, todavia, associada à crise, debilidade da agenda dos direitos humanos sob a influência de um conservadorismo moral que já se anunciava anos atrás na formação de políticas públicas. Houve censuras, por exemplo, capitaneadas pelo parlamento brasileiro do “kit contra a homofobia” nas escolas, campanha de prevenção das prostitutas e campanha para jovens gays no carnaval (CORRÊA, 2016; SEFFNER; PARKER, 2016).

A resposta brasileira à epidemia aids foi reconhecida internacionalmente pelo envolvimento direto das populações mais diretamente afetadas pela epidemia na condução das políticas públicas sob os auspícios do debate dos direitos humanos. Atualmente, o investimento do DIAHV é concentrado na ordem biomédica difundida internacio-

nalmente com a palavra de ordem “testar e tratar”, ou seja, disseminar o diagnóstico e oferecer o tratamento com os medicamentos antirretrovirais, desvitalizando as investidas de prevenção horizontais junto às populações chave. (CORRÊA, 2016; SEFFNER; PARKER, 2016; GRAN-GEIRO; CASTANHEIRA ; NEMES, 2015) .

Adotar o discurso que justifica o avanço da epidemia de aids entre os adolescentes e jovens somente com o argumento que os mesmos não dispõem de informações sobre prevenção ou uso correto do preservativo não atende à complexidade do fenômeno. A persistência de preconceitos e discriminações associada ao discurso hegemônico da heteronormatividade pode contribuir para a ausência de cuidado adequado aos jovens homossexuais nos serviços de saúde (CUNHA; GOMES, 2016).

Os adolescentes e jovens HSH associam alguns sentidos quando se reportam às IST e aids: a sensação que o uso do preservativo pode diminuir a sensibilidade e consequentemente o prazer; a parada para colocar o preservativo dificulta a ereção e é preciso dar mostras de potência sexual; os homens seriam mais descontrolados sexualmente, são caçadores e precisam ser viris; as primeiras relações sexuais são mais propícias a não utilização pela postura submissa, o medo de perder o parceiro e o momento de prazer; os conhecidos e parceiros fixos são mais confiáveis, a confiança dispensa o uso do preservativo e pode ser uma prova de amor; as redes sociais virtuais e sites de relacionamentos proporcionam facilidades de encontros sexuais para sexo sem compromisso e geralmente sem preservativo (CUNHA; GOMES, 2016).

O acesso aos serviços de saúde destes adolescentes e jovens HSH é atravessado por uma série de elementos que facilitam ou obstruem o cuidado formal nos serviços de saúde, tais como, o medo de contrair aids conduz os adolescentes e jovens HSH para realizar os testes diagnósticos geralmente após as relações sexuais sem preservativo; a questão do sigilo sobre a sexualidade, medo de sofrer discriminação por ser homossexual; preconceito por parte dos profissionais quanto a prática do sexo anal; alguns profissionais de saúde atendem os homossexuais reproduzindo a lógica heteronormativa; adolescentes e jovens declaram que para ser bem atendidos precisam esconder a homossexualidade; para o padrão hegemônico heterossexual a revelação de uma identidade gay pode causar constrangimento, receio de serem tratados fora da norma vigente, expostos e incompreendidos (CUNHA; GOMES, 2016).

Os sujeitos, adolescentes e jovens HSH vivendo com HIV/aids, profissionais de saúde e familiares não estão enredados em identidades fixas de fácil observação e reprodução. Cada pessoa está inserida em uma rede complexa de materialidade e socialidades (SPINK, 2015).

No caso da médica, se fazem presentes as vozes de outros profissionais da equipe, de gestores, de antigos professores, de livros, de sites da internet onde buscamos novos conteúdos sobre doenças e tratamentos, de laboratórios que farão e/ou analisarão material biológico, de máquinas e mais máquinas. A capacidade de resposta

dessa profissional depende de suas experiências passadas, de sua formação, de regulações e protocolos, de incentivos ou da falta deles, de apoio profissional e pessoal e das materialidades que embasam sua prática (SPINK, 2015, p. 118).

Por outro lado,

Também a paciente não está só: amigos, familiares que acompanham seu estado de saúde ou sua doença, as vicissitudes do transporte que a levará para casa, a possibilidade de acesso a exames e tantas outras “vozes” humanas e não humanas (sim, as máquinas “falam”, mesmo que por meio de seus porta-vozes!). Porém essa “relação” depende ainda de como são posicionados os pacientes (SPINK, 2015, p. 118).

Uma pesquisa futura deve identificar estas forças que constituem os sujeitos, são agenciadas, e quando enunciadas são sempre coletivas, são agenciamentos coletivos de enunciação (DELEUZE; GUATTARI, 2015). As práticas de cuidado, então, são singulares, estão inscritas nas relações. “Não existe voz pura, ela é sempre determinada por um sistema (familiar social etc) e codificada por uma recepção” (CERTEAU, 2001).

Foucault (2016) afirma que o campo da medicina, estendido a outras áreas da saúde, está enredado da relação de saber e poder que incide sobre o corpo, como um processo

disciplinador, e sobre a população, como regulamentação. A norma é o elemento que vai circular entre a disciplina dos corpos e a regulamentação das populações. Assim, há uma norma que atua sobre os corpos e populações e que o desvio causa desconforto. A epidemia de aids e as formas de lidar com ela estão inscritas numa norma que atua sobre todos os sujeitos envolvidos nesta pesquisa: adolescentes e jovens HSH, profissionais de saúde, familiares, amigos.

O controle, agora, não precisa de confinamento ou de moldar os corpos para se tornarem dóceis, ele se exerce a céu aberto, com instrumentos sutis. “Os indivíduos tornaram-se “dividuais”, divisíveis, e as massas, tornaram-se amostras, dados, mercados ou bancos” (DELEUZE, 2004, p.222). Estamos controlados pelo marketing, pelas senhas, pelo curto prazo, pela velocidade, os sujeitos não param, estão endividados. Deleuze aponta um novo cenário de controle que nos posiciona sem saída, mesmo sem confinamento. O disciplinamento, a regulação e o controle coexistem na sociedade contemporânea.

No campo do cuidado relativo à aids, os adolescentes e jovens HSH são, por vezes, a medição de suas cargas virais e das células TCD4 (indicadores de replicação do vírus e de competência do sistema imunológico), ou o registro de retirada de medicamentos, procedimentos fomentados pelo saber poder que engendra a disciplina, a norma e o controle deste corpos e populações. Exemplos de saber e poder estão presentes na pesquisa clínica em saúde e na epidemiologia.

Para Certeau (2001) procedimentos populares que estão nas ações cotidianas jogam com os mecanismos de controle e disciplina, são tecnologias mudas que se engendram

em táticas e astúcias e vão golpeando, caçando sem autorização, para, a partir destas práticas, inventar suas vidas. Tais procedimentos são minúsculos e se inserem no âmbito de uma micropolítica que se movimenta na prática, no movimento e no deslocamento das forças moleculares (DELEUZE; PARNET, 1998). Adolescentes e jovens HSH e profissionais de saúde utilizam deste recurso na produção do cuidado.

A vivência da homossexualidade associada à sorologia reagente para o HIV desloca o sentido da vida, marcada, por exemplo, pela heteronormatividade e sexualidade conservadora como norma social. Os adolescentes e jovens HSH, nas palavras de Certeau (2001) vão praticando o espaço, inventando e buscando potencializar suas vidas, em cruzamentos de móveis e lançando mão da astúcia, já que não podem sempre acessar os lugares estabelecidos que possuem um próprio e um modelo. Estes jovens, assim, vão produzindo seu território existencial e este território é constituído de uma rede.

Simmel (2006) afirma que a interação entre indivíduos é a própria sociedade, e aquela é condicionada por impulsos ou busca de certas finalidades. Instintos, interesses, ajuda, jogo, impulsionam o indivíduo ao convívio com o outro, exercendo efeitos e sofrendo efeitos. A sociação, então, é a forma como os indivíduos exercem seus interesses para com o outro por meio de uma unidade que se realizam e formam a base da sociedade humana.

A afirmação de Simmel coaduna com a ideia de uma teoria das redes que a pesquisa busca se fundamentar, é na interação segundo os interesses dos indivíduos que se re-

lacionam que caracterizam uma sociedade. O conceito de socialização, todavia, fundamenta uma rede de interações que possuem objetivos comuns marcados pelo desejo dos seus constituintes de se influenciarem. A teoria das redes, como arquitetura de pesquisa, pode lançar mão do conceito simmeliano de socialização para pensar as redes de apoio dos jovens HSH que vivem com HIV/aids, ao se indagar: quais os interesses, as motivações dos sujeitos nesta rede social de apoio?

Elias (2008) contesta a ideia de um indivíduo concebido estaticamente e o posiciona no entrelaçamento incessante e irreduzível, assumindo a forma que lhe é específica dentro e através de relações com os outros. Complementa, ainda, que esta rede só é compreensível em termos da maneira como os indivíduos se ligam, de sua relação recíproca.

Compreender, pois, o fenômeno do recrudescimento da epidemia de aids entre adolescentes e jovens HSH de 15 a 24 anos na realidade brasileira requer que analisemos as redes as quais eles estão inseridos e atuantes, praticando seus espaços e inventando suas vidas. Elementos de ordem micro (cotidianos, moleculares), como de ordem macro (política nacional de aids, dispensação de medicamentos, normas regulamentadoras), todos entrelaçados, darão pistas para a compreensão do fenômeno.

As redes humanas com muitas unidades originam uma ordem que não pode ser estudada pelas unidades individualmente. As redes existem antes dos indivíduos, ele ajuda a formá-las nas relações que de forma ininterrupta tece e destece as ligações.

A norma que tratava Foucault (2016) em seu conceito de biopoder, biopolítica, é construída nas relações e pode

estabelecer conexão com o conceito de ordem de Elias. A norma não é construída de forma asséptica ou de um arroubo metafísico, ela se constitui no tensionamento, nos encontros, nas relações de forças que se engendram nas relações, diria, também, nas redes humanas. Foucault (2004) refere-se ao saber que domina um histórico de luta, os saberes desqualificados (subordinados a norma ou a ordem) das pessoas jaz na memória dos combates.

Estes saberes que são subordinados à ordem emergem no estudo das redes, principalmente quando lidamos com sujeitos ordinários que inscrevem no próprio corpo as insígnias de uma vida com HIV/aids e uma sexualidade que destoa da heteronormativa. As redes, mesmo as de apoio, não são brandas e estáticas, mas tecem e destecem as relações de saber e poder que os sujeitos emaranhados vão engendrando.

Deleuze e Guattari (2004) apresentam o conceito de rizoma, um mapa com linhas entrelaçadas sem começo e nem fim, sempre aberto a novas conexões que são tecidas de forma ininterrupta, sem ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo, modificado constantemente e que, um acontecimento microscópico, pode estremecer o equilíbrio do poder local. Para os autores, a vida se engendra desta forma, sem conseguir submeter os sujeitos, que estão sempre em transformação, atravessados por devires. O conceito de rizoma será uma ferramenta importante de análise para compreender os processos de subjetivação dos adolescentes e jovens HSH, objeto disparador desta pesquisa, bem como, dos profissionais de saúde, familiares, amigos, entre outros.

“A pessoa individual não é um começo e suas relações com as outras não têm origens primevas” (ELIAS, 2008, p.35), esta afirmação vem corroborar com o conceito de rizoma de Deleuze e Guattari. Elias (2008) ainda acrescenta que são os entrelaçamentos incessantes e sem começo que constroem a forma que chamamos de ser humano individual, mediante interação com os outros e um fluxo contínuo de necessidades, desejos, numa alternância de dar e receber.

A interação social, em relações ininterruptas, vão produzindo, sempre, novas formações, “novas regras, mas nunca é de um só golpe, numa frase ou numa criação, mas em ‘tijolos’, com a sobrevivência, o deslocamento, a reativação de antigos elementos (não seguimos uma linha reta e serializada de progresso) que subsistem sob as novas regras” (DELEUZE, 2006, p.32).

Segundo Elias (2008), falta-nos modelos conceituais que tornem compreensíveis como um grande número de indivíduos forma uma “sociedade” e como sucede as modificações de maneiras específicas, sem pretensão ou planejamento por qualquer dos indivíduos que a compõem. A Análise das Redes Sociais (ARS) é uma estratégia de visibilizar estas interações sociais e compreender o funcionamento da dinâmica destas redes,

O conceito de redes, polissêmico, é utilizado por diversas correntes de pensamento tanto no campo das ciências sociais como de outras tradições de conhecimento. A confecção e estudo de redes para a compreensão dos problemas sociológicos remontam aos anos 30 do século XX. No entanto, a aparição do conceito de rede social (*social network*) como ferramenta para analisar a estruturação e interação

dos pescadores de uma pequena comunidade está referendada na produção do antropólogo britânico John Barnes. Para o autor a vida social estava estruturada em teias de relações entre os pontos (nós). (FIALHO, 2015).

A rede é composta de “nós”, que são os elementos da rede, identificados pelas relações que possuem com o “ego”. Os “laços” são as relações entre os “nós” da rede e podem adquirir uma multiplicidade de características. As redes egocentradas (*egocentric network*) tem o “ego”, um sujeito, como disparador das relações da rede social, ele que informa os laços constitutivos da rede. Para operacionalizar, a análise de redes sociais sintetiza-se em algumas questões, tais como: Quem? O quê? Como? – Quem faz parte das redes? Quais os conteúdos dos fluxos das redes? Quais as normas que regulam sua ação? (PORTUGAL, 2007).

Granovetter (1972, 1982) cria os conceitos de laços fortes e laços fracos. Laços fortes são aquelas relações mais próximas, geralmente no âmbito familiar, são relações com alto nível de credibilidade e influência, são relações antigas, intensidade emocional e intimidade, comumente participam de um mesmo círculo social. Os laços fracos são laços mais fluidos, permitem estabelecer pontes com distintos grupos sociais, estes laços são responsáveis pelas inovações, permite o trânsito num tecido social.

Nas ARS o conceito de capital social é caro, principalmente quando o sociólogo Coleman (1988, 1990) localizou o capital social na relação entre as pessoas, não podendo ser um atributo meramente individual. O capital social é produtivo, permitindo que se realize algumas ações que sem ele não seria possível. Para Bourdieu (2008) o capital social

é um conjunto de recursos que estão associados a uma rede durável de relações com interconhecimento e de inter-reconhecimento. Um indivíduo possui tanto mais capital social quanto a extensão de uma rede de relações que ele pode mobilizar e do volume do capital que está associado aos seus contatos. Assim, as redes de relações não são um dado natural, ou mesmo um dado social, mas um trabalho constante de instauração e de manutenção para aferir vantagens materiais ou simbólicas.

Robert Putnam (2000), herdeiro de Coleman, posiciona o capital social presente nas relações, mas sublinha uma dimensão normativa. O capital social é produzido pelas redes sociais, normas de confiança e reciprocidade. As instituições mais simples e cotidianas possuem capital social e a associação a elas pode aumentar o capital social dos indivíduos. “Assim, se para Bourdieu e Coleman a questão é ‘o que minha rede de relações pode fazer por mim?’, para Putnam é ‘em que medida todos podemos nos beneficiar de uma rede social ampla com normas e confianças associadas?’” (PORTUGAL, 2007, p.19).

As redes de apoio social estão relacionadas aos aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais, compreendidos em quatro tipos: apoio emocional, que envolve expressões de amor e afeição; apoio instrumental ou material que se refere aos auxílios concretos como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos; apoio de informação que compreende informações, aconselhamentos, sugestões, orientações; interação social positiva que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar (DUE et al, 1999).

Em artigo recentemente publicado, os resultados apontaram que as principais fontes de suporte para as pessoas vivendo com HIV/aids foram familiares e amigos que não residem com a pessoa; o medo do estigma e preconceito esconde a condição sorológica; o suporte do profissional de saúde interfere na adesão ao tratamento; rede social de apoio permite a redução de estigma e discriminação decorrente da doença; o suporte melhora o auto cuidado, a qualidade de vida e afastam sentimentos de incapacidade. De uma maneira geral as pessoas vivendo com HIV/aids possuem suporte social disponível e satisfatório (PEDROSA et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados referentes ao crescimento da epidemia de aids entre os adolescentes e jovens estão visíveis, saltam aos olhos. Esta visibilidade certamente fará avançar as pesquisas sobre este segmento populacional. A complexidade dos territórios em que os sujeitos estão diretamente envolvidos pela epidemia de HIV/aids fomenta uma multiplicidade de métodos e ferramentas para produzir saberes que estejam implicados à problemática.

A observância dos protocolos de cuidado e a quantificação destas vidas por si só não são capazes de aprofundar a temática que requer articular as redes sociais (vivas) que estes jovens vivendo com HIV/aids tecem e, ainda, dos profissionais de saúde, familiares e amigos. Para a construção dessas redes sociais é preciso vivenciar o cotidiano comum

destes sujeitos e compreender os processos de subjetivação para, a partir deste material, produzido coletivamente, propor estratégias de construção de políticas públicas, afinadas com a vida ordinária de cada sujeito entranhado neste território vivo.

As pistas para uma futura pesquisa são: a) mapear a rede de apoio social dos jovens HSH de 15 a 24 anos que vivem com HIV/aids; b) conhecer os tipos de apoio prestados pelos membros praticantes dessa rede aos pacientes em tratamento nos SAE; c) analisar as relações que os usuários do serviço estabelecem com os profissionais de saúde, seus familiares e demais cuidadores; d) identificar as relações de força e os processos de subjetivação dos sujeitos componentes das redes sociais de apoio.

Estas pistas, no entanto, não se referem a uma prescrição. A temática é complexa e articula uma multiplicidade de elementos. As pesquisas podem se orientar pela transdisciplinaridade, sorver o que for potente das diversas tradições do conhecimento. A Saúde Coletiva, a Sociologia e a Filosofia da Diferença possuem ferramentas que podem nos ajudar a pensar o fenômeno do recrudescimento da epidemia de HIV/aids entre adolescentes e jovens e esta é nossa provocação para disparar processos que escapem do processo normalizador e de medicalização.

Bibliografia Básica

BOTT, E. **Família e rede social**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editor, 1976.

BOURDIEU, P. o capital social - notas provisórias. IN: BOURDIEU, P. **Escritos de Educação**. 10ª ed. Petrópolis / RJ: Vozes, 2008.

BOURDIEU, P; CHAMBOREDON, J.C.; PASSERON, J.C.. **Ofício de Sociólogo – Metodologia da Pesquisa na Sociologia**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/Aids dos Municípios Brasileiros**. Brasília/

DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/aids/>>. Acesso em: 18 de jan. 2017.

BRIGNOL, S. M. S. et al. Social networks of men who have sex with men: a study of recruitment chains using Respondent Driven Sampling in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2015, vol.31, suppl.1, pp.170-181.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Fortaleza/CE, 2016.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano – 1. Artes de fazer**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001.

COLEMAN, J. Social capital in the creation of human capital. **American Journal of Sociology**, n. 94, p.95-120, 1988

_____. *Foundations of Social Theory*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 1990.

CORRÊA, S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. IN: ABIA, **Mito VS Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro / RJ, 2016.

CUNHA, R. B. B.; GOMES, R. Sentidos atribuídos aos cuidados de saúde e à prevenção de DST/Aids em específico por jovens gays. **Physis**. vol. 26, n.3, 2016 pp.807-828.

DELEUZE, G. **Espinosa: Filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

_____. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia. V.1**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Kafka: por uma literatura menor**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2015.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução de Eloisa A. Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

DUE, P. et al. Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, n. 48, 1999, p.661-673

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc Saude**. 2005; v. 2, n.2, p. 6-7.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

FIALHO, J. Pressupostos para a construção de uma sociologia das redes sociais. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Vol. 29, 2015, pág. 59-79.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir – Nascimento da Prisão**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2004.

_____. **Em Defesa da Sociedade – Curso do Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

FRANCO, T. B. As redes vivas e o cuidado em saúde; a pesquisa se faz ao pesquisar. In: JORGE, M. S. .B et al (orgs). **Práticas, potencialidades e desafios na produção do cuidado em saúde: cartografia nos territórios da rede cegonha e rede oncológica**. Ananindeua: Itacaiúnas, 2016.

GRANGEIRO, A; CASTANHEIRA, E.R.; NEMES, M.I.B. **A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 19, n. 52, p. 5-8, Mar. 2015.

GRANJEIRO, A. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil IN: **ABIA, Mito VS Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro / RJ, 2016.

GRANOVETTER, M. S. **The Strength of Weak Ties**. **American Journal of Sociology**, volume 78, Issue 6, May, 1973, p.1360-1380. Disponível em https://sociology.stanford.edu/sites/default/files/publications/the_strength_of_weak_ties_and_exch_w-gans.pdf. Acesso em 19 jan. 2017.

_____, M. S. The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited, in Peter V. Marsden; Nan Lin (orgs.), **Social Structure and Network Analysis**. Beverly Hills: Sage, 105-130, 1982.

GONCALVES, T. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, v. 16, n. 3, p. 1755-1769.

PEDROSA, S. C. et al. Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. **Texto Contexto Enferm**. v. 25, n. 4, 2016.

PORTUGAL, Sílvia. **Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica**. Oficina do CES, nº 271. Março, 2007. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/271.pdf>>. Acesso em 17 jan 2017.

PUTNAM, R. D. *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster, 2000.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental** - Transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Ed. Estação Liberdade, 1989.

SIMMEL, G. **Questões fundamentais de sociologia: indivíduo e sociedade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SPINK, M. J. P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saude soc.**, vol.24, suppl.1, 2015. pp.115-123.

UNAIDS. **Global aids update**, Switzerland, 2016.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface (Botucatu)**., vol.20, n.57, 2016 pp.293-304.

ULPIANO, Claudio. **Plano de imanência**: esse turbilhão de luz, 2016. Disponível em: <<http://claudioulpiano.org.br/aulas-transcritas/aula-de-19071995-plano-de-imanencia-um-fulgor-de-luz-dourada/>>. Acesso em: 06 nov. 2016.

UNICEF. **Projeto Fique Sabendo Jovem é lançado em Fortaleza**, 2013. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/media_26472.html/>. Acesso em: 18 de jan. 2017.

WHO. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key population**. Switzerland, July 2014

ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO E A RELAÇÃO COM A SÍNDROME DA FRAGILIDADE.

Cíntia Lira Borges Pedrosa

José Wellington de Oliveira

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento atinge os países desenvolvidos e em desenvolvimento em âmbito mundial. Assim, envelhecer não é mais um privilégio, mas uma realidade vivenciada e em constante modificação, principalmente no que tange as questões relacionadas à saúde pública. Nesse prisma, estudiosos e outros profissionais dessa área tem reunido esforços para debater e enfrentar esse novo desafio.

Dados estatísticos tem mostrado que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 8% (200 milhões) em 1950 para 11% (760 milhões) em 2011, podendo chegar em 22% (2 bilhões) em 2050. Entre 2010 e 2050, a população total terá um aumento de 2 bilhões, enquanto que a população idosa aumentará em 1,3 bilhão (WORLD ECONOMIC FORUM, 2012). Isso denota um crescimento acelerado e progressivo, o qual merece atenção da comunidade geriátrica, gerontológica, da sociedade civil e do Estado.

O Brasil, não diferente de outros países, passa por uma transição de sua estrutura demográfica e epidemiológica. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma criança nascida no ano de 1960 alcançaria viver em média 48 anos. Em meio século, esse valor sofreu um acréscimo de 25,4 anos, atingindo 73,4 anos em 2010. Além disso, o número médio de filhos de uma mulher no ano de 1960 era de 6,3 filhos, passando para 1,9 filho em 2010 e 2011 (IBGE, 2012; IBGE, 2012a). Essa mudança de perfil demográfico marca um declínio dos níveis de mortalidade, de fecundidade e o aumento da expectativa de vida.

A partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2011, a população brasileira era constituída de 195.243.000 pessoas, destas 23.536.000 eram idosos, o que correspondia a uma taxa 12,1% (IBGE, 2011). Em 2012, os idosos passaram a representar 12,6% da população do país (IBGE, 2013). Destaca-se que o índice de envelhecimento é calculado pela razão entre o grupo de idosos (idade igual ou superior a 60 anos) e o grupo de jovens menores de 15 anos, sendo a população considerada envelhecida quando a razão é maior que 1, ou seja, quando o número de jovens for menor que o de idosos (IBGE, 2010; MOREIRA, 1998). O cálculo do índice de envelhecimento, em 2012, (porcentagem de idosos: 12,6% / porcentagem de jovens <15 anos: 22,9%) (IBGE, 2013), resulta em 0,55%, o que ainda não caracteriza o país como envelhecido, apesar do rápido crescimento desse contingente populacional.

Em 2050, o Brasil terá, aproximadamente, 30% de sua população constituída de pessoas com idade igual ou maior

de 60 anos, superando o crescimento de países como os Estados Unidos da América e a Índia (WORLD ECONOMIC FORUM, 2012). Destaca-se que enquanto um país desenvolvido como a França demorou mais de um século para aumentar a proporção de idosos de 7% para 14%, o Brasil, a China e a Tailândia conseguiram em cerca de 20 anos (WHO, 2012).

Concomitantemente a esta transição demográfica, estão as mudanças epidemiológicas relacionadas ao aumento da prevalência das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, responsáveis pelas mortes precoces, que são, principalmente, as doenças cardíacas isquêmicas e cerebrovasculares e a doença pulmonar obstrutiva crônica, além das doenças geradoras de incapacidades na velhice, relacionadas à diminuição da visão ou cegueira, às demências, à hipoaúscia, às osteoartrites, à depressão, entre outros (WHO, 2012).

Várias definições têm sido elaboradas acerca do envelhecimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por exemplo, define como sendo um processo fisiológico que começa na concepção e ocasiona mudanças, características para a espécie humana, durante todo o ciclo da vida, com consequências múltiplas e distintas para cada indivíduo (OMS, 1974). Além disso, pode ser compreendido como um processo natural, que em condições normais, fisiológicas, é chamado de senescência, e na presença de doenças, acidentes e estresse emocional, é denominado senilidade e requer assistência (BRASIL, 2010). Algumas condições anormais contribuem para o estado de senilidade e favorecem o comprometimento da autonomia e independência da

pessoa idosa. Entre elas, estão as incapacidades, os declínios na capacidade e no desempenho funcional, as quedas e as internações frequentes, a institucionalização, os déficits cognitivos, a depressão e, conseqüentemente, as fragilidades.

Todas as adversidades citadas corroboram para o aumento da demanda por serviços de saúde exigindo mais competência e habilidades dos profissionais, como também mais organização e especialidades para atender esse contingente que está em constante crescimento. No entanto, muitos países emergentes, como o Brasil, Chile, Tailândia, México, China, entre outros, não estão preparados para atender essa nova mudança.

Todavia, a preocupação, em escala mundial, volta-se para uma síndrome que atinge a população idosa em largo espectro, a síndrome da fragilidade. Esse distúrbio complexo apresenta riscos elevados para desfechos clínicos diversos, tais como: dependência, institucionalização, quedas, piora do quadro de doenças crônicas, doenças agudas, hospitalização, lenta ou ausente recuperação de um quadro clínico e morte; aspectos estes que caracterizam os idosos frágeis (BERGMAN et al., 2004; FABRICIO-WEHBE, 2008; KARUNANANTHAN et al., 2009; FRIED et al., 2010).

A literatura sobre fragilidade está cada vez mais abrangente em âmbito mundial. O alerta deve ser feito para o aumento das produções brasileiras, uma vez que, em 2050, o Brasil terá 64 milhões de pessoas idosas (UNITED NATIONS, 2009) e, conseqüentemente, maior probabilidade destas desenvolverem fragilidades, bem como o sistema de saúde, do nível primário ao terciário, não está preparado

para lidar com este fenômeno. Assegurar assistência ao idoso frágil requer planejamento em saúde, políticas públicas e uma equipe multi e interdisciplinar.

A identificação dessa síndrome tem sido aprimorada pela elaboração de instrumentos que incluem aspectos e fatores de risco associados à fragilidade. No Brasil, os estudos têm sido realizados detectando a fragilidade por meio do fenótipo apresentado por Fried et al. (2001), como no estudo da REDE FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) e SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento), e por intermédio da escala de fragilidade de Edmonton (EFE) que já foi traduzida, adaptada e validada para o Brasil por Fabricio-Whebe (2008). Mais recentemente pelos instrumentos Tilburg Frailty Indicator (TFI) (SANTIAGO, 2012), Kihon Checklist (SAMPAIO et al., 2013) e Groningen Frailty Indicator (GFI) (BORGES, 2013).

Assim sendo, a aplicação de uma escala para detecção de fragilidades pode contribuir para postergar os danos da velhice e da síndrome, possibilitando melhor assistência em saúde, qualidade de vida, envelhecimento ativo e elaboração de políticas públicas específicas para idosos frágeis ou em estado de fragilização.

DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento desse trabalho está dividido em dois tópicos que abordam questões relacionadas aos fatores físicos, sociais, psicológicos e emocionais que envolvem a síndrome da fragilidade e as intervenções na área da saúde.

Fatores associados a atividades de vida diária e problemas de saúde em idosos frágeis

Discutir esses fatores é pensar em incapacidades e deficiências que podem gerar resultados negativos em saúde, como comorbidades, internações frequentes e prolongadas, complicações iatrogênicas, declínio funcional e institucionalização (BRASIL, 2010; FRIED et al., 2001; FABRICIO-WHEBE, 2008; DRUBBEL et al., 2013; ROCKWOOD et al., 1994; ANDELA et al., 2010).

No contexto de problemas de saúde, é necessário relacionar comorbidades, a qual se constitui de fator crucial que acompanhado da fragilidade contribui para maiores índices de mortalidade. De maneira geral, a maioria dos idosos frágeis possui alguma comorbidade (WILHELM-LEEN et al., 2013; FRIED et al., 2001; MURAD; KITZMAN, 2012; WEISS, 2011; HILMER et al., 2009).

Porém, não é regra que ambas estejam correlacionadas (WEISS, 2011); é certo que são manifestações clínicas de dois processos distintos relacionados ao envelhecimento, estando associadas com a diminuição de reservas fisiológicas e com o acúmulo de processos patológicos (MURAD; KITZMAN, 2012). A fragilidade é menos prevalente do que a comorbidade (WEISS, 2011), no entanto, quando se sobrepõem levam ao comprometimento da qualidade de vida e do estado funcional, resultando em incapacidade, hospitalização, institucionalização e, eventualmente, a morte (MURAD; KITZMAN, 2012). A prevalência de doenças crônicas é o dobro em mulheres mais velhas e frágeis (WEISS, 2011), e os idosos frágeis portadores de mais

de uma comorbidade tem maior risco de mortalidade (WILHELM-LEEN et al., 2013).

Atenta-se para quanto mais precoce for a prevenção, com exames de rotina e consultas anuais para checar as condições de saúde, bem como assumir um estilo de vida saudável desde criança e jovem, mais eficaz será o controle e a identificação dos fatores de risco ao longo do curso de vida e, mais provavelmente, será evitado ou postergado o surgimento de comorbidades e fragilidades.

Para o controle dessas afecções crônicas, muitas vezes, é necessário o uso intensivo de medicamentos. O organismo ao envelhecer padece de inúmeras alterações morfológicas e funcionais que afetam vários sistemas. Uma das consequências desse processo são as modificações na farmacodinâmica e farmacocinética, o que gera ajustes na posologia e dosagem dos fármacos, além do monitoramento contínuo das dosagens séricas e seus metabólitos, enzimas, entre outros (OLIVEIRA, 2008).

Existem muitas evidências que identificam forte relação entre o consumo de medicamentos e a fragilidade entre idosos. Os estudos se referem, principalmente, ao consumo exacerbado de medicamentos, ou polifarmácia, por idosos severamente mais frágeis (FOCHAT et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2009; VIEIRA et al., 2013; HILMER et al., 2009).

Em um estudo realizado na Holanda, em dois hospitais nas enfermarias de traumatologia, pneumologia e reumatologia, nas clínicas de cuidados intensivos e cirúrgicos e no centro geriátrico, identificou-se que a fragilidade variou

conforme a situação e o diagnóstico clínico, sendo mais prevalente em ordem crescente no centro geriátrico (100%), na clínica de medicina interna (80%), na clínica cirúrgica (70%), na enfermaria de pneumologia/reumatologia (70%) e traumatologia (50%) (ANDELA et al., 2010). Destaca-se que nas alas de traumatologia, reumatologia/pneumologia e ala cirúrgica a ingestão de quatro ou mais tipos diferentes de medicamentos foi positiva para a maior parte dos idosos frágeis (ANDELA et al., 2010), denotando a tendência do uso exacerbado de medicamentos na faixa etária idosa, principalmente, quando na presença de condições agudas e crônicas em saúde.

Do contrário, a subprescrição, que consiste na omissão da terapia farmacológica indicada para o tratamento ou prevenção de uma doença ou condição, tem se tornado cada vez mais comum (CHERUHINI et al., 2012). Esta é marcada pelo medo de prescrever determinadas medicações, pela prática da subdose ou da prescrição de quantidades inferiores de medicamentos, acarretando danos e até mesmo a morte do idoso por falhas. Isso se deve à maior susceptibilidade dos idosos apresentarem reações adversas com flutuações dos níveis séricos das drogas quando comparados com pacientes mais jovens, tornando-se difícil a prática de prescrever (CHERUHINI et al., 2012). Supõe-se que isso decorre da falta de atualização, conhecimento e experiência clínica de alguns profissionais médicos na área.

Exemplo de subprescrição ocorreu em um estudo, nos Estados Unidos, com idosos frágeis portadores de fibrilação atrial sem valvulopatia, onde se analisou a utilização da terapia de antiagregação com ácido acetilsalicílico em com-

paração com terapia de anticoagulação com varfarina e a prevenção de desfechos isquêmicos (GAGE et al., 2000). Foi constatado que somente 57% (327) dos pacientes foram beneficiados com a terapia de anticoagulação, o restante não recebeu tal terapia, evidenciando a subutilização da droga ao medo empírico do aumento da frequência de eventos hemorrágicos, o que poderia ser catastrófico nesta população. No entanto, é sabido que existem critérios bem definidos para terapia de anticoagulação e que os benefícios são extraordinários. Nesse mesmo estudo, foi confirmada a redução do risco relativo para acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório e infarto agudo do miocárdio em 24% dos pacientes que receberam varfarina e em 5% dos que receberam ácido acetilsalicílico (GAGE et al., 2000). Mais uma vez, corrobora-se que tanto a subprescrição quanto a polifarmácia facilitam a presença de desfechos desfavoráveis nesta população.

De toda forma, a abordagem de fármacos para evitar danos da fragilidade tem se estendido com a finalidade de ampliar o tratamento e a recuperação de idosos frágeis. Assim, múltiplas medicações podem ser necessárias em muitas ocasiões, no entanto, a farmacoterapia precisa ser supervisionada no intuito de controlar eventos adversos, redundâncias terapêuticas, interações medicamentosas, iatrogenias, internações e gastos desnecessários (OLIVEIRA et al., 2009).

A supervisão precisa ser redobrada no caso da fragilidade, pois uma terapia com diuréticos em idosos frágeis, por exemplo, pode gerar facilmente incontinência urinária, desequilíbrio eletrolítico, progressão da disfunção renal, *de-*

lirium e quedas; assim como a terapia com vasodilatadores pode ocasionar mais facilmente a hipotensão ortostática (WILHELM-LEEN et al., 2013).

Por outro lado, os tratamentos disponíveis para fragilidade que utilizam antagonistas do TNF- α (fator de necrose tumoral-alfa), como um agente antirreumático, podem reduzir efetivamente os sintomas sistêmicos de artrite reumatoide, semelhantes aos observados na fragilidade, incluindo fraqueza e fadiga (CRISCIONE; CLAIR, 2002).

A utilização de reposição hormonal, por exemplo, pode ser uma intervenção para melhorar massa muscular, força e circulação, apesar de não ter eficácia testada e, somente, ser prescrita quando na presença de deficiências clínicas (KO, 2011). Vários estudos têm demonstrado que a reposição com testosterona, também, pode causar a hipertrofia muscular e aumentar massa magra e resistência (SATTLER et al., 2009), porém exerce efeitos negativos associados a hipertrofia da próstata e hiperlipidemia (KO, 2011).

Além disso, sabe-se que a reposição de vitamina D tem efeito protetor sobre a massa óssea, aumenta a força e a função muscular, evitando quedas e fraturas de quadril (SARAIVA et al., 2007; BISCHOFF-FERRARI et al., 2009), entretanto não há eficácia no âmbito da fragilidade. Apesar disso, um estudo realizado nos Estados Unidos, com idosos com idade >60 anos, concluiu que as concentrações de vitamina D eram bem menores em participantes frágeis do que nos pré-frágeis e não frágeis. Os idosos com baixas concentrações da vitamina apresentavam 1,97% de chance de serem frágeis e 1,57% de serem pré-frágeis. O estudo mostrou, também, que os idosos não frágeis com baixos ní-

veis de Vitamina D tinham 1,25% mais chances de morte (SMIT et al., 2012).

Do mesmo modo, a administração de GH (hormônio do crescimento) para idosos com níveis baixos de IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1) aumenta a massa muscular e a densidade mineral óssea, porém ainda tem efeito desconhecido no que diz respeito à fragilidade (SAVINE; SONKSEN, 2000).

Uma das características definidoras da síndrome é a perda de peso não intencional, principalmente, após os 70 anos de idade (FRIED et al., 2001; XUE, 2011; FABRÍCIO-WEHBE, 2008). Entretanto, estudos recentes tem classificado a obesidade associada à deficiência e a componentes que aceleram fatores inflamatórios e possuem baixa capacidade antioxidante (HUBBARD et al., 2010).

O cálculo do Índice de Massa Corporal ($IMC > 29 \text{ kg/m}^2$), e a medida da circunferência abdominal (102cm para homens/ 88cm para mulheres), mesmo para aqueles idosos com baixo peso, mas que apresentam obesidade central, são importantes marcadores da presença de fragilidade e critério para a síndrome metabólica, favorecendo desfechos clínicos cardiovasculares. Isso remete a viabilidade de dietas e exercícios para idosos frágeis e não frágeis. Assim, tanto a desnutrição quanto a obesidade devem ser vistas como potenciais marcadores ou sinais de fragilidade (TOPINKOVÁ, 2008).

A partir dos 50 anos de idade, ocorre um declínio progressivo do nível de força e perda muscular, caracterizando a sarcopenia (CORNEL, 2012). Somado a isto, o resultado do modo de vida do indivíduo quando mais jovem, marcado

por sedentarismo e inadequados hábitos alimentares, pode acarretar baixo desempenho funcional, fraqueza (XUE, 2011), incapacidades, deficiências e fragilidades.

A causa da fragilidade em idosos não depende, somente, da idade biológica (SCHUURMANS et al., 2004), mas de mudanças associadas a doenças neuromusculares, endócrinas e de fatores inflamatórios que podem contribuir, de forma independente da idade, para a vulnerabilidade e negativos resultados de saúde em idosos (KO, 2011). Essas mudanças estão intimamente associadas a hábitos de vida de risco que aceleram o desgaste físico e o surgimento precoce de comorbidades, cooperando para pior qualidade de vida na velhice.

Todavia, a literatura científica sobre intervenções em idosos frágeis, refere que o treinamento físico regular melhora a força muscular, a capacidade aeróbica, o equilíbrio, a mobilidade e reduz quedas em idosos (CHIN et al., 1999), além de melhoria no desempenho das atividades de vida diária, adiamento de deficiências (LIU; FIELDING, 2011) e reduções de mediadores inflamatórios (NICKLAS; BRINKLEY, 2009). Portanto, a atividade física ou o exercício regular podem ser propostos como estratégia preventiva para fragilidade e seus efeitos adversos, exercendo duas funções principais: aumento do consumo máximo de oxigênio e aumento da massa muscular (LIU; FIELDING, 2011).

Uma revisão sistemática que avaliou 23 tipos diferentes de programas de treinamento físico para idosos encontrou que 14 desses estudos demonstraram um efeito benéfico do exercício sobre o desempenho funcional em idosos propensos à fragilidade, porém 5 estudos não mostraram um bene-

fício significativo de exercício em uma população altamente frágil, sugerindo que o grau de fragilidade pode influenciar na eficácia dos programas de exercícios (CHIN et al., 1999). Logo, o treinamento físico melhora o desempenho funcional, a qualidade de vida, a saúde emocional e previne quedas em pacientes frágeis; embora as evidências sugiram que um planejamento de exercícios para idosos mais frágeis e gravemente debilitados pode ser limitado (KO, 2011).

A suplementação protéico-energética, sobretudo, em idosos frágeis com situação socioeconômica baixa, também, pode reduzir a progressão do declínio funcional, podendo proporcionar aumento da capacidade fisiológica e do desempenho funcional (KIM; LEE, 2012). Apesar disso, os pacientes frágeis podem ter acesso limitado a alimentos saudáveis, ao acompanhamento médico, principalmente, nos países em desenvolvimento; bem como são menos propensos a aderir a dietas e ao tratamento medicamentoso, reduzindo a gestão de determinadas comorbidades, e, conseqüentemente, propiciando o avanço da gravidade da fragilidade (WILHELM-LEEN et al., 2013).

Outro aspecto importante que tem relação significativa com a fragilidade é a acuidade visual diminuída. Na velhice, ocorre a diminuição dos números de sensores proprioceptivos nos músculos oculares, menos luz é transmitida à retina, surge a presbiopia, a perda do campo visual, a alteração da visão periférica, diminuindo as sensações de posição e corpo no espaço (ALFIERI; MORAES, 2008), propiciando a perda do equilíbrio e da coordenação e em quedas. Nos idosos frágeis a perda da visão corresponde ao declínio funcional, dependência e perda de autonomia. A

detecção precoce por meio de encaminhamentos para consultas oftalmológicas e o uso de lentes corretivas, pode reduzir esses efeitos adversos.

Inúmeras são as estratégias de aplicação para redução de danos em idosos portadores de acuidade visual diminuída, entre elas pode-se citar a adaptação ao ambiente como forma de minimizar o declínio da capacidade e desempenho funcional e a ocorrência de quedas. Um estudo realizado na China comprovou que a deficiência visual não era o principal fator para piora da qualidade de vida, mas sim a adaptação psicossocial e ambiental (WANG; CHAN, 2009). Portanto, adaptações realizadas no ambiente, como a acomodação de gêneros alimentícios e objetos de uso diário em locais de fácil acesso, a ausência de escadas e banquinhos, a orientação para reorganização do ambiente interno com o consentimento do idoso e da família, a iluminação adequada, a colocação de corrimãos bilaterais para apoio, a retirada de tapetes, a colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros, o uso de banheiras, o banho de assento, quando na presença da instabilidade postural (BRASIL, 2010), o suporte da família e do cuidador, a fortificação da relação com os vizinhos e a rede de apoio local, são medidas que beneficiam a adaptação do idoso a nova condição do déficit visual e ao ambiente.

A acuidade auditiva diminuída e a sua influência sobre as atividades de vida diária do idoso, é outra variável dependente de fragilidade (NOGUEIRA et al., 2012) e de baixo desempenho funcional (VERAS et al., 2007). A perda da audição está relacionada à percepção comprometida de sons de alta, média e baixa intensidade, levando a uma reduzi-

da compreensão dos vários sons do meio ambiente (NOGUEIRA et al., 2012). É comum na velhice a presbiacusia, classificada como a perda progressiva da capacidade de diferenciar sons de alta frequência (BRASIL, 2010). Essas alterações podem gerar sentimentos de ansiedade, angústia, instabilidade, isolamento social e depressão (MILLS, 2003; NOGUEIRA et al., 2012).

O uso de órteses e técnicas de reabilitação podem solucionar parcialmente o problema de *déficits* auditivos naqueles indivíduos que se beneficiarem com a terapia. Entretanto, muitos não têm acesso a esse tipo de tecnologia e não fazem uso, seja pelo preconceito, alto custo, dificuldade de lidar com os controles e pelo pequeno benefício em locais ruidosos (MILLS, 2003).

Déficit cognitivo e fragilidade caminham lado a lado como mostrado em muitos estudos (FERREIRA, 2011; JACOBS et al., 2011; AVILA-FUNES et al., 2009; BILOTTAAB et al., 2012; NERI et al., 2013). O *déficit* cognitivo pode manifestar-se durante a velhice com início e progressões inerentes a cada indivíduo, relacionando-se às perdas biológicas nesse período (FERREIRA, 2011). Estudos afirmam que a cognição evolui conforme o aumento da idade (FERREIRA, 2011), e está diretamente relacionado à fragilidade (HILMER et al., 2009). Além disso, os indivíduos frágeis com comprometimento cognitivo apresentam maiores taxas de mortalidade (JACOBS et al., 2011; AVILA-FUNES et al., 2009).

As principais causas de declínio cognitivo são as demências. Um estudo com 109 idosos diagnosticados com a Doença de Alzheimer (DA), na Itália, confirmou que os

mais frágeis possuíam mais comorbidades, níveis mais elevados de declínio cognitivo, dependência para as atividades de vida diária; e que a idade avançada e o declínio cognitivo isoladamente aumentam a ocorrência da síndrome (BILOTTAAB et al., 2012).

Sabe-se que a DA e a fragilidade partilham algumas etiologias comuns, preveem resultados semelhantes e têm muitas características clínicas que se sobrepõem. Por exemplo, a fragilidade torna-se mais comum com o aumento da idade assim como na DA. Biomarcadores como intolerância à glicose, aumento de Proteína C Reativa e baixos níveis de Vitamina D também são vistos nas duas afecções. Assim, infere-se que a fragilidade e DA são vias finais comuns resultantes de exposições cumulativas ao longo de vários anos a fatores adversos, muitos deles compartilhados (SAMPSON et al., 2012).

Diversos são os instrumentos tecnológicos para rastreamento cognitivo em idosos. Um deles é o Mini Mental (MEEM). Inúmeras pesquisas que envolvem a síndrome o utilizaram como referência para a validade de constructo de escalas de fragilidade, comprovando a relação do declínio cognitivo e da fragilidade (MACUCO et al., 2012; JACOBS et al., 2011; AVILA-FUNES et al., 2009).

A prova ou teste de fluência verbal também fornece dados acerca da capacidade cognitiva do indivíduo idoso. Esse teste prevê o armazenamento do sistema de memória semântica, da habilidade de recuperar a informação guardada na memória e do processamento das funções executivas, especialmente, aquelas associadas a capacidade de organizar o pensamento e as estratégias utilizadas para a busca

de palavras (BRUCKI et al., 1997; RODRIGUES; YAMASHITA; CHIAPPETTA, 2008). A velocidade psicomotora é outro fator cognitivo importante no exercício da fluência. Pessoas com lentificação do raciocínio podem não obter bom desempenho na prova, sem que, no entanto, haja prejuízo no processo de resgate léxico e semântico (RODRIGUES; YAMASHITA; CHIAPPETTA, 2008).

Outro método de rastreamento cognitivo seria o Teste do Relógio, que está presente na Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), como medida para o domínio cognitivo. É um teste neuropsicológico, com ênfase na detecção de demências; é de fácil aplicação e demanda pouco tempo para execução (ATALAIA-SILVA; LOURENÇO, 2008). No Brasil, porém, dificuldade foi notada para sua aplicação no estudo de Fabricio-Wehbe (2008) com idosos frágeis e não frágeis, em Ribeirão Preto. Observou-se que a aplicação obteve uma alta sensibilidade e baixa especificidade, ou seja, exigiu no mínimo conhecimento dos números, porém, na realidade brasileira, o índice de escolaridade dos idosos é deficitário, o que resulta no baixo desempenho do teste (FABRICIO-WEHBE et al., 2009). Outra pesquisa verificou que o teste é confiável, porém não válido para rastreamento de demência em idosos com quatro ou menos anos de escolaridade formal (LOURENÇO et al., 2008), justificando, mais uma vez, a cautela na aplicabilidade desse teste no Brasil.

É importante citar que a escolaridade no caso do Brasil, influencia no declínio da cognição dos idosos pesquisados, uma vez que é marcada por baixos níveis educacionais. Para se ter uma ideia no país, a maior incidência de

analfabetismo está presente na região Nordeste (17,4%), entre homens com idade acima de 65 anos (27,2%) (IBGE, 2013). Os resultados confirmam a insuficiência da educação nessa região, principalmente, para as pessoas com mais de 55 anos de idade, apontando para o progressivo aumento da população idosa analfabeta a qual não teve facilidade de acesso enquanto jovens, e, na velhice, adquirem obstáculos e limitações que impedem a continuação do processo de aprendizado nas escolas, como barreiras físicas, mentais, comorbidades e falta de estímulo.

É relevante notar, diante da escolaridade dos idosos brasileiros, que o processo de tradução e adaptação transcultural de escalas envolve questões relacionadas à cultura local e ao dinamismo da população, tendo que se levar em consideração cada aspecto associado à regionalidade. Outro ponto é verificar detalhes do local de origem da escala e prevê se o desfecho terá validade em outro contexto. No caso da educação, por exemplo, observar se em uma população com baixa escolaridade, a aplicação da escala poderá gerar resultados falsos positivos, e, em outra, com alto nível de escolaridade, resultados falsos negativos.

No Brasil, o crescente aumento de idosos incapacitados e fragilizados é um importante fator de risco para a institucionalização (CREUTZBERG et al., 2007). Essa realidade é também vivenciada em outros países. Em uma pesquisa na Austrália, por exemplo, 94% dos idosos que moravam em lares para idosos (*"nursing homes"*) eram frágeis, bem como, na Holanda, 77% dos idosos frágeis residiam em instituições, enquanto 46% na comunidade (PETERS et al., 2012). Esses dados fortalecem a institucionalização

como desfecho clínico da fragilidade (FRIED et al., 2001; FABRICIO-WEHBE, 2008; BERGMAN et al., 2004; BORGES et al., 2013a), reforçando a ideia de que os idosos institucionalizados estão mais propensos à fragilidade do que os idosos da comunidade

Seja qual for o ambiente de assistência ao idoso a intenção é evitar baixa autoestima e estimular a independência. No caso dos idosos frágeis, é possível evitar todos esses sentimentos negativos identificando precocemente a síndrome de uma maneira adequada, direta e prática para guiar estratégias de cuidado por toda a equipe multiprofissional.

Nos fatores atividade de vida diária e problemas de saúde, pode-se determinar prioridades de atendimento partindo de um plano de cuidados que inclua estratégias preventivas, serviços de apoio e gestão de medicamentos, encaminhamentos e trabalho multiprofissional para melhora do equilíbrio, da marcha, da resistência, da força e do exercício, avaliação da desnutrição, reconhecimento e gestão da depressão, avaliação da dor, do quadro de imunizações, prevenção de quedas e lesões, controle e segurança ambiental.

Dessa forma, é premente a necessidade de intervenções eficazes em saúde pública com idosos residentes da comunidade e institucionalizados, promovendo independência para as atividades de vida diária, prevenção de incapacidades, manutenção da qualidade de vida, redução dos custos em saúde, evitando cuidados institucionais e hospitalizações, de maneira multifatorial e multidisciplinar. É interessante detectar e classificar os idosos aparentemente vulneráveis para o controle preventivo e substancial da síndrome. Isso pode ser feito aplicando mais de uma escala de

fragilidade para uma triagem mais criteriosa e adequada, e uma avaliação clínica ampla, após triagem preliminar, reduzindo resultados falsos positivos para a síndrome (DANIELS et al., 2012).

O funcionamento psicossocial e a relação com a síndrome da fragilidade

Inicialmente, a fragilidade era abordada, exclusivamente, considerando os aspectos físicos (FRIED et al., 2001), posteriormente, vários estudos surgiram explorando, cada vez mais, os fatores sociais e psicológicos, encontrando correlações íntimas entre esses domínios e a fragilidade, concedendo um caráter multidimensional e multicomplexo à síndrome (BERGMAN et al., 2007; DE WITTE et al., 2013; GOBBENS et al., 2012).

Nota-se que o aspecto físico, apesar de possuir alta sensibilidade e especificidade para fragilidade, não é suficiente para predizer a magnitude dos agravos causados à saúde do idoso. Além disso, é preciso identificar aspectos sociais e psicológicos que podem causar alterações humor e na interação social. Isso pode ser fortalecido pelas evidências na literatura quanto à interrelação entre fragilidade, depressão e baixa qualidade de vida, o que compromete as relações com a sociedade e contribui para desequilíbrios psicológicos e emocionais (KIELY; CUPPLES; LIPSITZ, 2009; MEZUK et al., 2013).

Nesse contexto, a família e o suporte informal de redes sociais de apoio são fundamentais quando a pessoa

idosa torna-se doente e funcionalmente dependente, sendo cruciais para o bem-estar dos idosos, particularmente para aqueles com médio e alto nível de dependência; se esse suporte não existir, a perda da capacidade funcional pode significar institucionalização e dependência dos sistemas formais de apoio (DUARTE et al., 2010).

O apoio social pode ser definido como a existência ou a quantidade de relações sociais ou a existência de um tipo de relação em particular, como: casamento, amizade ou grupos; além disso, pode ser apontado como estrutura das relações sociais de uma pessoa e, outras vezes, denota o conteúdo funcional das relações, tal como o grau em que as relações envolvem afeto ou preocupação emocional, ajuda instrumental ou tangível ou apoio informacional (ALMEIDA et al., 2007).

Várias hipóteses podem ser levantadas no que diz respeito à forma pela qual o apoio social favorecerá e influenciará o estado de saúde do indivíduo (ALMEIDA et al., 2007), por exemplo: se o apoio social for inadequado pode ocorrer uma diminuição na saúde e bem-estar, um aumento das morbidades, dos problemas psicológicos e do número de mortalidades (BRASIL, 2010).

A Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do idoso, enfatizam que a família é a principal responsável pelo cuidado do idoso, no entanto a mudança no padrão dos arranjos familiares e na nupcialidade, a entrada constante de mulheres no mercado de trabalho, a instabilidade das relações conjugais (CAMARANO, 2007). Além disso, as perdas, as limitações físicas, as incapacidades, as dependências físicas e cognitivas próprias

da velhice, a sobrecarga de cuidados por parte da família e a falta de recursos econômicos geram conflitos dentro da família a qual, muitas vezes, abre mão do idoso e resolve institucionalizá-lo (SILVA et al., 2009).

O distanciamento entre o idoso e sua família torna-se muito maior quando este faz parte de uma instituição de longa permanência, ainda mais quando a própria família o rejeita. A institucionalização provém de fatores que sugerem abandono familiar, exclusão e isolamento social, sucateamento progressivo do sistema de saúde, característica moderna de valorização da razão e do lucro em detrimento do humano (SILVA et al, 2011). Porém, se a instituição possuir um ambiente coberto de amor, paz, solidariedade e cuidar devidamente da saúde e do emocional do idoso, ela passa a ser um local de acolhimento, possibilitando benefícios para a vida deste.

Destaca-se que os idosos mais afetados pela síndrome são os solteiros e viúvos (OLIVEIRA et al., 2013; VIEIRA et al., 2013). A situação conjugal do idoso se aproxima da realidade da fragilidade já que a falta de um companheiro pode propiciar tristeza e solidão na velhice (ALVES, 2007), sentimentos que estão intimamente relacionados com a síndrome.

Estudo do Serviço Social do Comércio (SESC) relata que as esposas são apontadas como as que mais dão atenção aos seus maridos, ainda reforça que o casamento e os filhos são a garantia que se tem na velhice (ALVES, 2007). Sem esse apoio intergeracional os sintomas depressivos e de tristeza podem piorar ainda mais.

Velhice é uma palavra que assusta muitas pessoas sejam elas adultas ou propriamente idosas. Chegar nessa fase,

para muitos, é um martírio, uma fase quase sem vida, sem perspectivas e esperanças. Alguns pensam que ficar “velho” é ser abandonado, é ficar sem suporte, sem auxílio da família e dos amigos, é sentir-se inútil, é ficar feio e lento, entrar em depressão e morrer. Três palavras estão diretamente relacionadas com estes preconceitos e mitos gerados dentro da sociedade e pelo próprio idoso: gerontofobia (atitude extremamente negativa e repugnante da velhice), ageísmo (atitude discriminatória com base na idade do indivíduo) e infantilização (atitude também discriminativa que é gerada quando os idosos perdem sua autonomia e ficam bastante dependentes) (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Por conseguinte, a autopercepção boa de saúde e níveis altos de resiliência da pessoa idosa proporcionam uma maior capacidade de enfrentamento e facilidade de adaptação a nova condição de vida.

A percepção de saúde é uma importante ferramenta para o auxílio do diagnóstico de fragilidade; a autoavaliação dos idosos sobre sua saúde contribui para o profissional conhecer melhor o idoso, dar início ao diálogo e à escuta terapêutica, por meio da qual poderá identificar as necessidades e realizar intervenções. Por exemplo, muitas vezes, o idoso ser portador de doença crônica ou fazer uso de medicamentos não o faz perceber-se como um ser doente, no entanto não conviver com a família ou com os amigos, não ter condições financeiras ou lazer reduz bastante sua qualidade de vida (PASKULIN et al., 2010).

A fragilidade exerce impacto direto sobre a vida dos idosos, familiares, cuidadores e sociedade (BERGMAN et al., 2007), portanto oferecer apoio incondicional e incluir

o idoso na sociedade são medidas que o fariam sentir mais protegido, seguro e capaz de recorrer a diversas opções de suporte para suas necessidades, melhorando sua condição de vida e minimizando sentimentos de tristeza, solidão e isolamento social, determinantes da síndrome da fragilidade.

Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar atentos para sinais de isolamento social e depressão, e, possivelmente, fragilidades, atuando para favorecer o enfrentamento de situações de estresse que exercem impacto direto na saúde mental, elaborando estratégias para minimizar sentimentos de baixa autoestima, insatisfação, depressão, estresse e outros efeitos negativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFIERI, F. M.; MORAES, M. C. L. Envelhecimento e controle postural. **Revista Saúde coletiva**, v. 4, n. 19, p. 30-33, 2008.

ALMEIDA, H. O.; VERSIANI, E. R.; DIAS, A. R.; NOVAES, M. R. C. G.; TRINDADE, E. M. V. Adesão a tratamentos entre idosos. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 57-67, jan. 2007.

ALVES, A. M. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: Neri, A. L. et al. **Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007.

ANDELA, R. M.; DIJKSTRA, A.; SLAETS, J. P.; SANDERMAN, R. Prevalence of frailty on clinical wards: Description and implications. **International Journal of Nursing Practice**, United States, v.16, n.1, p. 14-19, Jan. 2010.

ATALAIA-SILVA, K. C.; LOURENÇO, R. A. Tradução, adaptação e validação de constructo do Teste do Relógio aplicado entre idosos do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 930-937, Oct. 2008.

AVILA-FUNES, J.A.; AMIEVA, H.; BARBERGER-GATEAU, P.; LE GOFF M.; RAOUX, N.; RITCHIE, K.; CARRIÈRE, I.; TAVERNIER, B.; TZOURIO, C.; GUTIÉRREZ-ROBLEDÓ, L. M.; DARTIGUES, J. F. Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. **Journal of the American Geriatrics Society**, United States, v. 57, n. 3, p. 453-461, Mar. 2009.

BERGER, Louise (1995) – Cuidados de enfermagem em gerontologia. In BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BERGMAN, H.; BELAND, F.; KARUNANANTHAN, S.; HUMMEL, S.; HOGAN, D.; WOLFSON, C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. **Gérontologie et Société**. n. 109, p. 15-29, Jun. 2004.

BERGMAN, H.; FERRUCCI, L.; GURALNIK, J.; HOGAN, D. B.; HUMMEL, S.; KARUNANANTHAN, S.; WOLFSON, C. Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 62, n.7, p. 731-737, Jul. 2007.

BILOTTAAB, C.; BERGAMASCHINIAC, L.; NICOLINIA, P.; CASE, A.; PINAA, G.; ROSSIA, S. V.; VERGANIAD, C. Frailty syndrome diagnosed according to the Study of Osteoporotic Fractures criteria and mortality in older outpatients suffering from Alzheimer's disease: A one-year prospective cohort study. **Aging & Mental Health**, England, v. 16, n. 3, p. 273-280, April. 2012.

BISCHOFF-FERRARI, H. A.; DAWSON-HUGHES B.; STAEHELIN H. B.; ORAV, J. E.; STUCK, A. E.; THEILER R.; WONG, J. B.; EGLI, A.; KIEL D. P.; HENSCHKOWSKI, J. Fall prevention whit supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomized controlled trial, **BMJ**, p. 1-11, Jun. 2009.

BORGES, C. L. Adaptação transcultural do instrumento Groningen Frailty Indicator em idosos brasileiros. 2013. Dissertação, Universidade Estadual do Ceará, 2013.

BORGES, C. L.; SILVA, M. J.; CLARES, J. W. B.; BESSA, M. E. P.; FREITAS, M. C. de. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n.4, p. 318-322, ago. 2013a.

BRUCKI, S. M. D.; MALHEIROS, S. M.F.; OKAMOTO, I. H.; BERTOLUCCI, P. H. F. Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 55, n.1, p. 56-61, 1997.

CHERUHINI, A.; CORSONELLO, A.; LATTANZIO, F. Underprescription of beneficial medicines in older people causes, consequences and prevention. **Drugs & Aging**, v. 29, n. 6, p. 443-475, 2012.

CHIN, A.; PAW, M. J.; DEKKER, J. M.; FESKENS E. J.; SCHOUTEN E. G.; KROMHOUT D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 52, n. 11, p. 1015-1021, Nov. 1999.

CORNEL, C. S. Sarcopenia and Frailty. In: CRUZ- JENTOFT, A. J.; MORLEY, J. E. **Sarcopenia**. John Wiley & Sons, Ltda, 2012.

CREUTZBERG, M.; GONCALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A.; OJEDA, B. S A instituição de longa permanência para ido-

sos e o sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.6, p. 1144-1149, dez. 2007.

CRISCIONE, L. G.; ST CLAIR, E. W.; Tumor necrosis factor-alpha antagonists for the treatment of rheumatic diseases. **Current opinion rheumatology**, United States, v. 14, n. 3, p. 204-2011, May 2002.

DANIELS, R.; ROSSUM, E. V.; BEURSKENS, A.; HEUVEL, W. V.; WITTE, L. The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. **BMC Public Health**, England, v. 12, n. 69, p. 1-7, Jan. 2012.

DE WITTE, N.; GOBBENS, R.; DE DONDER, L.; DURY, S.; BUFFEL, T.; SCHOLS J.; VERTÉ, D. The Comprehensive Frailty Instrument: development, validity and reliability. **Geriatric Nursing**, United States, v. 34, n. 4, p. 274-281, Aug. 2013.

DRUBBEL, I.; BLEIJENBERG, N.; KRANENBURG, G.; EIJKEMANS, R. J.; SCHUURMANS, M. J.; WIT, N. J.; NUMANS, M. E. Identifying frailty: do the Frailty Index and Groningen Frailty Indicator cover different clinical perspectives? a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, United Kingdom, v. 14, n. 64, p. 1-8, May 2013.

DUARTE, Y.A.O.; NUNES, D. P.; CORONA, L. P.; LEBRÃO, M. L. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (saúde, bem-estar e envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

FABRICIO-WEHBE, S. C. C.; SCHIAVETO, F. V.; VENDRUSCULO, T. R. P.; HAAS, V. J.; DANTAS, R. A. S.; RODRIGUES, R. A. P. Adaptação cultural e validade da Edmonton

Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1043-1049, dez. 2009.

FABRICIO-WEHBE, S. C. C. **Adaptação cultural e validação da Edmoton Frail Scale (EFS): escala de avaliação de fragilidade em idosos**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem entre a Escola de Enfermagem/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.

FOCHAT, R. C.; HORSTH, R. B. O.; SETTE, M. S.; RAPOSO, N. R. B.; CHICOUREL, E. L. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 447-454, mar. 2011.

FRIED, L. P.; WALSTON, J. D.; FERRUCI, L. Frailty. In: HALTER, J. B.; OUSLANDER, J. G.; TINETTI, M. E.; STUDENSKI, S.; HIGH, K. P.; ASTHANA. **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**. 6 th., New York: McGraw Hill, 2010.

FRIED, L. P.; TANGEN, C. M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A. B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J.; SEEMAN, T.; TRACY, R.; KOP, W. J.; BURKE, G.; MCBURNIE, M. A. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journal of Gerontology**, United States, v. 56, n. 3, p. 146-156, Mar. 2001.

GAGE, B. F.; BOECHLER, M.; DOGGETTE, A. L.; FORTUNE, G.; FLAKER, G. C.; RICO, M. W.; RADFORD, M. J.

Adverse outcomes and predictors of underuse of antithrombotic therapy in medicare beneficiaries with chronic atrial fibrillation. **STROKE**, United States, v.31, n. 4, p. 822-7, Apr. 2000.

GOBBENS, R.J.J.; VAN ASSEN, M.A.L.M.; LUIJKX, K. G.; SCHOLS, J.M.G.A. The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. **The Gerontologist**, v. 52, n. 5, p. 619, Oct. 2012.

HILMER, S. H.; PERERA, V.; MITCHELL, S.; MURNIO, P. B.; DENT, J.; BAJOREK, B.; MATTHEWS, S; ROLFSON, D. B. The assessment of frailty in older people in acute care. **Australian Journal on Ageing**, Australia, v. 28, n. 4, p.182-188, Dec. 2009.

HUBBARD, R. E.; LANG, I. A.; LLEWELLYN, D.J.; ROCKWOOD, K. Frailty, Body Mass Index and Abdominal Obesity in Older People. **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 65, n. 4, p.377-81, Apr. 2010.

IBGE. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2012a.

_____. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2013.

JACOBS, J. M.; COHEN, A.; EIN-MOR, E.; MAARAVI, Y.; STESSMAN, J. Frailty, cognitive impairment and mortality among the oldest old. **The Journal of Nutrition Health & Aging**, United States, v. 15, n. 8, p 678-82, Aug. 2011.

KARUNANANTHAN, S.; WOLFSON, C.; BERGMAN, H.; BÉLAND, F.; HOGAN, D. B. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: Overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. *BMC Medical Research Methodology*, England, v. 9, n. 68, p. 1-11, Oct. 2009.

KIELY, D. K.; CUPPLES, A.; LIPSITZ, L. A. Validation and comparison of two frailty indexes: The Mobilize Boston Study. **Jornaul of the American Geriatrics Society**, United States, v. 57, n. 9, p. 1532-1539, Sep. 2009.

KIM, C O; LEE, K. R. Preventive Effect of Protein-Energy Supplementation on the Functional Decline of Frail Older Adults With Low Socioeconomic Status: A Community-Based Randomized Controlled Study. **The Journals of Gerontology**, v.68, n. 3, p. 309-316, Aug. 2012.

KO, F. C. Y. The Clinical Care of Frail, Older Adults. **Clinics in Geriatric Medicine**. United States, v.27, n. 1, p. 89-100, Feb. 2011.

LIU, C. K.; FIELDING, R. A. Exercise as an Intervention for Frailty. **Clinics in Geriatric Medicine**, United States, v. 27, n. 1, p. 101-111, Feb. 2011.

LOURENÇO, R. A.; RIBEIRO-FILHO, S.T.; MOREIRA, I. F.; PARADELA, E. M.; MIRANDA, A. S. Clock Drawing Test performance among elderly. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 309-315, Dec. 2008.

MACUCO C. R. M.; BATISTONIA, S. S. T.; LOPESA A.; CACHIONIA, M.; FALCAO, D. V. S.; NERIA, A. L.; YASSUDA, M. S. Mini-Mental State Examination performance in frail, pre-frail, and non-frail community dwelling older adults in Ermelino Matarazzo, São Paulo, Brazil. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 11, p. 1725-1731, Nov. 2012.

MEZUK, B.; LOHMAN, M.; DUMENCI, L.; LAPANE, K. L. Are depression and frailty overlapping syndromes in mid- and late

-life? A latent variable analysis. *The American journal of geriatric psychiatry*, England, v. 21, n. 6, p. 560-9, Jun. 2013.

MILLS, J. Age-related changes in the auditory system. In. HAZZARD, W. R. et al., editors. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 5th., New York: Mc Graw Hill, p.1239-1251, 2003.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Brasília, v. 15, n. 1, 1998.

MURAD, K.; KITZMAN, D.W. Frailty and multiple comorbidities in the elderly patient with heart failure: implications for management. **Heart Fail Reviews**, v. 17, n. 5, p. 581-588, Sep. 2012.

NERI A. L.; YASSUDA M. S.; ARAÚJO L. F.; EULÁLIO M. C.; CABRAL B. E.; SIQUEIRA M. E.; et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 778-792, Abr. 2013.

NICKLAS B. J.; BRINKLEY, T. E. Exercise training as a treatment for chronic inflammation in the elderly. **Exercise and Sport sciences review**, v. 37, n. 4, p. 165-170, Oct. 2009.

NOGUEIRA, A.; ALBERTO M; CARDOSO, G. A.; BARRETO, M. A. M. Risco de queda nos idosos: educação em saúde para melhoria da qualidade de vida. **Revista Práxis**, ano IV, n. 8, p.77-82, ago. 2012.

OLIVEIRA, D. R.; BETTINELLI, L. A.; PASQUALOTTI, A.; CORSO, D.; BROCK, F.; ERDMANN, A. L. Prevalência de síndrome da fragilidade em idosos de uma instituição hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 1-8, ago. 2013.

OLIVEIRA, C.A.P.; MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI M.; PIZOLETTO B. H. M.; SANTOS, R. V. Caracterização dos me-

dicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1007-10016, maio 2009.

OLIVEIRA, M. P. F. **Assistência farmacêutica a idosos institucionalizados no Distrito Federal**. 2008. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

OMS. **Planificación y organización de los servicios geriátricos**. Informe de un comité de expertos. Ginebra, 1974.

PASKULIN, L. M. G.; CÓRDOVA, F. P.; COSTA, F. M.; VIANNA, L. A. C. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 1, p. 101-07, 2010.

PETERS, L. L., BOTER, H.; BUSKENS, E.; SLAETS, J. P. Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. **Journal of the American Medical Directors Association**, United States, v. 13, n. 6, p. 546-55, Jul. 2012.

ROCKWOOD, K.; FOX, R. A.; STOLEE, P.; ROBERTSON, D.; BEATTIE, E. B. L. Frailty in elderly people: an evolving concept. **Canadian Medical Association Journal**, Canadian, v. 150, n. 4, p. 489-495, Feb. 1994 .

RODRIGUES, A. B.; YAMASHITA, E. T.; CHIAPPETTA, A. L. M. L. Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.10, n.4, p. 443-451, dez, 2008.

SAMPAIO, P. Y. S.; SAMPAIO, A. C.; OGITA, M. Y. M.; ARAI, H. Validation and translation of the Kihon Checklist (frailty index) into Brazilian Portuguese. **Geriatrics & Gerontology international**, Japan, Aug. 2013.

SCHUURMANS, H.; STEVERINK, N.; LINDENBERG, S.; FRIESWIJK, N.; SLAETS, JPJ. Old or Frail: What Tells Us

More? **The Journal of Gerontology**, United States, v. 59, n. 9, p. 962-965, Sep. 2004.

SANTIAGO, L. M.; LUZ, L. L.; MATTOS, I. E.; GOBBENS, R. J. J. Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p. 1795-1801, Sep. 2012.

SARAIVA, G. L.; CENDOROGLIO, M. S.; RAMOS, L. R.; ARAÚJO, L. M. Q.; VIEIRA, J. G. H.; MAEDA, S. S.; BORBA, V. Z.C.; KUNII, I.; HAYASHI, L. F.; LAZARETTI-CASTRO, M. Prevalência da deficiência, insuficiência de vitamina D e hiperparatiroidismo secundário em idosos institucionalizados e moradores na comunidade da cidade de São Paulo, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 437-442, Apr. 2007.

SAMPSON, E. L. . *Frailty and dementia: common but complex comorbidities*. **Aging & Mental Health**, England, v. 16, n. 3, p. 269-72, Mar. 2012.

SATTLER F. R.; CASTANEDA-SCEPPA C.; BINDER E. F.; Testosterone and growth hormone improve body composition and muscle performance in older men. **The Journal of clinical endocrinology and metabolism**, United States, v. 94, n. 6, p. 1991-2001, Jun. 2009.

SAVINE, R.; SONKSEN, P. Growth hormone-hormone replacement for the somatopause? **Hormone Research**, England, v. 53, n. 3, p. 37-41, 2000.

SILVA, A. A. **Prática Clínica Baseada em Evidências na Área da Saúde**. São Paulo: Gen - Santos, 2009.

SMIT, E; CRESPO, C. J.; MICHAEL, Y.; RAMIREZ, A.; BRODOWICZ, G. R.; BARRLETT, S.; ANDERSEN, R. E. The effect of vitamin D and frailty on mortality among non

-institutionalized US older adults. **European Journal of Clinical Nutrition**, England, v. 66, n. 9, Jun. 2012.

TOPINKOVÁ, E. Aging, Disability and Frailty. **Annals of Nutrition & Metabolism**, Switzerland, v. 52, supl. 1, p. 6–11, 2008.

UNITED NATIONS. **World Population Ageing 2009**. New York, 2009.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; COELHO, F. D.; SANCHEZ, M. A. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 355-370, 2007.

VIEIRA, R. A.; GUERRA, R. O.; GIACOMIN, K. C.; VASCONCELOS, K. S.S.; ANDRADE, A. C. S.; PEREIRA, L. S. M., DIAS, J. M. D.; DIAS, R. C. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.8, p. 1631-1643, aug. 2013.

WANG, C. W.; CHAN, C. L. W. Psychosocial adaptation status and health-related quality of life among older Chinese adults with visual disorders. **Quality of Life Research**, Netherlands, v. 18, n. 7, p. 841-51, Sep. 2009.

WHO. **Good health adds life to years**: Global brief for World Health Day 2012. Geneva, 2012.

WILHELM-LEEN, E. R.; HALL, Y. N.; HORWITZ, R. I.; CHERTOW, G. M. Phase Angle, Frailty and Mortality in Older Adults. **Journal of General Internation Medicine**, p. 1-8, Sep. 2013.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Global Population Aging: Peril or Promise**. Geneva, 2012.

XUE, Q. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. **Clinics in Geriatric Medicine**, United States, v. 27, n. 1, p. 1-15, Feb. 2011.

ABORTOS INSEGUROS: uma análise da produção científica no Brasil.

*Katherine Jerônimo Lima
Francisco Jose Maia Pinto
Ana Carolina Oliveira e Silva;
Fátima Cafê Ribeiro dos Santos
Fiama Kecia Silveira Tófilo
Glaucilândia Pereira Nunes*

INTRODUÇÃO

O abortamento é definido como a interrupção da gestação ocorrida antes da 22ª semana tendo o conceito peso inferior a 500g. *É classificado como espontâneo (natural)*, quando há perda involuntária da gestação; ou provocado, quando ocorre a interrupção da gestação por uma intervenção externa e intencional (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

No Brasil, a partir da década de 70, o aborto é problematizado como fator social. Iniciaram-se estudos e discussões sobre sua elevada incidência, e prática clandestina relacionada à pobreza (BORSARI *et al*, 2012; PIMENTEL & VILELLA; 2012).

O aborto é um importante tema de discussão no campo da Saúde Coletiva. É considerado grave problema de

saúde pública, pois representa uma importante causa de mortalidade materna, além de suas complicações gerarem impactos na saúde da mulher e encargos financeiros nos serviços de saúde.

A legislação brasileira considera crime, o aborto provocado, no entanto, as mulheres interrompem uma gravidez indesejada por meios clandestinos. Sua ilegalidade promove a prática de abortamentos inseguros, que na maioria dos casos, são realizados em ambientes impróprios e por pessoas sem habilidades necessárias, o que pode levar a sérias consequências à saúde da mulher (DINIZ & MEDEIROS, 2012; CARVALHO & PAES, 2014; ADESSE *et al*, 2015; ROMIO *et al*, 2015). Abrange uma série de fatores, dentre eles: aspectos sociais, econômicos, psicológicos e legais (DINIZ & MEDEIROS 2012; ANJOS *et al*, 2013; ADESSE *et al*, 2015).

Souza e colaboradores (2014) citam que abortamento induzido pode ser resultado de uma gestação indesejada, causada por falhas das ações de planejamento familiar, ausência de acompanhamento contínuo de profissionais de saúde, e falta da possibilidade de opção pelo método ou pelo medicamento mais apropriado e eficaz.

É dito inseguro, quando não cumpre as diretrizes recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. Neste caso, pode ocorrer de dois modos: sem complicações e com complicações (leves, moderadas ou graves) (OWLABI, 2014; SEDGH *et al*, 2016). Em especial, os abortos inseguros com complicações, ocasionam consequências que afetam tanto em nível de saúde pública quanto nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (MENEZES & AQUINO, 2009).

A ocorrência do aborto inseguro abrange uma série de fatores que vão desde os aspectos sociais, econômicos, psicológicos e legais (DINIZ & MEDEIROS 2012; ANJOS *et al*, 2013; ADESSE *et al.*, 2015).

Segundo Santos; Andreoni; Silva (2012), o acesso à realização de abortos seguros e aos métodos de contracepção adequados à necessidade da mulher, proporcionarão diminuição do número de abortos inseguros.

Em face do contexto apresentado, observa-se que a interrupção de uma gravidez indesejada expõe a mulher às práticas inseguras do aborto, e conseqüentemente danos à sua saúde. Estudos sobre abortamento revelam questões importantes sobre a saúde reprodutiva da mulher, sobretudo os abortos inseguros, devido às implicações advindas de sua prática e, de impactos sociais, econômicos e de saúde.

O presente estudo teve como objetivo, analisar as produções científicas sobre abortamentos inseguros no Brasil.

MÉTODOS

O estudo baseia-se no método de levantamento bibliográfico da literatura, visando à identificação de pesquisas publicadas e realizadas nacionalmente, nos últimos oito anos (2008 a 2016).

Procedeu-se a busca ativa dos artigos, com utilização dos termos “aborto inseguro”, “aborto induzido”, “aborto ilegal”, “aborto provocado” e “abortamento”, por meio da internet nas seguintes bases de dados: Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foram excluídos estudos que se referissem aos abortos previstos por lei, ou a interrupção da gravidez de fetos anencefálicos e os temas correlatos, como também aqueles com referência a abortos espontâneos. Além do mais, não foram incluídas teses, dissertações e monografias, bem como artigos não acessíveis em texto completo.

Foram encontradas 148 publicações, e selecionadas 52 artigos para apresentação do panorama dos estudos sobre abortos inseguros no país, pois com a eliminação das duplicatas, chegou-se a 98. Com leitura dos resumos, foram excluídos 46 trabalhos não correlatos com a temática.

A análise dos artigos foi categorizada pelos seguintes eixos perfil sociodemográfico e econômico; magnitude do aborto no Brasil; métodos abortivos; repercussões e os danos emocionais; e a ilegalidade do aborto no Brasil. A discussão e aprofundamento se deram por meio de incorporação de referências complementares que constava na bibliografia examinada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos estudos, percebeu-se que o aborto inseguro foi pesquisado em diversos contextos. Observou-se que mais da metade dos artigos 55,8% (n=29) apresentou como tipo de estudo, o método quantitativo, enquanto a metodologia qualitativa esteve presente em 33% (n=17), proporção de revisões 5,5% (n=3) e artigos de opinião consistiram em 5,5% (n=3).

Em relação às mulheres foram observados empecilhos envolvendo relativos aos abortamentos induzidos, isto, por ser uma prática ilegal no Brasil. Elas apresentaram alguma dificuldade ao relatarem sobre a interrupção de uma gestação não desejada. A saída encontrada para resolver esta dificuldade foi o exame de diferentes metodologias, que serão vistas a seguir, a fim de serem obtidos os dados.

Destacou-se a pesquisa “Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras” dos autores Diniz e Medeiros (2012). Os autores utilizaram em sua metodologia, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) oral, pois justificaram que a concordância da participação da pesquisa e a gravação da entrevista poderiam implicar em problemas legais e éticos na condução do estudo, já que as entrevistadas havia autoprovocado o aborto, sendo, portanto, considerado crime. Além disso, foi fornecida ajuda de custo de R\$ 30,00 para cada entrevistada, como auxílio de deslocamento ao local da entrevista, pois havia recusa de entrevista em domicílio preferindo local que lhes garantissem privacidade.

Devido à dificuldade no relato das mulheres, tanto na participação das entrevistas quanto no preenchimento dos questionários envolvendo perguntas diretas sobre a indução do aborto, foram necessários muitos estudos por meio da metodologia indireta, usando-se dados secundários. Como destaque, neste aspecto, foram os estudos de Adesse, Monteiro e Levin (2008); Melo, Souza e Figueroa (2011); Melo *et al.* (2014) e Monteiro, Adesse e Drezett (2015).

Os referidos estudos utilizaram dados secundários sobre abortamentos do Sistema de Informações Hospitalares

do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), com a população alvo composta por mulheres de 10 a 49 anos de idade. Empregaram a metodologia de investigação do Instituto Alan Guttmacher (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994), que trata de estudo feito sobre o aborto, na América Latina (1994), para estimar o número de abortos induzido, fundamentado na seguinte fórmula: Número de aborto induzidos = número de internamentos por abortamento* (5) * (1,125) * (0,75). A equação baseia-se no fato, de que, Brasil, 20% das mulheres que induziram o aborto tiveram complicações necessitando de hospitalização (uma internação para cada cinco abortos). Utilizou-se a proporção de 12,5%, como fator de correção referente aos subregistros (internações realizadas fora do SUS); e redução de 25% de abortos por causas espontâneas (MONTEIRO; ADESSE; DREZZET, 2015).

Sobre a produção de artigos com a temática, a Revista Ciência e Cultura, no ano de 2012 apresentou edição sobre abortamento em seu volume 64, número 2 e um conjunto de artigos com as discussões acerca do tema Aborto, sob o prisma da saúde pública. De modo semelhante, a Revista Ciência e Saúde Coletiva expos uma edição especial com o tema “Aborto, mulheres e saúde”, através do volume 17, número 7, em 2012. Vale ressaltar, que o ano pesquisado coincide com o favorecimento do direito à mulher no que se refere à escolha de interrupção ou não da gestação, em casos de anencefalia. Este benefício foi concedido através da votação pelo Supremo Tribunal Federal, nos dias 11 e 12 de abril de 2012 (ANDRADE, 2012).

Quem são estas mulheres: perfil sociodemográfico e econômico

As investigações nacionais apontaram que predominantemente as mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos realizaram práticas de abortamento (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008; NADER *et al.*, 2008; CECATTI *et al.*, 2010; DINIZ & MEDEIROS, 2010; PEREIRA *et al.*, 2012; BORSARI *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2014; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

No entanto, observa-se que em relação à idade, algumas pesquisas não apresentaram uma distribuição uniforme das mulheres entrevistadas, o que ocasionou aparentemente uma subestimação na proporção dos dados. (SILVA; ANDREONI, 2012; SOUZA *et al.*, 2014).

Outro ponto a se destacar, são os diversos estudos realizados com enfoque abortamentos e adolescência (CORREIA *et al.*, 2009; CHAVES *et al.*, 2010; CORREIA *et al.*, 2011; CHAVES *et al.*, 2012; SILVA; ANDREONI, 2012a; NUNES; MADEIRO; DINIZ, 2013).

Estudo realizado em cinco capitais brasileiras apresentou maior prevalência de abortos provocados em jovens com idade menor que 19 anos, apontando que a prática do primeiro aborto se inicia nesta faixa etária (DINIZ & MEDEIROS, 2012). Nota-se que é expressivo o número de abortos provocados em adolescentes com gestação não planejada. As mulheres mais jovens são mais vulneráveis à realização de aborto ilegal, pois são sujeitas às relações afetivas instáveis, relações sexuais desprotegidas, condição financeira incerta e baixa escolaridade (DINIZ & MEDEIROS, 2012; NUNES; MADEIRO; DINIZ, 2013; CARVALHO & PAES, 2014)

No que se refere à escolaridade, os estudos apontaram associação com o nível de estudos e abortos inseguros. Observou-se que na maioria das pesquisas, houve maior proporção de mulheres que interrompeu a gestação, apresentando poucos anos de estudo. As pesquisas também mostraram uma maior frequência de mulheres afrodescendentes, pardas e negras que induziram o abortamento (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008; NADER *et al.*, 2008; CECATTI *et al.*, 2010; DINIZ; MEDEIROS, 2010; PEREIRA *et al.*, 2012; BORSARI *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2014; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Sobre as condições econômicas, os estudos demonstram que mulheres com baixa renda, ou com dependência financeira dos pais ou do conjugue, apresentaram maiores chances de realizarem aborto inseguro (CECATTI *et al.*, 2010; FUSCO; SILVA; ANDREONI, 2012; PEREIRA *et al.*, 2012; BORSARI *et al.*, 2013; ; SOUZA *et al.*, 2014).

Segundo Cecatti e colaboradores (2010), mulheres que vivenciam baixas condições socioeconômicas apresentam dificuldades para ter acesso às informações e métodos contraceptivos adequados; assim, recorrem ao abortamento inseguro, como um método de planejamento familiar.

Deve-se destacar que existe um ponto importante acerca dos abortamentos provocados, que é a desigualdade social ao acesso ao abortamento seguro. Diante de uma gravidez indesejada, mulheres com maior rendimento, pequena parcela, custeia a realização do aborto em clínica privada. Neste local, o procedimento é realizado de forma eficaz e com segurança (SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016). No entanto, aquelas que não se enquadram

nesse perfil, a maioria, recorreram a uma diversidade de técnicas inseguras (DINIZ & MEDEIROS, 2012; DINIZ; OLIVEIRA; LANSKY, 2012).

Os estudos indicaram que a situação conjugal influencia para interrupção ou não da gestação (NADER *et al.*, 2008; CECATTI *et al.*, 2010; FUSCO; SILVA; ANDREONI, 2012; SOUZA *et al.*, 2014). A mulher estar casada ou ter uma união estável é um fator de proteção para indução do aborto (NADER *et al.*, 2008). Diante de uma gravidez não desejada, a mulher solteira ou sem nenhum companheiro com vínculo afetivo, apresenta quatro vezes mais chances de provocar o abortamento. A mulher solteira possui relações afetivas mais instáveis, conseqüentemente utiliza com menos frequência métodos contraceptivos eficazes, assim, se predispõe a uma gestação indesejada ou não planejada (SILVA; ANDREONI, 2012).

Magnitude do aborto no Brasil

Em 2009, as autoras Menezes e Aquino em seu estudo, descreveram o escasso número de pesquisas sobre o tema aborto de abrangência nacional, havendo muitos estudos de natureza local.

Em 2010, os pesquisadores Diniz e Medeiros publicaram a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA). O estudo foi realizado por amostragem aleatória nos domicílios de mulheres urbanas em território brasileiro. A pesquisa apontou que 15% das mulheres entrevistadas relataram ter realizado aborto alguma vez na vida: os resultados também revelaram que uma a cada cinco mulheres brasileiras haviam realizado o aborto.

A PNA é novamente realizada no ano de 2016, a qual mostra que a prática do aborto é um acontecimento frequente e persistente que atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias e níveis educacionais. Os resultados apresentados mostram-se próximos ao da pesquisa realizada em 2010. A proporção de mulheres que responderam que já tinha realizado abortamento alguma vez na vida foi de 13%, e que, novamente, os resultados apontaram que uma em cada cinco mulheres já realizaram pelo menos, um aborto. O estudo cita que as regiões Norte/Centro-Oeste e Nordeste, mostraram maiores taxas de abortamento com 15% e 18%, respectivamente. Os resultados apontaram que 48% das mulheres necessitaram de internamento para finalizar o aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Vale ressaltar que a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) é o único estudo de âmbito nacional que apresentou as estimativas de aborto, baseando-se em técnicas diretas, ou seja, não dependem de parâmetro para determinar a ocorrência deste evento. Porém, a pesquisa não abrange mulheres analfabetas e das áreas rurais (DINIZ & MEDEIROS, 2010; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

No Brasil, não se sabe o real número de abortos. Muitos estudos utilizam informações do Sistema de Internações Hospitalares (SIH). No entanto, este sistema de informação somente retrata mulheres com complicações abortivas que buscaram atendimentos nos hospitais públicos. Percebe-se assim, a dificuldade da exposição dos reais números sobre abortamentos e abortos inseguros.

Segundo Monteiro, Adesse e Drezett (2015) ocorrência estimada de internações de mulheres de 10 a 49 anos

com gestação finalizada em aborto na rede pública de saúde do SUS, no ano de 2013, foi de 205.075.

Melo e colaboradores (2014), apontaram que o coeficiente médio anual de aborto inseguro constitui em 17 abortos/1.000 Mulheres em Idade Fértil (MIF) e a razão de abortos inseguros foi de 33,2 abortos por 100 nascidos vivos. Destacaram também, que as regiões brasileiras Norte (20,2 por 1.000 MIF) e Nordeste (21,6 por 1000 MIF) apresentaram maiores índices.

A morbidade devido ao aborto vem declinando no país nos últimos anos (DINIZ & CASTRO, 2011; DINIZ & MADEIRO, 2012; DINIZ & MEDEIROS, 2012; MADEIRO & DINIZ, 2015). Segundo Silva e colaboradores (2010), a frequência de mulheres internadas em hospitais públicos para o tratamento de complicações abortivas caiu para 28%. Tal conjuntura está relacionada à difusão e expansão do uso não hospitalar do misopostol pelas mulheres que desejam interromper sua gestação, pois o uso desta medicação diminui os riscos de complicações e a exposição às clínicas de práticas médicas ilegais (SILVA *et al.*, 2010; ARILHA, 2012; MADEIRO & DINIZ, 2015).

Métodos Abortivos

Ao decidir-se provocar o aborto, a mulher realiza uma trajetória clandestina e insegura, que se inicia com uso de chás, aquisição de medicamentos ilegais e/ou uso técnica invasiva (SOUZA *et al.*, 2010).

No que se refere aos métodos abortivos, há o uso de chás de ervas, como: arruda, buxinha, folha de laranja, pi-

menta-do-reino, maconha e boldo. Sobre os métodos invasivos utilizam-se agulhas de tricô, ou sonda intra-uterina e manobras de evacuação em clínicas clandestinas (SILVA *et al.*, 2010; DINIZ & MEDEIROS, 2012; MADEIRO & DINIZ, 2015). Vale destacar que mulheres que mencionaram o uso sondas uterinas têm o menor nível educacional e de renda, como também, são aquelas que apresentam maiores complicações abortivas (SILVA *et al.*, 2010; MADEIRO & DINIZ, 2015).

No entanto, os estudos apontaram que o principal método para induzir o abortamento é o uso intravaginal e oral de misoprostol, adquirido clandestinamente (SOUZA *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2010; DINIZ & MEDEIROS, 2012; DINIZ & MADEIRO, 2012; MADEIRO & DINIZ, 2015).

O misoprostol inseriu-se no Brasil a partir da década de 80, vendido como *Cytotec*, para uso de tratamento de úlceras gástricas. Dentre suas propriedades farmacológicas, observou-se a semelhança a prostaglandina, que é um ocitócito utilizado na indução de contrações e dilatação do colo uterino. Desta forma, passou a ser comercializado como medicamento abortivo (CORRÊA; MASTRELLA, 2012; SOUZA & FUSCO, 2016; ADESSE *et al.*, 2015).

Diante do amplo uso do misoprostol e a ilegalidade do aborto no Brasil, o Ministério da Saúde adotou medidas para restringir o acesso com método abortivo, com uso permitido somente em estabelecimentos hospitalares (CORRÊA; MASTRELLA, 2012; DINIZ & MEDEIROS, 2012). No entanto, pode ser adquirido em farmácias ou no mercado clandestino (DINIZ & MADEIRO 2012; MADEIRO & DINIZ, 2015).

Devido à ilegalidade da comercialização do *Cytotec*, não há garantia de procedência ou segurança desta medicação, facilitando assim, a falsificação, fracionamento das doses ou repasse do remédio sem o princípio ativo. Somando-se a isso, os fornecedores prescrevem erroneamente as doses e a periodicidade da medicação, o que conduz a mulher finalizar o aborto em hospitais públicos, devido a complicações hemorrágicas e infecções. Contudo, o medo da penalização legal, faz com muitas mulheres não informem aos profissionais de saúde a indução do aborto (SOUZA *et al*, 2010; DINIZ; CASTRO; 2011; DINIZ & MADEIRO, 2012; DINIZ & MEDEIROS; 2012).

Repercussões e os danos emocionais

A gestação indesejada torna-se opressiva. Pode levar a mulher a diversos significados e reflexões sobre sua identidade, relação com o pai da criança e, sobretudo os planos de vida. Ao provocar o aborto, a mulher desencadeia diversos aspectos emocionais, pois tem de lidar com os sentimentos opostos de início e fim, vida e morte (BENUTE *et al.*, 2009).

As consequências advindas com a interrupção da gravidez, além de físicas, também são psicológicas. As mulheres que provocam aborto são permeadas por sentimentos de culpa e arrependimento, o que pode gerar traumas e graves implicações a saúde mental destas (DOMINGOS *et al.*, 2013).

No que se referem às emoções vivenciadas pelas mulheres que induzem o abortamento, os estudos apontaram sentimentos ambíguos, que vão desde culpa, medo, inse-

gurança, vergonha, tristeza e sentimento de perda, a sensação de alívio, tranquilidade e indiferença (BENUTE *et al.*, 2009; NOMURA *et al.*, 2011; HEILBORN *et al.*, 2012; LEAL, 2012; CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; DOMINGOS *et al.*, 2013; CARVALHO & PAES, 2014; COUTO *et al.*, 2015; MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016). Vale ressaltar, que um estudo realizado em duas capitais brasileiras, demonstrou que as mulheres que interromperam a gravidez apresentam maior probabilidade de depressão (NOMURA *et al.*, 2011).

Segundo Carvalho e Paes (2014), os sentimentos negativos que advém da indução do aborto, como tristeza e culpa, estão condicionados a ideia de matar uma criança, fato este que a sociedade julga como crime. Já os sentimentos de bem-estar, estão relacionados ao alcance do objetivo pretendido que é a finalização de uma gestação indesejada. A ausência de arrependimentos se dá pela concepção da mulher de que ela exerça o direito sobre o seu corpo, e assim, interrompa a gravidez não almejada.

Mulheres quando recorrem à prática do aborto induzido são singulares e vinculadas ao contexto social no qual ela está inserida, principalmente quando se encontram em circunstâncias de violência. Nos últimos anos houve uma preocupação de realização de pesquisas relacionadas ao tema aborto e violência (DINIZ *et al.*, 2011; PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011; SOUZA & DINIZ, 2011; GOMES *et al.*, 2012; COUTO *et al.*, 2015).

No estudo de Couto e colaboradores (2015) apontou que o cotidiano de mulheres que autoprovocaram o abortamento foi permeado pela violência doméstica, desde a

infância e adolescência, bem como o abandono e rejeição de familiares. A violência conjugal, tanto do companheiro atual e também com anteriores, influencia na decisão de abortar. A descoberta da gravidez gera mudanças das relações afetivas por parte dos companheiros, causando principalmente o abandono, e ao mesmo tempo, estes podem promover atos violentos desde manipulação afetiva, privação de liberdade e lesões corporais no período gestacional, levando à mulher a decidir pelo aborto (DINIZ *et al.*; 2011; SOUZA & DINIZ, 2011).

Vale destacar, que existem outros sofrimentos vivenciados, que é observado pela experiência de mulheres que necessitaram de internamento hospitalar para finalizar a interrupção da gestação. Dois artigos enfocaram sobre a assistência ao abortamento em hospitais. Citam a existência de discriminação contra as mulheres que abortam, indo desde atuação do profissional, estrutura e a organização do serviço para este tipo de atendimento (CARNEIRO; IRIART; MENEZES; 2013; MCCLAUM; MENEZES; REIS, 2016).

Estudo realizado em três capitais do Brasil sobre a qualidade da atenção às mulheres admitidas por aborto em hospitais do Sistema Único de Saúde, tendo como referência as normas do Ministério da Saúde e o grau de satisfação das usuárias, apontou um baixo apoio social e má avaliação da qualidade técnica. Também, apresentou a crítica situação na continuidade do cuidado, após alta hospitalar, onde não há agendamento de consultas de retorno para revisão, bem como a ausência de orientações sobre risco de gravidez e planejamento familiar. Esta pesquisa concluiu que o

contexto apresentado da atenção ao abortamento está muito longe de estar dentro dos padrões propostos pelas normas nacionais e internacionais (AQUINO *et al.*, 2012).

Assim, percebe-se que o sofrimento emocional vivenciado pelas mulheres que recorrem às práticas inseguras e clandestinas do aborto, é bastante doloroso, uma vez que é vivido de forma solitária e considerado crime no Brasil. Somado a isso, existe um “não cuidado”, ou seja, ausência de humanização pelos serviços de saúde na atenção ao abortamento, ampliando ainda mais o sofrimento destas. Desta forma, a criminalização do aborto autoprovocado não intervém somente na vida da mulher, como também, na produção de pesquisas e análise da situação dos abortos inseguros no país (CARNEIRO; IRIART; MENEZES; 2013; ROMIO *et al.*, 2015).

A ilegalidade do aborto no Brasil

O abortamento está relacionado há diversas discussões como um problema ético. Gera-se uma polêmica em torno de qual obrigação ética determina o direito ao aborto e quem são os titulares desse direito ou dever (WIESE & SALDANHA, 2014).

O aborto provocado no Brasil foi considerado pelas elites dominantes e juntamente com a Igreja Católica um desregramento moral. Diante de tal posicionamento e a crescente incidência, surgiu-se uma legislação para proibição de seu ato (BORSARI *et al.*, 2012).

Desde a criação do Código Penal Brasileiro em 1940, até o presente momento, é crime a interrupção voluntária da gravidez, quando induzido pela própria gestante (autoaborto) ou terceiros, sendo enquadrado nos artigos 124 ao 127, com punição de um a três anos de prisão. Salvo em casos em que seja imprescindível para salvar a vida da mulher, gravidez resultante de estupro e fetos com anomalias congênitas sem chance de sobrevivência extrauterina (artigo 128, I e II) (FERNANDES *et al.*; 2012; HEILBORN, 2012; WIESE & SALDANHA, 2014).

Diante da clandestinidade da realização do aborto, reflete-se que a criminalização e as leis restritivas não levam à eliminação ou redução de abortos provocados, porém incitam as mulheres a recorrerem às práticas inseguras, que podem proporcionar maiores riscos à saúde, esterilidade ou a mortalidade materna (FERNANDES *et al.*, 2012).

Apesar da legislação vigente sobre sua proibição, em 2012, houve ampliação da indução legal do aborto. O Superior Tribunal de Justiça concedeu autorização para interromper casos de gestação com anomalias fetais graves e incompatíveis com a vida extrauterina, após diagnóstico médico. Nos casos de anencefalia, existe o entendimento que não há crime contra a vida, pois o feto não sobrevive ao parto (FERNANDES *et al.*, 2012).

Observa-se que a criminalidade da prática do aborto, iguala as mulheres das diversas camadas sociais, econômicas e escolares, que recorreram à interrupção voluntária da gravidez, pois sonogam-lhes o direito à saúde e proporcionam-lhes consequências físicas, psíquicas e sociais (FREIRE, 2012).

Diante da constância e frequência dos casos, apontados pelos estudos aqui discutidos, trazem a reflexão e interrogações sobre a legislação brasileira vigente, pois esta é deficiente na prevenção dos abortos. Há necessidade de discutir a posição do Estado frente ao controle e decisão do corpo da mulher, uma vez que seu dever é garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras de forma autônoma e igualitária.

Considerações Finais

Percebeu-se que a prática do abortamento envolve diversas repressões sociais, uma vez que o aborto é cercado de aspectos de cunho moral e legal. Diante desta situação, muitas mulheres se omitem de relatar sobre o aborto provocado. Negligenciam sua real situação, pelo receio de serem julgadas ou presas, devido à ilegalidade desta prática no Brasil.

Perante a esse contexto, observa-se a dificuldade de investigações sobre o tema aborto inseguro, pois há necessidade de cuidados metodológicos específicos, que não acarretem nenhum tipo de prejuízo, dano ou transtorno a estas mulheres que clandestinamente interromperam sua gestação.

Resultados encontrados na literatura nacional citam a necessidade de avaliação do acesso e efetividade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, uma vez que as mulheres devem ser beneficiárias de métodos adequados e informações sobre a evitabilidade de uma gravidez indesejada. Há ainda,

a necessidade de discussão e planejamento de gestores, profissionais de saúde e outros que estejam envolvidos na rede de atenção a saúde da mulher, sobre a redução de danos ocasionados pelas práticas inseguras do aborto.

Bibliografia Básica

ADESSE L, MONTEIRO FG, LEVIN J. Panorama do aborto no Brasil. **Radis**, v.11, n.66, p.10-14, fev. 2008.

_____, *et al.* Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 694-706, Jul. SET 2015.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Clandestine abortion: a Latin American reality. New York: Alan Guttmacher Institute; 1994.

ANDRADE, RMG. Apresentação. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, jun. 2012.

ANJOS, K.F *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, Set. 2013.

ARILHA, M.M. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1785-1794, 2012.

AQUINO, E.M.L. *et al.* Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1765-1776, Jul. 2012.

BENUTE, G.R.G et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n.3, p. 322-327, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BORSARI, C.M.G., et al. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. **FEMINA**, v. 40, n. 2, p. 64-68, Mar/Abr. 2012.

CARNEIRO, MF; IRIART, JB; MENEZES, G.M.S. Largada sozinha, mas tudo bem: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 405-418, Jun. 2013.

CARVALHO, S.M.; PAES, G.O. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 548-557, Jun. 2014.

CECATTI, J.G.*et al.* Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105-111, Mar. 2010.

CHAVES, J. H.B. et al . A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 246-256, Mar. 2012.

_____. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 2): S311-S319 dez., 2010

CORREA, M.C.D.V.; MASTRELLA, M. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 7, p. 1777-1784, Jul. 2012.

CORREIA, D.S. et al. Aborto provocado na adolescência: quem o praticou na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p.167-74, jun. 2009.

_____. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2469-2476, 2011.

COUTO, T.M. et al. Cotidiano de mulheres com história de violência doméstica e aborto provocado. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 24, n. 1, p.263-269, Jan-Mar. 2015.

DINIZ, N. M.F. et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 6, p. 1010-1015, Dec. 2011 .

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, Jun. 2010.

_____; CASTRO, R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 94-102, jan, 2011.

_____ ; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, Jul. 2012.

_____ ; MADEIRO, A. Cytotec e Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.7, p.17, p.1795-1804, 2012.

_____ ; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.2, p. 653-660, 2017.

DINIZ, S. G.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 40, p.94-101. 2012.

DOMINGOS, S. R.F. et al . Experiência de mulheres com aborto provocado na adolescência por imposição da mãe. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 899-905, ago. 2013.

FERNANDES, M. et al. Os crimes contra a vida na reforma do código penal: uma visão médico-jurista. **Ciênc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, Jun. 2012 .

FREIRE, N. Aborto seguro: um direito das mulheres?. **Ciênc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, Jun. 2012.

FUSCO, C.L.B; ANDREONI, S; SILVA, R. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p.78-88. 2008

_____; SILVA, R.; ANDREONI, S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 709-719, abr. 2012.

GOMES, N.P. et al. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 514-522, Dec. 2012 .

HEILBORN, M.L. Heterossexualidades, contracepção e aborto: Uma pesquisa em quatro capitais latino-americanas. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 127-134, Dez. 2012 .

LEAL, F.O. “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”: revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 17, n. 7, p.1689-1697, 2012.

MADEIRO, A.P; DINIZ, D. Induced abortion among Brazilian female sex workers: a qualitative study. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 587-593, 2015.

MCCALLUM, Cecilia; MENEZES, Greice; REIS, Ana Paula dos. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 37-56, Mar. 2016.

MELO, F.R.M.*et al.* Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 508-520, Jun. 2014.

MELLO, F.M.B.; SOUSA, J.L.; FIGUEROA, J.N. Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 87-93, Jan. 2011.

MENEZES, G; AQUINO, EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 193-204, 2009

MONTEIRO, M.F.G; ADESSE, L; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. **Reprodução & Climatério**. v 30, n 1, p. 11-18, jan/abr. 2015.

NADER, P.R.A. et al. Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do Abortamento induzido de mulheres internadas em uma maternidade do município de serra, espírito santo. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n. 4, p.699-705, dez. 2008.

NOMURA, R.M.Y et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Rev Assoc Med Bras** v.57, n.6, p. 644-650, 2011.

NUNES, M.D; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2311-2318, Ago. 2013.

OWOLABI, O. **Expert meeting on the definition and measurement of unsafe abortion**. Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP) and Guttmacher Institute meeting. 2014. Disponível em: <http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2014STEPUP_UnsafeAbortionMeetingReport.pdf>. Acessado em: 20 Fev. 2017.

PEREIRA, V.N. et al. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.4, p.1056-1062, 2012.

PILECCO, F.B.; KNAUTH, D.R.; VIGO, A.. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 427-439, Mar. 2011

PIMENTEL, S; VILLELA, W. Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, Jun. 2012.

ROMIO, C. M. *et al.* Saúde mental das mulheres e aborto inseguro. **Psicol. rev.** v. 24, n. 1, p. 61-81. 2015

SANTOS, T.F.; ANDREONI, S.; SILVA, R.S. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente - São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 123-133, Mar. 2012

SEDGH, G. *et al.* Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, 134, p. 104-106. 2016.

SILVA, D.F.O. *et al.* Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n.4, p.441-447, out. / dez.. 2010.

SILVA, R,S; ANDREONI, S. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p.1725-1733, 2012.

_____. Fatores associados ao aborto induzido entre jovens pobres na cidade de São Paulo, 2007. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 409-419, jul./dez. 2012a

SILVEIRA, P; MCCALLUM, C; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e4815, 2016.

SOUZA, Z.C.S. N. et al . Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 6, p. 732-736, 2010.

SOUZA, Z.C.S.N; DINIZ, Normélia M.F. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 4, p. 742-750, Dec. 2011

SOUZA, MG et al. Prevalência e características sociodemográficas de mulheres com aborto provocado em uma amostra da população da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 297-312, jun. 2014 .

SOUZA, R.; FUSCO; C.L.B. Comportamento do aborto inseguro entre jovens em situação de pobreza de ambos os sexos–Favela México 70, São Paulo, Brasil, 2013. **Reprodução & Climatério**, v 31, n 1, p. 13-21. 2016

WIESE, I.R.B; SALDANHA, A.A.W. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 536-547, Jun. 2014.

O DESAFIO DA REPRESENTATIVIDADE NOS CONSELHOS DE SAÚDE: um estudo de revisão integrativa da literatura

Jamíne Borges Morais

Maria Salete Bessa Jorge

Indara Cavalcante Bezerra

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 foi o marco de participação democrática dos atores sociais na luta por melhores condições de saúde, sendo resultante do movimento de Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada no ano de 1986. Importante resultado desse debate constitui-se na inscrição na Carta Magna da “*saúde como direito de todos e dever do estado*” e consequente homologação na sanção das Leis nº 8.080 e 8.142, incluindo no arcabouço filosófico do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação e o controle social.

A participação e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia, pelo menos legal, de que a população participará do processo de formu-

lação e controle das políticas públicas de saúde, coibindo o mau uso dos recursos, melhorando o desempenho das políticas e conferindo legitimidade aos governos (CARVALHO, 2014).

O processo de redemocratização vivenciado no país a partir da década de setenta, possibilitou o estabelecimento de dispositivos legais do Sistema Único de Saúde que instituem, em cada esfera de governo, instâncias colegiadas como os conselhos e as conferências de saúde.

Os Conselhos de saúde são instituídos pela Lei 8.142 que define a competência desta instância participativa: estes são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos do SUS, que têm entre suas atribuições a atuação direta na formulação e proposição de estratégias, bem como o controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. No processo de criação e reformulação dos conselhos, o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deve garantir a paridade de representação do segmento dos usuários em relação aos demais segmentos, destacando que todos os representantes no conselho devem ser indicados por seus pares de acordo com sua organização ou fóruns realizados de forma independente (BRASIL, 1990, 2003).

No contexto sociopolítico brasileiro, a partir da instituição do SUS, a saúde passa a emergir como uma questão de cidadania, e a participação política na gestão do sistema se torna uma condição *sine qua non* para o seu exercício. Diante dessa realidade, os conselhos de saúde se tornam um importante elemento para a participação da sociedade na tomada de decisão, e também um mecanismo estratégico

para a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS. (COTTA et al, 2011).

A criação dos conselhos de saúde como instância institucionalizada de participação social, sem dúvida, significa uma conquista da sociedade civil em busca da construção de uma perspectiva mais democrática em saúde.

Desde esta perspectiva, vale salientar que os conselhos de saúde se constituem como novos espaços públicos propiciados pela reestruturação do Estado, obtida pelas forças políticas com base no pressuposto de que a participação da sociedade deva ser acolhida pelo Estado como forma de controle social e interferência na definição e desempenho das políticas públicas. Assim, com a criação dos conselhos, o controle social assume lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde no Brasil.

No entanto, a efetividade destes conselhos tem sido condicionada por inúmeros fatores, desde a capacidade de formulação e negociação de propostas, até o grau de autonomia dos atores que o constituem. O que se constata é que foram desconcentradas responsabilidades e não democratizado o poder (KLEBA et al, 2010; COTTA et al, 2011. MARTINS et al, 2013).

Diante o contexto apresentado, acredita-se que desvelar o conhecimento produzido na temática da participação e do controle social em saúde poderá abrir caminhos para que se possa avaliar alguns nós teóricos e práticos que vem impedindo o avanço do SUS e a consolidação dos conselhos de saúde como instancias deliberativas.

Tendo como bases essas premissas, este estudo tem por objetivo analisar a representatividade dos conselhos de saúde a partir da produção científica brasileira.

MÉTOD

O presente estudo consiste numa revisão integrativa da literatura. Essa modalidade de revisão proporciona uma nova construção a partir do conhecimento pré-existente sobre o tema investigado, a partir de uma busca sistemática e ordenada. Tem, portanto, a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas, contribuindo para o aprofundamento do objeto de pesquisa, revelando os limites e as possibilidades. (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa compreende de cinco etapas: 1) estabelecimento do problema, ou seja, definição do tema da revisão em forma de questão ou hipótese primária; 2) seleção da amostra (após definição dos critérios de inclusão); 3) caracterização dos artigos (definição das características ou das informações a serem coletadas dos artigos, por meio de critérios claros, norteados por instrumentos); 4) análise dos resultados (identificando similaridades e conflitos); e 5) apresentação e discussão dos achados (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A busca eletrônica foi realizada no período de junho de 2015, na base de dado: Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Foram selecionados artigos, publicados nos últimos seis anos (2010 a 2015), nos idiomas inglês e português. Para a prospecção dos estudos,

foram utilizados os descritores de forma combinada por meio dos operadores booleanos (AND e OR): participação social OR controle social AND Sistema Único de Saúde. O termo “controle social” até a finalização da coleta dos dados ainda não estava contido nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contudo sua utilização tornou-se necessária para a coleta dos artigos.

A coleta dos dados ocorreu em junho de 2015 e foi realizada através de busca *online* de artigos que respondessem a seguinte questão: Como se dá a representatividade nos Conselhos de Saúde?

Como critérios de inclusão para a seleção da amostra estabeleceram-se: artigos publicados no período de 2010 a 2015, nos idiomas inglês e português e que estivessem disponíveis na íntegra. A opção por este período de publicação justifica-se pela expressividade da produção brasileira sobre o tema durante o referido período. Foram excluídos artigos de reflexão, revisões sistemática e integrativa, dissertações, teses, editoriais de jornais sem caráter científico. Aqueles duplicados foram considerados somente uma vez.

O cruzamento dos termos resultou num total de 78 artigos. Após aplicação dos critérios e o refinamento da busca a partir da leitura dos artigos pré-selecionados, a amostra restringiu-se a 11 artigos.

RESULTADOS

Nº	Nome dos autores/Ano de publicação	Período	Título	Objetivo	Principais resultados
1	Bispo Junior; Gerschman, 2015	Cadernos de saúde pública	Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil	Analisar a representatividade e a representação de interesses no CES/BA.	O estudo evidencia um conjunto de problemas referentes à representatividade no CES/BA. São discutidas as peculiaridades da representação nas instâncias de participação social e as dimensões que conferem legitimidade aos representantes.
2	Sipioni; Silva, 2015	Saúde em Debate	Democracia e saúde: a prestação de contas como legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES)	Analisar a representação da sociedade no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES) a partir da prestação de contas dos representantes.	Apesar de alguns discursos demonstrarem distanciamento entre ambos, outros indicam grande proximidade, o que revela certa legitimidade da atividade participativa nestas instâncias. É necessário aprofundar esse debate para que se possa ampliar as possibilidades de um melhor entendimento sobre a representação em instâncias participativas.
3	Kleba; Zampiro; Comerlatto, 2015	Saúde e sociedade	Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde	Analisar a incorporação de deliberações do Conselho Municipal da Saúde em Chapecó/SC.	A implementação das decisões depende de diferentes órgãos ou de outras esferas de governo, não apenas da competência dos conselheiros para formular ou defender suas propostas, ou ainda do interesse, compromisso ou engajamento do gestor municipal. O pouco tempo disponível para o debate nas reuniões do Conselho resulta muitas vezes em decisões que desconsideram fatores importantes, como a capacidade instalada, recursos disponíveis e previsões para a manutenção das atividades incorporadas. O impacto da participação social sobre as políticas públicas na área da saúde requer qualificação do processo decisório, prevendo os múltiplos fatores, de caráter técnico e também político, envolvidos em sua implementação.

Nº	Nome dos autores/Ano de publicação	Periódico	Título	Objetivo	Principais resultados
4	Muller Neto; Artmann, 2014	Cadernos de saúde pública	Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde	Analisar os discursos dos participantes sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde.	Os discursos encontrados refletem um consenso sobre a importância da conferência municipal de saúde, mesmo no caso daqueles que questionam a efetividade de suas decisões no planejamento e na gestão. Observaram-se discursos resultantes de interpretações de tradições teóricas distintas.
5	Oliveira; Ianni; Dallari, 2013	Ciência e Saúde Coletiva	Controle social no SUS: discurso, ação e reação	Descrever e analisar a dinâmica da participação social, a partir das representações sociais dos Conselheiros Municipais de Saúde de Belo Horizonte sobre os sentidos do controle social.	Verifica-se que a instituição política Conselho Municipal de Saúde, reflexivamente, aciona diversos mecanismos para aprimorar seus modos de ação e organização e, também, o comprometimento dos atores para com esse fórum.
6	Martins et al, 2013.	Saúde em Debate	Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde	Aferir o grau de conhecimento dos usuários, trabalhadores e gestores de saúde, bem como dos representantes desses segmentos no Conselho Municipal de Saúde do Município de Colombo, localizado no Estado do Paraná.	Os resultados demonstram grande desinformação dos usuários, dos novos conselheiros e da maioria dos trabalhadores, em contraste com os gestores e os conselheiros com mais tempo no cargo

Nº	Nome dos autores/ Ano de publicação	Periódico	Título	Objetivo	Principais resultados
7	Coelho, 2012	Saúde e sociedade	Construindo a participação social no SUS: um conspente repensar em busca de equidade e transformação	Reflexões sobre a busca e o exercício da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo seu conceito como as diferentes ações dos grupos sociais que influenciam a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas.	As ações de construir a cidadania e formar sujeitos coletivos são tomadas como fundamentos para a conquista de espaços democráticos e de direitos sociais. No ambiente dos espaços institucionais de participação, foram destacados elementos necessários para consolidar e efetivar a participação popular, como a relação entre os atores e a comunicação para a socializar as informações e conhecimentos em saúde.
8	Cotta et al, 2011	Physis	O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde.	Analisar a experiência do controle social, via Conselho de Saúde - CS, em um município de pequeno porte.	O que se verificou foi um grande desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação social em saúde, gerando assim uma forte influência dos gestores locais na dinâmica e no funcionamento do CS, principalmente na determinação de seus membros, impedindo, dessa forma, que esse seja um espaço concreto para que os usuários se apropriem da forma institucional e política do conselho.
9	Cotta et al, 2010	Physis	Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde.	Capacitar os Conselheiros Municipais de Saúde do município de Viçosa-MG, visando a sensibilizá-los para o exercício pleno e consciente de seu papel no controle social, possibilitando assim a construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário.	Como resultado, foi possível identificar alguns desafios para o exercício do controle social, como a importância da participação ativa e da necessidade de buscar informações e trocar experiências. Destarte, destaca-se que a participação dos conselheiros de saúde em oficinas de capacitação aparece como uma possibilidade de superação das dificuldades de implementação das conquistas legais, ao sensibilizar estes atores sociais para transpor a posição de meros expectadores passivos em protagonistas na construção de um sistema de saúde universal e equitativo.

Nº	Nome dos autores/Ano de publicação	Periódico	Título	Objetivo	Principais resultados
10	Corta, Cazal, Martins, 2010	Ciência e Saúde Coletiva	Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social.	Analisar o formato institucional do CMS de Viçosa (MG), abordando sua estrutura e dinâmica de funcionamento, regras de composição e competências.	<p>Dos 34 membros entrevistados (77,2% dos membros do CMS), 44,2% afirmaram que as decisões tomadas no CMS não são informadas à população e 35,3% não repassam as informações sobre as propostas e discussões tomadas no CMS para discussão e deliberação por seus pares. Pela análise documental, constatou-se que a composição do CMS de Viçosa, na gestão estudada, não está de acordo com a distribuição prevista pela legislação federal. Os resultados sugerem a existência de problemas relacionados à representação, limitando a participação social no conselho.</p>
11	Kleba et al, 2010	Ciência e Saúde Coletiva	O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC)	Analisar a efetividade do controle social a partir do estudo sobre atribuições dos Conselhos Municipais da Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Educação e da Saúde no município de Chapecó (SC).	<p>A análise das informações revela sobrecarga de atribuições burocráticas, restringindo o debate político inerente ao papel dos conselheiros. Além disso, questionamos a legitimidade de suas atribuições, considerando as condições objetivas de sua participação: o caráter voluntário, não profissional, não remunerado; o tempo restrito dos encontros; a falta de estrutura física e operacional qualificada e autônoma, entre outras. Os conselhos gestores são espaços de exercício de cidadania, o que requer maior atuação na criação e no fortalecimento de canais e processos de diálogo com diferentes atores sociais, constituindo elos na rede de parcerias em prol do enfrentamento dos problemas sociais da cidade e da construção de condições favoráveis à vida.</p>

A partir da questão da pesquisa, os estudos foram agrupados, de forma a permitir uma maior apresentação com os objetos trabalhados em cada um deles e seus respectivos resultados. Dessa forma, os estudos analisados foram categorizados e aqueles que apresentavam em seus achados os desafios da representação nos Conselhos de Saúde foram selecionados para a discussão neste capítulo.

DISCUSSÃO

A democracia representativa e suas instituições políticas tradicionais, como o parlamento e os partidos políticos, têm sido percebidas como insuficientes para garantir a democracia em sociedades complexas, com uma crescente sociedade civil. Conseqüentemente, a crise desse modelo vem gerando movimentos em várias partes do mundo, inclusive no Brasil, que o contestam ou afirmam sua insuficiência. Apontamos para a necessidade de combinar a democracia representativa dos modernos com mecanismos de democracia direta dos antigos, ou seja, a democracia participativa, onde o cidadão não delega poderes aos seus representantes, mas participa, diretamente, da tomada de decisões (SANTOS; AVRITZER, 2002)

Como consequência da pressão exercida pela população durante a ditadura militar teve-se um aumento substancial da participação popular nas decisões relativas à vida pública, resultado disso foi a criação de instituições participativas. Assim os conselhos gestores e as conferências de saúde, instituídos legalmente formam a base da participação

da sociedade civil nas decisões relativas às políticas públicas brasileiras.

A multiplicação de espaços de participação conduziu à transformação da representação política, o que fez transbordar, parcialmente, às fronteiras das eleições. A sociedade civil, ainda que de forma não exclusiva, assume a responsabilidade de direcionar e exercer o controle das funções executivas, especificamente em determinadas áreas de políticas sociais. Atores societários passam a desempenhar funções de representação política, mesmo que não tenham sido eleitos pela maioria da população para este fim. Assim, são estabelecidos novos formatos e meios de representação, como os exercidos pelos conselhos de saúde.

Contudo, os estudos revelam uma série de obstáculos à representação nos conselhos de saúde, dentre eles o processo de escolha dos representantes, a distorção na representação e a frágil relação entre representantes e representados.

O estudo realizado por Bispo Junior e Gerschman (2015) no Conselho Estadual de Saúde da Bahia, revela a escolha dos representantes como desafio à legitimidade dos conselhos de saúde. Na pesquisa os autores identificam três métodos de escolha dos representantes: o presidente da entidade assume naturalmente a representação no conselho; a escolha do representante é feita pelo corpo dirigente da entidade; a escolha é feita por eleição em assembleia ou reunião do corpo de filiados da entidade. Este último, embora possa parecer o critério mais democrático e natural para escolha da representação, segundo os autores, poucas foram as entidades que publicizaram entre os seus membros o processo de eleição para representante.

A pouca transparência nos critérios de escolha dos representantes, evidenciada nos estudos converge com os achados de Labra (2010) que embora em seu estudo também tenha observado um cenário de representação difusa, com a escolha de representantes por múltiplos métodos, a autora sugere que, para a maioria dos casos, não são as comunidades que escolhem seus representantes, mas as cúpulas dirigentes que designam seus indicados no conselho. Para a autora, as associações da sociedade civil muitas vezes replicam em seu interior os mesmos traços autoritários e excludentes ainda prevalentes na sociedade brasileira, constituindo-se em instâncias pouco democráticas.

Como observado no estudo de Cotta, Cazal e Martins (2010), 52,9% dos conselheiros relataram ter sido indicados por seus pares para comporem o Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG. Realidade semelhante foi encontrada por Morita, Guimarães e Di Muzio (2006) no município de Bertioga-SP, onde a maioria dos entrevistados ingressou no conselho por indicação das suas entidades de classe, não considerando a necessidade de eleição. Este mesmo estudo concluiu que, ao invés de seguir um processo mais transparente e democrático, a eleição dos conselheiros acaba se transformando possivelmente num instrumento de manipulação política.

Como estratégia de superação da realidade posta, cabe aqui, apresentar a reação do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte aos problemas relacionados a escolha dos seus representante. De acordo com o artigo de Oliveira, Ianni e Dallari (2013), a cada dois anos o referido conselho passa por um processo de renovação de seus 72 membros,

entre efetivos e suplentes. Nesse sentido é publicado um chamamento público visando sua renovação, neste chamamento são convidadas as diversas entidades associativas para participarem do processo de escolha dos conselheiros municipais para o período de 2010/2012. Esse processo foi conduzido por meio de uma comissão eleitoral, paritariamente constituída e eleita em plenário. Essa iniciativa foi publicada em um jornal de grande circulação de Belo Horizonte e, também, veiculada no Jornal do Ônibus – veículo de comunicação da prefeitura que divulga mensagens de interesse público, sem cunho político ou comercial, para aproximadamente 1,5 milhão de pessoas/dia (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

A construção de um processo eleitoral robusto é um mecanismo fundamental no sentido de se legitimar a representação. Entretanto, esse mecanismo precisa ser complementado por outro que estimule a participação da diversidade de sujeitos existente na sociedade. Essa participação só será possível quando a sociedade, em sua diversidade, tiver o aporte de conhecimentos que promovam não só a sua efetiva participação, mas, principalmente, o gosto em participar, questão esta também levantada nos artigos de Bispo Junior e Gerschman (2015); Sipioni e Silva (2015); Kleba, Zampiom e Comerlato (2015); Cotta, Cazal e Martins (2010); Kleba et al (2010)

Outro desafio à representatividade encontrados nos artigos diz respeito a quem se representa, ou seja, a que ou quais interesses os representantes estão articulados. Acredita-se que três possíveis interesses podem estar envolvidos: o interesse pessoal, o interesse da entidade a que representam e o interesse da coletividade.

Tal condição foi discutida no artigo de Bispo Junior e Gerschman (2015), quando os autores identificam uma velada disputa entre alguns representantes sociais, com o propósito de conseguir inserir na discussão do conselho os assuntos relativos à sua categoria. O autor identificou ainda que os que mais tencionaram na defesa de sua pauta específica foram os trabalhadores em saúde e os representantes de patologias, sugerindo, portanto, que os representantes buscavam assegurar os interesses das entidades a que pertenciam.

Nesta mesma perspectiva Sipioni e Silva (2015) obtiveram resultados convergentes. As análises dos discursos revelaram uma visão mais focada de representação em que se assume o papel do representante como aquele que representa a vontade da entidade, algumas falas presentes no artigo também mostraram que esse ideal de representação política ocorre não somente nos representantes, mas naqueles que são representados.

Em estudo realizado por Cotta et al (2011), os autores constataram que 40,6% (n= 13) dos conselheiros não sabiam informar qual categoria representavam, 31,3% (n=10) relataram ser apenas suplentes ou titulares, e apenas 28,1% (n= 9) sabiam relatar corretamente qual categoria representavam, sendo que, entre estes últimos, todos eram representantes do governo. Os autores observaram que a inexistência, no conselho, de membros que realmente sejam representantes do interesse da população usuária do sistema sanitário, uma vez que, segundo os autores, todos os conselheiros entrevistados foram indicados pelo gestor local e, além disso, segundo a pesquisa, muitos apresentavam com ele algum tipo de ligação política ou empregatícia.

Essa grande influência das forças políticas locais pode ser identificada como um fator de impedimento do processo de modernização da sociedade e de superação das formas mais arcaicas de poder. O que observamos no artigo de Cotta et al (2011) também ocorre em vários locais do Brasil, nos quais temos uma convivência pacífica entre as forças patrimoniais, clientelistas (herdadas do colonialismo) e burocráticas, que, já cristalizadas na sociedade, geram uma grande resistência às possibilidades de superação e de mudança da realidade política, impedindo dessa forma, a instalação de novos modelos e estruturas que visem ao fortalecimento da sociedade civil e à construção de uma realidade democrática. O pouco comprometimento das elites políticas brasileiras com a democracia, e o desencanto da população com a possibilidade concreta de efetivação democrática podem acarretar numa situação de preservação e continuísmo desse tipo de regime autoritário.

Em contradição às pesquisas acima citadas, Muller Neto e Artman (2014) na discussão dos seus achados identificaram que a noção de representação das diferentes identidades, ou seja, a noção de que o representante deve representar interesses amplos que impliquem na melhoria da saúde da população, aparece com ênfase nos discursos dos sujeitos coletivos, o que demonstra a importância atribuída pelos sujeitos sociais à noção de coletividade, em detrimento à interesses individuais ou da entidade a qual representam.

Vale ressaltar que esses três tipos de representação de interesses não são excludentes entre si. A análise dos artigos demonstrou que, muitas vezes, os representantes não mantêm apenas um desses três níveis de interesse. Ou seja,

o mesmo representante, a depender da conjuntura e da correlação de forças estabelecida, pode se posicionar motivado por interesses pessoais, das entidades ou em defesa da coletividade na busca pela ampliação do nível de saúde da população, a diferença está na maior ou menor propensão à uma ou outra forma de interesse. Mesmo que alguns conselheiros demonstrem maior inclinação para posicionamentos individuais ou corporativos, isto não significa que ajam motivados apenas por estes tipos de interesses. Como afirma Coelho (2012, p.148), *“é natural que um conselheiro leve as reivindicações de seus pares, mas estas não podem ser mais importantes que as do conjunto”*. O que se faz necessário é que interesses individuais e corporativos não prevaleçam sempre aos interesses de ampliação da saúde e fortalecimento do Sistema único de Saúde.

O principal desafio à representação apontado por Sipiione e Silva (2015) refere-se à fragilidade de comunicação entre os representantes e os representados. Os autores identificam uma postura de autonomia do representante perante a entidade representada, de acordo com a análise feita dos discursos há subestimação da opinião dos seus membros da entidade e entendimento de que sua experiência como conselheiro lhe dá respaldo para tal autonomia conferindo subsídios para afirmar que a cultura política tradicional, que sugere a existência do político profissional, ainda alicerça a atuação desses novos representantes. Ao mesmo tempo, reafirma que falta a eles uma qualificação técnica e política capaz de subsidiar sua participação.

Segundo Sipiioni e Silva (2015) muitos representantes participam das plenárias do conselho sem consultar suas

bases, ou seja, a entidade que representam, falando em seu nome e não em nome do coletivo, o que caracteriza o interesse individual, e muito menos compartilham as decisões tomadas nas plenárias com seus pares. A baixa representatividade das lideranças revela-se, portanto, um elemento essencial para a compreensão da fragilidade dos conselhos. Convergindo com este achado, Cotta, Cazal e Martins (2010) em estudo realizado no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG desvelaram que, 35,3% dos entrevistados não discutiam com seus pares as questões tratadas nas reuniões do conselho e muito menos transmitem as informações e/ou decisões para seus pares.

Esse distanciamento entre representantes e representados foi encontrado também em outros estudos. Guizard e Pinheiro (2006) problematizaram a concretização da representatividade, referindo nos seus resultados que a maioria dos conselheiros disse “sentir-se presença individual, e não institucional, no conselho”.

Cabe lembrar que o compromisso entre representantes e representados deve acontecer tanto na articulação da entidade/base com seus representantes como também entre os próprios membros da base representada. Sendo assim, se a base está desarticulada ou se seus membros não possuem união para reivindicar atitudes específicas de seu representante, este se tornará cada vez mais autônomo e independente para tomar decisões.

Diante os desafios à representatividade até agora apresentados, o conhecimento emerge como principal ferramenta para a superação dos obstáculos supracitados. Em seu estudo Martins et al (2013) observaram que a maior

parte dos conselheiros representantes de segmentos dos usuários e trabalhadores de saúde não consegue ter uma boa noção de questões como o orçamento da saúde e, desta forma, qualquer ideia ou proposta apresentada pelo segmento dos gestores é, em geral, aceita sem questionamentos. Assim, verifica-se que *“ter acesso à informação sem apropriar-se de seu significado, sentido e contexto empobrece o potencial de uso da informação nas discussões sobre as políticas de saúde”* (CARVALHO, 2014, p. 49).

O conhecimento contribui para a tomada de decisões, sem ele não há como a população organizada exercer o seu papel de fiscalizadora e avaliadora dos serviços, e consequentemente de conseguir a melhoria real de sua saúde. Por isso a comunicação está relacionada ao poder, e sua apropriação pelas camadas populares é um importante instrumento de luta contra a hegemonia, retirando a população do papel de refém do saber técnico (COTTA et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante ao fato dos estudos aqui discutidos demonstrem que os conselhos apresentam dificuldades nos aspectos organizativos e deliberativos, Côrtes (2009) destaca que esses fóruns se constituem em importantes instrumentos da democracia deliberativa e participativa. Segundo Escorel e Moreira (2012), os conselhos – como espaço de poder, de conflito e de negociação – representam a possibilidade de a população interferir nas ações governamentais. Nesse contexto, essas instâncias podem contribuir para o

esmaecimento do clientelismo e do fisiologismo tradicionais, além de possibilitar o desenvolvimento do aprendizado do exercício do poder político, resultando, por sua vez, no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Bibliografia Básica

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

MARTINS, C. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, set. 2013 .

COTTA, R.M.M et al . Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010.

COTTA, R. M. M et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011 .

SANTOS, B. S & AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, BS (Org.) **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2002.

BISPO JUNIOR, JP; GERSCHMAN, S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2015.

BRASIL. **Lei 8.142, 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 de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 16 set. 2014.

COELHO, JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saude soc.**, *São Paulo*, v. 21, *supl. 1*, 2012.

CARVALHO, GCM. **Participação da comunidade na saúde**. *São Paulo: Saberes editora*, 2014.

COTTA, R.M.M; CAZAL, M.M; MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

GUIZARDI FL, PINHEIRO R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.

KLEBA, ME et al . O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciênc. saúde coletiva**, *Rio de Janeiro*, v. 15, n. 3, 2010.

KLEBA, ME; ZAMPIROM, K; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um conselho municipal de saúde. **Saúde soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, 2015.

LABRA, ME. Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidade e paradoxos do controle social. In: UGÁ MAD, SÁ MC, MARTINS M, BRAGA NETO FC, organizadores. **A gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 89-118.

MULLER NETO, JS; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2014.

OLIVEIRA, AMC; IANNI, AMZ; DALLARI, SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, 2013.

SIPIONI, ME; SILVA, MZ. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, 2015.

SOUZA MT, SILVA MD, CARVALHO R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, v. 8, n. 1, 2010.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102-128.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Cebes, 2012. p. 979-1010.

MORITA, Ione; GUIMARAES, Julliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-57, abr. 2006.

CUSTOS, IMPACTO E AVALIAÇÃO ECONÔMICA DA DENGUE: uma revisão integrativa.

Sonia Samara Fonseca de Moraes

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença infecciosa viral de transmissão vetorial (*Aedes aegypti*) que traz na sua dinâmica de disseminação elementos de dimensões biológicas, condutas ecológicas, políticas e econômicas, o que a caracteriza como um problema complexo e exige um enfoque sistêmico para seu controle. Essa enfermidade é causada por um arbovírus da família Flaviviridae com quatro tipos imunológicos: DENV1-4. Uma vez instalada a infecção, cada sorotipo proporciona imunidade permanente específica e imunidade cruzada por curto prazo, desaparecendo em média após seis meses (TIMERMAN et al., 2009; FUNASA, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no período de 2000-2004, a média anual global foi de 925.896 casos, quase o dobro do número de casos (479.848) ocorridos no período de 1990-1999. Em 2001, um recorde de 69 países relataram infestação de dengue à OMS e, em

2002, somente a região das Américas informou mais de 1 milhão de casos (GUZMAN; KOURI, 2002; GUBLER, 2004). Entre 2005-2006, foram descritos supostos surtos de dengue no Paquistão, Arábia Saudita, Iêmen, Sudão e Madagascar, e um grande surto de dengue envolvendo mais de 17.000 casos em ilhas de Cabo Verde em 2009 (WHO 2006, 2009; FRANCO et al., 2010).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a incidência global da dengue aumentou 30 vezes ao longo dos últimos 50 anos. São estimados 50-100 milhões de casos anualmente em mais de 100 países endêmicos, colocando quase metade da população do mundo em risco (GUBLER, 2002).

Atualmente os países asiáticos e latino-americanos são os mais afetados e a dengue grave se tornou uma das principais causas de hospitalização entre crianças e adultos dessas regiões (WHO, 2011). É importante definir as características das epidemias em diferentes regiões e sub-regiões devido à variação da epidemiologia da dengue. Há um predomínio de Dengue Clássica nas Américas, em adultos jovens, diferindo do Sudeste Asiático, onde a Febre Hemorrágica da Dengue predomina em lactentes e crianças (HARRIS et al., 2000; HUNG et al., 2005; HALSTEAD, 2006; OOI; GOH; GLUBER, 2006; GUILARDE et al., 2008; SAN MARTIN et al., 2010).

No Brasil, a primeira epidemia de dengue ocorreu em 1982 em Roraima, com isolamento de DEN-1 e DEN-4, e registro de onze mil pessoas infectadas. No Rio de Janeiro, em 1986, veio uma segunda epidemia com uma força de transmissão viral tão intensa que mais de um milhão de

peças foram infectados pelo DEN-1 (NOGUEIRA et al., 1999; PONTES et al., 2000; SCHATZMAYR, 2001; SILVA JR. et al., 2002). A dengue se tornou endêmica no Brasil, intercalando-se epidemias, geralmente associadas à introdução de novos sorotipos, em áreas anteriormente in-denes (BRASIL, 2009).

No Brasil, a taxa de incidência da dengue ficou em 206,65 por 100 mil habitantes, no período de 1999 a 2010, de acordo com disponibilidade temporal do banco de dados do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN)/Ministério da Saúde. As regiões Norte e Nordeste obtiveram, somadas, 490,92 casos/100 mil habitantes para o mesmo período. Entretanto, através dos dados Tabnet – Indicadores de Morbidade – a taxa de incidência de casos de dengue no Brasil e Ceará, em 2010, chega a 514,09 e 214,98 por 100mil habitantes, respectivamente.

A estratégia atual de intervenção desenvolvida desde 2002 por meio do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) orienta-se a partir de três fundamentos: a) Programa de caráter permanente; b) gestão e execução do programa realizada pelos municípios e integração com as ações básicas de saúde; c) gestão integrada dos vários componentes do programa. O município gere e executa o PNCD com apoio dos estados e do Ministério da Saúde quando necessário, cabendo ao nível federal a maior parte do financiamento (FIGUEIRÓ et al., 2010).

O crescimento das epidemias, a elevação dos custos empregados com a prevenção, assistência médica aos pacientes, os prejuízos oriundos das incapacidades temporárias ou permanentes e das mortes prematuras em conse-

quência da infecção exercem uma influencia negativa sobre o processo de crescimento dos países em desenvolvimento, principalmente a América Latina, compreendendo o Brasil (BANCO MUNDIAL, 1993; MELTZER et al., 1998; LOPEZ et al., 2006)

Estimar o custo de intervenções em saúde é um importante componente de avaliação e aprimoramento da execução dos sistemas de saúde que estão envolvidos (JOHNS; BALTUSSEN, R.; HUTUBESSY, 2003). Os custos em saúde podem ser categorizados em custos diretos relacionados à saúde, custos diretos não relacionados à saúde, custos associados à perda de produtividade resultante de morbidade e mortalidade prematura e, finalmente, os custos intangíveis (PIOLA; VIANA, 2002; EDEJER et al., 2003; DRUMMOND et al., 2005).

A necessidade de estudos sobre custos de programas é estimar os custos de uma intervenção de saúde, incluindo intervenções clínicas, preventivas e políticas públicas de saúde. Independente do tipo de intervenção, os métodos envolvem a contextualização da análise de custos, a elaboração de um inventário de custos, a quantificação dos custos e o cálculo de medidas de custo finais. Para determinar custos de programas, os custos para recursos usados para prover tratamentos de saúde são geralmente categorizados como custos de capital e custos recorrentes (DRUMMOND et al., 2005).

A estratégia de custeio para se conhecer e mensurar os custos de programas de controle da dengue, no Brasil, não estão definidas. É importante ressaltar que a maioria das estimativas de custo relacionadas à dengue refere-se apenas

às epidemias. No Brasil pouco se sabe sobre os impactos socioeconômicos das endemias (HAYD et al., 2009). Não existem estimativas disponíveis do impacto econômico da dengue no período endêmico (MELTZER et al., 1998).

Para tanto, o objetivo do presente estudo foi revisar a literatura sobre trabalhos publicados nacionais e internacionais que abordassem sobre custos, avaliação e impacto econômico da dengue.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, com o propósito de obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores contribuindo para discussões sobre dengue, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008).

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta na base de dados (Medline, SciELO, Lilacs-BVS) – durante o mês de março de 2017. Para a busca foi utilizado o Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) “impacto econômico da dengue (10); Custos com dengue (10); avaliação em econômica da dengue (6)” a partir do qual foram encontrados 26 artigos indexados.

Realizado filtro dessa amostra após leitura os resumos de cada um dos trabalhos encontrados e aplicar os seguintes critérios de inclusão: artigos em português inglês e espanhol, publicados em português, inglês e espanhol, e que a

população e amostra do estudo abordassem conteúdos, relacionados a custo com dengue, impacto econômico da dengue e avaliação econômica da dengue. Tendo sido excluídos artigos que não correspondiam aos critérios do estudo e que não estavam disponíveis por completo por haver a necessidade de compra do artigo para visualiza-los na integra.

Após a aplicação desses critérios de inclusão a amostra final deste trabalho ficou constituída de 13 artigos. Para agrupamento e posterior análise desses artigos foi elaborada um quadro, a qual incluiu ano, autores, revista do trabalho, país, titulo, objetivo do estudo e descritores utilizados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A presente revisão analisou um total de 13 artigos publicados em português, inglês e espanhol encontrados com os descritores correspondendo ao número de artigos encontrados de acordo com o quadro 1. Foram encontrados artigos com pesquisas realizadas nos seguintes países: Argentina, Porto Rico, Brasil, Venezuela e Cuba.

Quadro 1 - Artigos selecionados e incluídos na pesquisa

DESCRITORES	NÚMERO DE ARTIGOS
Impacto econômico da dengue	06
Custos da dengue	04
Avaliação econômica da dengue	03

No quadro 1.1, descreve os estudos encontrados sobre impacto econômico da dengue e suas características definidos como:

Na pesquisa realizada na Argentina, publicada na revista de Saúde Coletiva, em espanhol, que teve como objetivo estimar a carga econômica dos casos notificados de dengue durante a epidemia na Argentina em 2009.

Entre os custos, os custos médicos considerados necessários para o tratamento das pessoas afetadas e os custos de oportunidade para aqueles que pararam de trabalhar ou estudar por causa da doença. Os resultados permitem estimar entre 26 a 40 milhões de pesos argentinos (6 a 9 milhões de dólares) como o custo global dos casos registrados. As regiões do norte da Argentina deu a mais alta carga da doença econômica (mais de 90% da carga total). Para todas as regiões, o custo social de um caso de dengue representa mais de 40% da renda pessoal mensal líquido médio (TARRAGONA, S. et al, 2012).

Estudo realizado em Porto Rico apresenta como resultados as mulheres consideraram a dengue importante por causa de seu impacto econômico, emocional e de saúde, e elas estavam preocupadas com mais frequência do que os homens sobre a remoção de lixo e eliminação de água. Os participantes com diagnóstico prévio de dengue estavam mais preocupados com o risco da doença, tinham mais conhecimento sobre a dengue e sua prevenção e recomendavam o uso de repelentes com mais frequência do que seus homólogos sem um diagnóstico prévio de dengue. (PÉREZ-GUERRA CL, 2009)

No estudo que analisa o programa de controle da dengue na América Latina foram definidos os principais fatores de risco para a ocorrência de dengue na região. Embora exista pouca informação sobre o impacto econômico da dengue na região em termos de carga de doenças, a perda estimada associada à doença é da mesma ordem de grandeza que a tuberculose, as doenças sexualmente transmissíveis (excluindo o HIV / AIDS), a doença de Chagas, a leishmaniose, Ou helmintos intestinais. Os dados sobre custo-eficácia e análise custo-benefício dos programas de controle da dengue na América Latina são escassos; No entanto, o custo por AVAD evitado pelos programas de controle durante os períodos endêmicos parece baixo, em comparação com outras doenças transmitidas por mosquitos como a febre amarela, a leishmaniose ou a malária. Além disso, a relação custo-benefício dos programas de controle provou ser positiva (TORRES, J.R.; CASTRO, J.,2007).

Estudo realizado na Venezuela, apresenta como objetivo, determinar os custos diretos e indiretos dos cuidados médicos prestados aos casos de dengue e febre hemorrágica da dengue / síndrome de choque da dengue (FHD / SCD) entre 1997 e 2003 no Estado de Zulia, Venezuela. Durante o período do estudo, 33,857 casos de dengue e FHD / SCD foram vistos. Destes, 30.251 (89,35%) casos de dengue foram e 3606 (10,65%) casos de dengue hemorrágica foram/DSS. Seis casos de FHD / SCD morreram (taxa de letalidade: 0,2 por 100 casos de FHD/SCD). Foram direto custa US \$ 474 251,70; destes custos, US \$ 132 042.30 foram gastos em cuidados médicos de emergência e US \$ 342 209,40 sobre os custos hospitalares de casos / DSS

DHF. Foram indiretos custa US \$ 873 825,84 e compreendeu 64,8% das despesas totais (US \$ 1 348 077,54) ligados a esta doença Durante os anos de estudo.(AÑEZ G, BALZA R, VALERO N, LARREAL Y,2003).

Em Cuba, forma diagnosticados 3 012 casos, confirmados sorologicamente, em uma epidemia produzida pelo sorotipo 2 do vírus da dengue no município de Santiago de Cuba da República de Cuba; 205 se classificaram como casos de febre hemorrágica de dengue (FHD) e 12 óbitos. Foram estimados impactos econômicos ocorridos durante a epidemia da dengue neste município e análise de custos por hospitalização e controle terapêutico do pacientes, controle de vetores e vigilância laboratorial. Um custo total de US \$ 10.251.539, dos quais 76% foram utilizados no controle de vetores e 18% em custos hospitalares foram estimados a relação custo-benefício dos programas de prevenção e controle discutido, comparando-os com os custos necessários para controlar epidemiologista (VALDÉS G L, MIZHRAHI JV, GUZMÁN MG, 2002).

Quadro 1.1 – Estudos encontrados na literatura sobre impacto econômico da dengue e suas características: autor, periódico, ano de publicação, país, título, objetivo e descritores.

AUTOR PERIODICO ANO DE PUBLICAÇÃO	PAÍS	TITULO DO ARTIGO	OBJETIVO	DESCRITORES
TARRAGONA S, MONTEVERDE M, MARCHIONI S, CAPO-RALE J, PEREIRO AC, PALACIOS JM Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 8, n.2, p.151-162, 2012.	Argentina	Dengue en la Argentina: un análisis económico del impacto de la epidemia de 2009	El presente estudio estima la carga económica de los casos notificados de dengue durante la epidemia argentina de 2009	Dengue; Costo de Enfermedad; Argentina
PÉREZ-GUERRA CL, ZIELINSKI-GUTIERREZ E, VARGAS-TORRES D, CLARK GG Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health v. 25, n3, p. 218-226, 2009.	San Juan, Puerto Rico	Community beliefs and practices about dengue in Puerto Rico	This study explored differences found in interviews conducted in 2001 in attitudes toward dengue and its prevention by respondents' gender and whether they had a prior dengue infection.	Dengue; health education; vector control; Puerto Rico
TORRES JR, CASTRO J Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 1:S23-S31, 2007.	Brasil	The health and economic impact of dengue in Latin America	Analysis of dengue control programs in Latin American	Dengue; Risk Factors; Health Care Costs
AÑEZ G, BALZA R, VALERO N, LARREAL Y Rev Panam Salud Publica; v. 19, n.5, p.314-320, 2006.	Venezuela	Impacto económico del dengue y del dengue hemorrágico en el Estado de Zulia, Venezuela, 1997-2003	Determinar los costos directos e indirectos asociados con la atención de los casos de dengue y de dengue hemorrágico o síndrome de choque por dengue (DH/SCD) entre los años 1997 y 2003 en el Estado de Zulia, Venezuela	Dengue; fiebre dengue hemorrágica; costo de enfermedad; Venezuela

AUTOR PERIODICO ANO DE PUBLICAÇÃO	PAÍS	TITULO DO AR- TIGO	OBJETIVO	DESCRITORES
VALDÉS G L, MIZHRAHI JV, GUZMÁN MG REV CUBANA MED TROP; v. 54, n.3, p. 220-227, 2002.	Cuba	Impacto econômico de la epidemia de dengue 2 en Santiago de Cuba, 1997	En este trabajo se presenta un análisis de los gastos incurridos en el control de la epidemia de dengue de 1997 de Santiago de Cuba	Dengue/epidemiología; dengue/prevenção & controle; custos de la atención en salud; análisis de costo beneficio
VASCONCELOS PFC et al. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical v. 32, n.2, p.171-179, 1999.	Brasil	Inquérito soro-epidemiológico na Ilha de São Luis durante epidemia de dengue no Maranhão	Os objetivos do inquérito foram os seguintes: 1) conhecer a prevalência da epidemia nos municípios afetados; 2) estimar o número de infecções causadas pelo vírus dengue; 3) avaliar a distribuição dos casos por sexo e faixa etária na população alvo do estudo; e 4) estratificar a ocorrência de casos entre as diferentes classes socioeconômicas e graus de instrução.	Dengue. Epidemia; Inquérito soro epidemiológico Aleatório;

No quadro 1.2, descreve estudos com resultados sobre custos da dengue e características relacionadas como:

Neste estudo de revisão é encontrado como resultados que diversas tecnologias têm sido desenvolvidas como alternativas no controle do *Aedes aegypti*, utilizando-se diferentes mecanismos de ação – como monitoramento seletivo da infestação, medidas sociais, dispersão de inseticidas, novos agentes de controle biológico e técnicas moleculares para controle populacional dos mosquitos –, considerando-se também a combinação entre elas. As tecnologias em desenvolvimento demandam avaliação da eficácia, viabilidade e custos para implementação como estratégias complementares às ações já preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (ZARA ALSA et al., 2016).

Na pesquisa realizada no Rio de Janeiro propõe-se estimar o custo representado pelos casos de dengue atribuídos ao desastre de 2011, em Nova Friburgo (RJ). Verificou-se que ocorreram 1.356 casos suspeitos de dengue, dos quais 937 foram confirmados. O custo total da doença pode ter variado, no mínimo, entre R\$ 66 mil e R\$ 499 mil, no cenário de menor valor de salário, sendo que cerca de 70% desse custo ocorreu entre os casos confirmados (PEREIRA CAR et al, 2014).

Quadro 1.2 – Estudos encontrados na literatura sobre custos da dengue e suas características: autor, periódico, ano de publicação, país, título, objetivo e descritores.

AUTOR PERIODICO ANO DE PUBLICAÇÃO	PAÍS	TITULO DO ARTIGO	OBJETIVO	DESCRITORES
ZARA ALSA et al Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, v. 25 n. 2, p.391-404, 2016.	Brasil	Estratégias de controle do Aedes aegypti: uma revisão	Descrever as principais estratégias de controle do Aedes aegypti, com ênfase nas inovações tecnológicas promissoras para utilização no Brasil.	Aedes; Insetos Vetores; Controle de Vetores; Controle de Mosquitos; Literatura de Revisão como Assunto
PEREIRA CAR et al Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n.9, p. 3693-3704, 2014.	Brasil	Avaliação econômica dos casos de Dengue atribuídos ao desastre de 2011 em Nova Friburgo (RJ), Brasil	Estimar o custo representado pelos casos de dengue atribuídos ao desastre de 2011, em Nova Friburgo (RJ)	Avaliação de desastres, Custos da doença, Custos de cuidados de saúde
SILVEIRA JÚNIOR JC Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.	Brasil	Pontos e linhas, pontes e retalhos: as experiências de implantação de tecnologias no domínio geográfico na vigilância vetorial para a dengue, em Recife e Santa Cruz do Capibaribe - PE	O objetivo desta tese é a estruturação de um modelo de uso integrado de geotecnologias abertas, em particular os bancos de dados geográficos e sistemas de informações geográficas com o uso auxiliar de imagens de sensoramento remoto e dados de GPS	Vigilância epidemiológica; controle de vetores; sistemas de informação geográfica; tecnologia de sensoramento remoto; dengue - prevenção & controle; aedes; distribuição espacial da população
RESENDE MC, SILVA IM, EIRAS AE Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, v. 19, n. 4, p. 329-338, 2010	Brasil	Avaliação da operacionalidade da armadilha MosquiTRAP no monitoramento de Aedes aegypti	Avaliar a capacidade dos agentes de saúde para identificar corretamente os mosquitos capturados pela MosquiTRAP e comparar o tempo gasto na pesquisa larvária, ovitampa e MosquiTRAP	Armadilha para mosquito; vigilância; Aedes aegypti

No quadro 1.3, descreve estudos com resultados sobre avaliação econômica da dengue e características relacionadas como:

Os gastos públicos do setor de saúde no Brasil incluem aqueles efetuados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destinados ao equacionamento da doença. O custo de uma doença pode incluir tanto as despesas do sistema de saúde com o tratamento do agravo, quanto às despesas ou os prejuízos incorridos pela sociedade, como os dias de trabalho perdidos devido à doença ou os potenciais anos de vida perdidos devido ao agravo. Dessa forma, agregando-se as parcelas do sistema de saúde e da sociedade, têm-se uma aproximação do custo real da doença, ou seja, do seu custo total. Esse custo total é chamado também de custo social. Mas vale lembrar que o custo social, neste sentido, não se refere apenas às parcelas da sociedade, mas sim ao custo total, inclusive do sistema de saúde (PEREIRA CAR et al, 2014)..

Na pesquisa realizada no Rio de Janeiro, descreve nos resultados que foram gastos pelo Sistema de Saúde com o tratamento dos casos suspeitos, seja em ambiente ambulatorial ou hospitalar, o valor de R\$ 58.341,97, sem considerar gastos com exames diagnósticos. Deste total, R\$ 45.791,97 é referente ao gasto com casos suspeitos tratados em ambiente hospitalar, e R\$ 12.550,00 se refere àqueles tratados em ambulatório. Do montante utilizado para tratamento hospitalar da dengue, R\$ 34.622,58 (75,61%) foi o gasto incorrido entre os casos que receberam confirmação diagnóstica. Os R\$ 11.169,39 restantes (24,39%) foram gastos com os casos hospitalares inicialmente suspeitos, mas que depois foram descartados (PEREIRA CAR et al, 2014).

Conhecendo-se o impacto financeiro de uma doença é mais fácil avaliar o custo-benefício de projetos e programas voltados à sua redução. A medida da carga financeira e social de uma doença é uma informação que pode ser útil, para que a gestão em saúde e ambiente possa decidir onde e como aplicar seus recursos, e que justifica a necessidade de investimento e fortalecimento do setor de Vigilância em Saúde, que é fundamental para o controle de surtos e minimização dos efeitos de desastres sobre a saúde (PEREIRA CAR et al, 2014).

Quadro 1.3 – Estudos encontrados na literatura sobre avaliação econômica da dengue e suas características: autor, periódico, ano de publicação, país, título, objetivo e descritores.

AUTOR PERIODICO ANO DE PUBLICA- ÇÃO	PAÍS	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	DESCRITORES
FIGUEIRÓ AC, HARTZ Z, SAMICO I, CESSE EAP Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p.2095-2105, 2012	Brasil	Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Den- gue	Sistematizar os usos e influência do processo e resultados de duas avaliações sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue, para tomada de decisão de gestores e profissionais envolvidos	Avaliação em Saú- de; Dengue; Pla- nos e Programas de Saúde
VILAS BOAS, V.A. et al J Bras Patol Med Lab, v. 47, n. 2, p. 129-136, abril 2011	Brasil	Triagem sorológica e influência do conhe- cimento sobre a den- gue em pacientes do ambulatório de espe- cialidades do SUS	Verificar a soropositividade dos pacien- tes do ambulatório de especialidades do Sistema Único de Saúde (SUS) para anticorpos antidengue, relacionando os resultados com os dados sociodemográ- ficos	Dengue; Aedes ae- gypti; Região do Grande ABC
ELLS BR, WILCOX BA Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 1:S155-S167, 2009	Brasil	The ecological di- mensions of vector -borne disease resear- ch and control	The aim of this paper is to explore the ecological dimension of vector-borne diseases and to provide further clarity about the role of “ecological thinking” in the development and implementation of vector control activities (i.e. ecosystem approaches to vector-borne diseases)	Dengue; Chagas Disease; Commu- nicable Diseases; Ecological Studies; Ecosystem

Considerações Finais

Através dos estudos encontrados podemos perceber o quão frágil é o baixo índice de publicações relacionadas aos descritores pesquisados, sendo estes eixos interligados de temática moderna e atual, quando citamos a necessidade de mais estudos direcionados a: Custos com dengue; Impacto econômico da dengue e Avaliação econômica da dengue.

Nesses estudos é possível identificar a diversidade de abordagens que se pode explorar e sua importância quanto as informações divulgadas diante dessas pesquisas, para que haja melhorias na gestão, quando se trata de reduzir custos e ou gastos quando há planejamento econômico a fim de reduzir a prevalência de uma determinada doença, como a dengue por exemplo, que vem causando danos da sociedade, bem como despesas e prejuízos.

O enfrentamento dessa doença está relacionado ao processo de urbanização, a resíduos sólidos, saneamento básico e a ausência de participação da sociedade como forma de conscientização como medida preventiva, uma vez que a dengue surge nos grandes centros, tendo grande relação ao meio ambiente onde se desenvolve o mosquito.

São necessários mais pesquisas e informações que possam contribuir para que haja de forma objetiva elaboração de planejamentos e metas a fim de fundamentar tomadas de decisão nos programas já existentes de combate a dengue e redução de custos e danos a sociedade, fortalecendo a eficácia no que se refere a avaliação e economia da saúde.

Bibliografia Básica

AÑEZ, G.; BALZA, R.; VALERO, N.; LARREAL, Y. Impacto económico del dengue y del dengue hemorrágico en el Estado de Zulia, Venezuela, 1997–2003. **Rev Panam Salud Publica**, v.19, n.5, 2006.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud – resumen**. Washington, D.C., 1993. 23 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília, 2009. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

DRUMMOND, M. F.; SCULPHER, M. J.; TORRANCE, G. W.; O'BRIEN, B. J.; STODDART, L. G. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2005.

EDEJER, T. T.-T.; BALTUSSEN, R.; ADAM, T.; HUTUBESSY, R.; ACHARYA, A.; EVANS, D. B.; MURRAY, C. J. L.. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva: WHO, 2003.

ELLIS, B.R.; WILCOX, B.A. The ecological dimensions of vector-borne disease research and control. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009

FIGUEIRÓ, A. C.; SÓTERI, A. P.; BRAGAI, C.; HARTZIII, Z. M. D. A.; SAMICOI, I. Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle da Dengue. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 10, p. 1, 2010.

FIGUEIRÓ, A.C.; HARTZ, Z.; SAMIC, I.; CESTE, E.A.P. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p.2095-2105, novembro 2012.

FRANCO, L.; DI CARO, A.; CARLETTI, F.; VAPALAHTI, O.; RENAUDAT, C.; ZELLER, H.; TENORIO, A. Recent expansion of dengue virus serotype 3 in West Africa. **Euro surveillance: bulletin europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin**, v. 15, 2010.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília, 2002.

GUBLER, D. J. The changing epidemiology of yellow fever and dengue, 1900 to 2003: full circle?. **Comp. Immunol. Microbiol. Infect. Dis.**, v. 27, p. 319-330, 2004.

_____. Epidemic dengue/dengue hemorrhagic fever as a public health, social and economic problem in the 21st century. **Trends Microbiol.**, v. 10, p. 100-103, 2002.

GUILARDE, A. O.; TURCHI, M. D.; SIQUEIRA, J. B.; FERES, V. C. R.; ROCHA, B.; LEVI, J. E.; SOUZA, V. A. U. F.; BOAS, L. S. V.; PANNUTI, C. S.; MARTELLI, C. M. T Dengue and dengue hemorrhagic fever among adults: clinical outcomes related to viremia, serotypes, and antibody response. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 197, p. 817-824, 2008.

GUZMAN, M. G.; KOURI, G. Dengue: an update. **The Lancet infectious diseases**, v. 2, p. 33-42, 2002.

HALSTEAD, S. B.. Dengue in the Americas and Southeast Asia: do they differ? **Pan American Journal of Public Health**, v. 20, p. 407-415, 2006.

HARRIS, E.; VIDEA, E.; PÉREZ, L.; SANDOVAL, E.; TÉLLEZ, Y.; PÉREZ, M. L.; CUADRA, R.; ROCHA, J.; IDIAQUEZ, W.; ALONSO, R. E.; DELGADO, M. A.; CAMPO, L. A.; ACEVEDO, F.; GONZALEZ, A.; AMADOR, J. J.; BALMASEDA, A. Clinical, epidemiologic, and virologic features of dengue in the 1998 epidemic in Nicaragua. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 63, p. 5-11, 2000.

HAYD, R. L. N.; HAYD, A. A. M.; SILVA, E. S. e; ALMEIDA JÚNIOR, I. M. de; FERREIRA, M. L. S.; LUITGARDS-MOURA, J. F. Observando o impacto sócio-econômico do dengue. **Mens Agitat**, v. IV, n. 1, p. 118-119, 2009.

HUNG, N. T.; LAN, N. T.; LEI, H.-Y.; LIN, Y.-S.; LIEN, L. B.; HUAN, K.-J.; LIN, C.-F.; HA, D. Q.; HUONG, V. T. Q.; MY, L. T.; YEH, T.-M.; HUANG, J.-H.; LIU, C.-C.; HALSTEAD, S. B. Association between sex, nutritional status, severity of dengue hemorrhagic fever, and immune status in infants with dengue hemorrhagic fever. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 72, p. 370-374, 2005.

JOHNS, B.; BALTUSSEN, R.; HUTUBESSY, R. Cost effectiveness and resource programme costs in the economic evaluation of health interventions. **Cost Effectiveness and Resource Allocation**, v. 10, p. 1-10, 2003.

LOPEZ, A. D.; MATHERS, C. D.; EZZATI, M.; JAMISON, D. T.; MURRAY, C. J. L. Global burden of disease and risk factors. New York: Oxford University Press, 2006. (The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 475).

MELTZER, M.; RIGAU-PEREZ, J. G.; CLARK, G. G.; REITER, P.; GUBLER, D. J. Using disability-adjusted life years to assess the economic impact of dengue in Puerto Rico: 1984-1994. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 59, p. 265-271, 1998.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64

NOGUEIRA, R. M.; MIAGOSTOVICH, M. P.; SCHATZMAYR, H. G.; SANTOS, F. B. dos; ARAÚJO, ES de; FILIPPIS, A. M. de; SOUZA, R. V. de; ZAGNE, S. M.; NICOLAI, C.; BARAN, M.; TEIXEIRA FILHO, G. Dengue in the State of Rio de Janeiro, Brazil, 1986-1998. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 94, p. 297-304, 1999.

OOI, E.-E.; GOH, K.-T.; GUBLER, D. J. Dengue prevention and 35 years of vector control in Singapore. **Emerging infectious diseases**, v. 12, p. 887-893, 2006.

PEREIRA CAR et al. Avaliação econômica dos casos de Dengue atribuídos ao desastre de 2011 em Nova Friburgo (RJ), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9 p. 3693-3704, 2014.

PÉREZ-GUERRA, C. L.; ZIELINSKI-GUTIERREZ, E.; VARGAS-TORRES, D.; CLARK, G. G. Community beliefs and practices about dengue in Puerto Rico. **Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health**, v. 25, n. 3, 2009.

PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. 3. ed. São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002.

PONTES, R. J. S.; FREEMAN, J. J. W. O.-L.; HODGSON, C.; SPIELMAN, A. Vector densities that potentiate dengue outbreaks in Brazilian city. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 62, p. 378-383, 2000.

RESENDE MC, SILVA IM, EIRAS AE. Avaliação da operacionalidade da armadilha MosquiTRAP no monitoramento de *Aedes aegypti*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 329-338, 2010.

SAN MARTIN, J. L.; BRATHWAITE, O.; ZAMBRANO, B.; SOLORZANO, J. O.; BOUCKENOOGHE, A.; DAYAN, G. H.; GUZMAN, M. G. The epidemiology of dengue in the americas over the last three decades: a worrisome reality. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 82, p. 128-135, 2010.

SCHATZMAYR, H. G. Viroses emergentes e reemergentes emerging and reemerging viral diseases. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 209-213, 2001.

SILVA JR., J. B.; SIQUEIRA JR., J. B.; COELHO, G. E.; VILARINHOS, P. T.; PIMENTA JR., F. G. 2002. Dengue in Brazil: current situation and prevention and control activities. **Epidemiological bulletin**, v. 23, p. 3-6, 2002.

SILVEIRA JÚNIOR JC. Pontos e linhas, pontes e retalhos: as experiências de implantação de tecnologias no domínio geográfico na vigilância vetorial para a dengue, em Recife e Santa Cruz do Capibaribe – PE. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)**. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

TARRAGONA, S.; MONTEVERDE, M.; MARCHIONI, S.; CAPORALE, J.; PEREIRO, A. C.; PALACIOS, J. M. Dengue en la Argentina: un análisis económico del impacto de la epidemia de 2009. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 8, n. 2, p. 151-162, 2012.

TIMERMAN, A.; NUNES, E. P.; NETO-ANDRADE, J. L.; LUZ, K. G.; HAYDEN, R. L. Primeiro painel de atualização em dengue. **Revista Panam. Infectol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 44-51, jan./mar. 2009.

TORRES, J.R.; CASTRO, J. The health and economic impact of dengue in Latin America. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.

VALDÉS, G. L.; MIZHRAHI, J.V.; GUZMÁN, M.G. Impacto económico de la epidemia de dengue 2 en Santiago de Cuba, 1997. **Rev Cubana Med Trop**, v.54, n.3, 2002.

VASCONCELOS, P.F.C. et al. Inquérito soro-epidemiológico na Ilha de São Luis durante epidemia de dengue no Maranhão. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 32, n. 2, p.171-179, 1999.

VILAS BOAS, V. A. et al. Triagem sorológica e influência do conhecimento sobre a dengue em pacientes do ambulatório de especialidades do SUS. **J Bras Patol Med Lab**, v. 47, n. 2, p. 129-136, abril 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue control**. Geneva, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/denguecontrol/en/>>.

_____. **Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control**. New ed. Geneva, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/denguecontrol/en/>>.

ZARA ALSA et al. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 2, p.391-404, 2016.

INDICADORES DE MORTALIDADE INFANTIL

Ana Carolina Oliveira e Silva

Daniella Barbosa Campos

Katherine Jerônimo Lima

Ana Valeska Siebra e Silva

INTRODUÇÃO

Os indicadores de mortalidade possuem como finalidade principal a análise do nível de saúde da população e auxílio na elaboração de medidas preventivas e de controle com o intuito de melhorar as condições sanitárias da comunidade (MOTA; KERR, 2012). Assim, a Mortalidade Infantil (MI) é um indicador que possibilita a análise e identificação dos déficits assistenciais existentes e favorece a reorientação dos serviços de modo a evitar novas ocorrências (BRASIL, 2011). Esse indicador corresponde ao óbito entre os menores de um ano de idade. Esse evento possui duas subdivisões principais: mortalidade infantil neonatal, que compreende o período entre 0 e 27 dias de vida, e pós- neonatal (28 – 364 dias de vida) (FRIAS; NAVARRO, 2013).

No Brasil, o índice de óbito infantil tem passado por decréscimo significativo desde a década de 80, passando

de 69,1 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1980, para 15,0 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2013 (IBGE, 2014). A queda nos índices de MI está associada, principalmente, a redução dos óbitos no período pós-neonatal que apresentam maior sensibilidade às condições sociais, econômicas e ambientais (LIMA; PORDEUS; ROUQUAYROL, 2013). Em contrapartida, o óbito neonatal assumiu a posição de principal contribuinte para os índices de MI.

Brasil (2009), destaca que embora a redução desse coeficiente tenha sido significativa, ele ainda representa um sério problema de saúde pública. Esse fato fica mais evidente quando se compara os índices brasileiros com os de outros países da América Latina, como o Chile, deixando claro que o declínio não é compatível com o nível de desenvolvimento do país (IBGE, 2013).

Relacionadas a fatores biológicos, sociais, culturais e de déficits na assistência à saúde, uma importante parcela dessas mortes poderiam ser evitadas através do acesso aos serviços de saúde em tempo adequado e de uma assistência qualificada (BRASIL, 2009).

A existência de mortes por causas evitáveis é um sinal de alerta sobre as condições de como o cuidado está sendo prestado, de acordo, com a colocação de Rutstein et al (1976) pioneiros no debate sobre essa temática, que afirmam e listam uma série de condições em que não deveria ocorrer o óbito, caso houvesse o acesso da população a uma assistência médica efetiva.

A partir dos estudos de Rutstein et al em 1976, foram realizados outras pesquisas com o enfoque sobre a evitabi-

lidade do óbito, e outras listas foram criadas e atualizadas ao longo dos anos. No Brasil, coordenado pelo Ministério da Saúde e com o auxílio de diversos colaboradores, foi elaborada a “Lista Brasileira de Mortes Evitáveis” (LBME), a partir de uma vasta revisão de literatura (BRASIL, 2017).

A LBME, foi dividida em duas categorias, população com idade inferior a cinco anos, e aqueles entre cinco e setenta e quatro anos. A primeira lista considera que o óbito pode ser reduzido por: I- ações de imunização; II- adequada atenção à mulher na gestação; III- adequada atenção à mulher no parto; IV- adequada atenção ao recém-nascido; V- ações de diagnóstico e tratamento adequado; e VI- ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção (BRASIL, 2017).

A partir desse contexto, nota-se que há possibilidade de intervir sobre aspectos que atuam como determinantes do óbito infantil. Para tanto, é fundamental o conhecimento dos fatores envolvidos nesse processo, por meio de pesquisas e da veiculação dos resultados dessas. Portanto, a necessidade de melhor compreensão dos fatores modificáveis que estão associados ao óbito infantil, com vistas a sua redução, é o que justifica a realização deste estudo de revisão.

OBJETIVO

Descrever, com base na literatura científica, as evidências existentes acerca da evitabilidade do óbito infantil no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que de acordo com Soares *et al* (2014) é uma revisão de literatura realizada com alto rigor metodológico e que permite a síntese de estudos de diferentes metodologias, possibilitando assim, o estudo aprofundado de um determinado tema.

A construção desta revisão seguiu as sei etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), que estão descritas a seguir: I- identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; II- estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; III- definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; IV- avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; V- interpretação dos resultados; VI- apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Inicialmente, foi delimitado o tema sobre o qual iria ser realizada a pesquisa e a partir disso foi elaborada a questão norteadora do estudo acerca do assunto “evitabilidade do óbito infantil”. Questionou-se: O que se tem escrito sobre a evitabilidade do óbito em menores de um ano de idade, no Brasil, nos últimos dez anos (2006-2016)?

O segundo passo foi determinar quais seriam os critérios para a inclusão e exclusão das publicações, sendo assim definidos como critérios de inclusão: publicações disponíveis na íntegra, que tivessem como país de afiliação o Brasil, fossem artigos revisados por pares, com ano de publicação entre 2006 e 2016, e estivessem escritos em português, inglês ou espanhol. Ficaram estabelecidos como critérios de

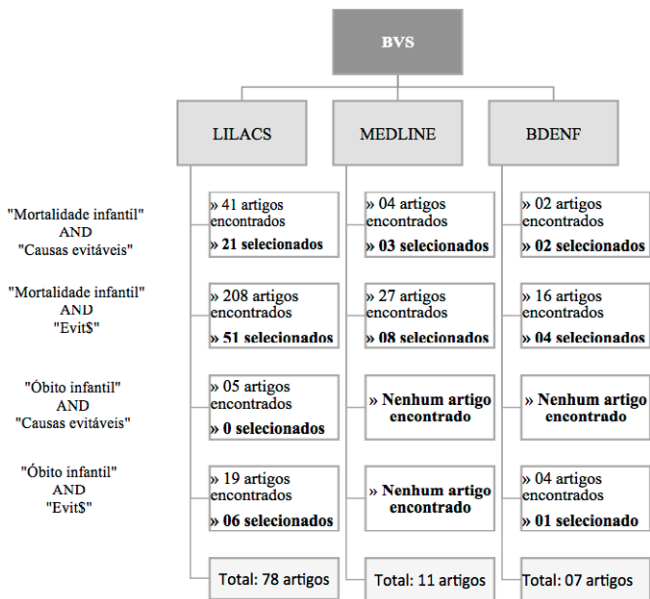
exclusão: publicações que se repetissem entre as bases de dados consultadas, estudos que abordassem a evitabilidade do óbito perinatal ou em maiores de um ano de vida, publicações que não adotassem a evitabilidade do óbito infantil como tema central do estudo, artigos de revisão, relatos de casos, editoriais, dissertações, teses, resumos, livros ou capítulos de livros.

A busca dos artigos foi realizada por três revisores, seguindo a seguinte estratégia:

- Identificação das publicações através 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 on-line* (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).
- Para o cruzamento dos termos, foi selecionado o descritor “Mortalidade Infantil” através do sistema Descritores em Ciências da Saúde (DeCs); e foram utilizadas as palavras-chave: “causas evitáveis”, “evit\$” e “óbito infantil”.

Ao final, foram selecionados para compor a amostra deste estudo, 19 artigos. O detalhamento do processo de seleção das publicações está descrito na figura 1:

Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2017).

Ao todo foram selecionados após a aplicação dos critérios de inclusão, 96 artigos. A partir desse resultado foram aplicados os critérios de exclusão. Do total de artigos selecionados, após a leitura criteriosa do título e resumo, 43 foram excluídos por se repetirem entre as bases de dados; 04 por serem artigos de revisão ou relatos de caso; e 30 porque abordaram a evitabilidade do óbito perinatal ou em maiores de um ano de vida, ou não detalharam a temática. Assim, a amostra final desta revisão foi composta por 19 artigos.

O terceiro passo consistiu em determinar quais as informações deveriam ser extraídas dos estudos selecionados, sendo elas: identificação do estudo, descritores utilizados, objetivo, tipo de estudo, local e amostra da pesquisa, fonte dos dados, os principais resultados encontrados, e o nível de evidência do estudo de acordo com o modelo exposto no estudo de Souza, Silva e Carvalho (2010).

No passo seguinte, foram preenchidos, a partir da leitura na íntegra dos artigos, os quadros de informação sobre os estudos e realizou-se a análise crítica deles. Nesse sentido, no quinto passo foi realizada a interpretação e discussão dos resultados encontrados, gerando assim, as considerações para a prática e as sugestões de realização de outras pesquisas que busquem preencher as lacunas identificadas na revisão.

O sexto passo, por sua vez, contemplou a construção de um documento que descrevesse de maneira detalhada a metodologia utilizada e os principais resultados encontrados a partir da revisão integrativa da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados 19 artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão desta revisão, eles serão apresentados de maneira resumida nos quadros 1 e 2. Do total de artigos da amostra final, 5 (26,3%) foram publicados em 2014, 4 (21,1%) em 2013, 3 (15,78%) em 2012 e 2008, 2 (10,5%) em 2010, e 1 (5,3%) em 2011 e 2015. Entre os descritores dos artigos selecionados, os que mais se repetiram foram

“Mortalidade Infantil”, que foi descritor em 14 artigos; e “Causas de Morte”, citado em 7 artigos.

Dos artigos analisados, 15 (78,9%) apresentaram características descritivas e nível de evidência 4 (estudos descritivos ou qualitativos); 02 artigos Coorte, 1 Caso controle e 1 estudo Ecológico analítico, apresentaram nível de evidência 3 (estudos quase-experimentais).

Com relação a fonte de dados dos estudos analisados, 89,4% (17) utilizaram dados secundários, predominantemente do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), também foram utilizadas as fichas de investigação do óbito infantil, documentos específicos do local de pesquisa ou elaborados pelo autor. Os dados primários corresponderam a 5,3% (1) do total de artigos. O uso de dados primários e secundários foi observado em 5,3% da amostra, ou seja, 1 artigo.

Quadro 1: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a identificação, descritores, objetivos e tipo de estudo. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	DESCRITORES	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
Santos et al., 2014a. Óbitos infantis evitáveis nas coortes de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de 1993 e 2004.	Mortalidade Infantil; Causas de Morte; Estudos de Coortes.	Avaliar se houve mudança no coeficiente de mortalidade infantil evitável e comparar seus determinantes entre as crianças das coortes de nascimentos de Pelotas de 1993 e 2004.	Coorte
Lisboa et al., 2015. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011.	Mortalidade Infantil; Causas de Morte; Acesso aos Serviços de Saúde; Epidemiologia descritiva.	Descrever a evolução da mortalidade infantil evitável na região Centro do estado de Minas Gerais, Brasil, no período 1999-2011.	Estudo descritivo
Nascimento; Almeida; Gomes, 2014. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo.	Mortalidade infantil; Causas de morte; Sistemas de informação geográfica; Análise espacial; Saúde materno-infantil.	Identificar padrões espaciais da distribuição da mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo e verificar o papel das causas evitáveis na composição desse indicador de saúde.	Ecológico e exploratório
Menezes et al., 2014. Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.	Mortalidade infantil; Causas de morte; Sistema Único de Saúde.	Analisar os óbitos de menores de um ano residentes em Belo Horizonte, segundo critérios de evitabilidade propostos na Atualização da Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenção do Sistema Único de Saúde.	Estudo descritivo retrospectivo
Nascimento et al., 2014. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil.	Mortalidade Infantil; Estatísticas Vitais; Sistemas de Informação; Saúde Materno-Infantil.	Descrever a ocorrência da mortalidade infantil em Recife (PE) entre 2000 e 2009, segundo causas evitáveis.	Estudo descritivo

Quadro 1: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a identificação, descritores, objetivos e tipo de estudo. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	DESCRIPTORIOS	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
<p>Santos et al., 2014b. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos.</p>	<p>Mortalidade infantil; Causas de morte; Avaliação de serviços de saúde.</p>	<p>Comparar a mortalidade infantil evitável em duas coortes de nascidos vivos, nos biênis 2000/2001 e 2007/2008, por meio da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Estudo exploratório e comparativo</p>
<p>Fernandes, Vieira, Scochi, 2013. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15 regional de saúde Paraná.</p>	<p>Mortalidade Infantil; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Evitabilidade.</p>	<p>Avaliar o perfil da mortalidade infantil e a evitabilidade dos óbitos de crianças menores de um ano dos municípios da 15ª Regional de Saúde.</p>	<p>Pesquisa avaliativa, descritiva exploratória.</p>
<p>Lourenço; Brunken; Luppi, 2013. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007.</p>	<p>Nascimento Vivo; Mortalidade Infantil; Causas de Morte; Epidemiologia Descritiva.</p>	<p>Descrever o perfil dos óbitos neonatais em Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, em 2007.</p>	<p>Estudo descritivo</p>
<p>Silva et al., 2013. Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.</p>	<p>Mortalidade Neonatal; Causa Básica de Morte; Validade dos Testes.</p>	<p>Verificar a validade e confiabilidade da causa básica dos óbitos neonatais e a magnitude dos óbitos por causas evitáveis de recém-nascidos internados em unidade de cuidados intensivos de uma maternidade participante da RENOS-PE, em Teresina, Piauí, Brasil, de julho a dezembro de 2007.</p>	<p>Estudo transversal</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	DESCRITORES	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
Daripa et al., 2013. Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis.	Recém-nascido; Asfixia neonatal; Mortalidade neonatal precoce; Síndrome de aspiração de mecônio.	Comparar o perfil epidemiológico dos óbitos neonatais precoces evitáveis associados à asfixia perinatal conforme a região de ocorrência do óbito no Estado de São Paulo.	Coorte populacional
Brandão; Godeiro; Monteiro, 2012. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais.	Mortalidade neonatal; Prevenção; Assistência pré-natal; Enfermagem.	Discutir as causas de óbitos neonatais re-duzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, em Natal, no Rio Grande do Norte, no período de 2008 a 2010, relacionando-as à assistência de enfermagem prestada durante o pré-natal.	Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo.
<i>Continua...</i>			
Quadro 1: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a identificação, descritores, objetivo e tipo de estudo. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	DESCRITORES	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
Freitas; Gonçalves; Ribeiro, 2012. Mortalidade infantil, segundo critérios de evitabilidade e componentes Viçosa MG, 1998-2010	Coeficiente de mortalidade infantil; Mortalidade infantil por risco específico; Mortalidade neonatal; Mortalidade neonatal precoce.	Analisar a evolução dos indicadores da mortalidade infantil, segundo seus componentes e por causas evitáveis, no município de Viçosa, Minas Gerais, comparando-os com o Estado de Minas Gerais e o Brasil.	Estudo ecológico e descritivo de séries temporais.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	DESCRIPTORIOS	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
<p>Silva et al., 2012. Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008; uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis.</p>	<p>Mortalidade Infantil; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.</p>	<p>Avaliar a evitabilidade dos óbitos infantis em Pelotas, no período 2005-2008, e comparar resultados da auditoria de óbitos pós-investigação com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</p>	<p>Estudo descritivo</p>
<p>Rocha et al., 2011. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico.</p>	<p>Saúde da criança; mortalidade neonatal; sistemas de informação; estatísticas vitais.</p>	<p>Descrever o perfil epidemiológico da mortalidade neonatal, sob a perspectiva da evitabilidade, em Recife-PE, 1999-2009.</p>	<p>Estudo descritivo de corte transversal</p>
<p>Batista et al., 2010. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis: série histórica 1997-2006, Distrito Federal</p>	<p>Epidemiologia dos serviços de saúde; Mortalidade Infantil; Estudos de séries temporais.</p>	<p>Avaliar uma série histórica (1997-2006) do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) segundo causas evitáveis (CMIEv), mal definidas (CMImd) e não claramente evitáveis (CMIne) no Distrito Federal (DF).</p>	<p>Estudo ecológico, do tipo séries temporais.</p>
<p>Malta et al., 2010. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Mortalidade Infantil; Causas de Morte; Avaliação de Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Analisar a tendência de causas de mortes evitáveis em menores de um ano, de idade, ocorridos no Brasil e regiões, no período de 1997 a 2006.</p>	<p>Estudo ecológico utilizando série temporal.</p>
<p>Gastaud; Honer; Cunha, 2008. Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2002.</p>	<p>Mortalidade Infantil; Saúde Materno-Infantil; Vigilância Epidemiológica</p>	<p>Caracterizar o perfil epidemiológico da mortalidade infantil em 16 municípios de Mato Grosso do Sul, Brasil, e avaliar seu grau de evitabilidade.</p>	<p>Estudo retrospectivo</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	DESCRIPTOR	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
<i>Continua...</i>			

Quadro 1: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a identificação, descritores, objetivo e tipo de estudo. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	DESCRIPTOR	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
Boing; Boing, 2008. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002.	Mortalidade Infantil; Coeficiente de Mortalidade Infantil; Serviço de Saúde; Fatores Socioeconômicos.	Testar as associações entre a mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil com indicadores socio-econômicos e de serviços e investimentos em saúde.	Estudo ecológico, analítico.
Jobim; Aerts, 2008. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003.	Mortalidade Infantil; Fatores Epidemiológicos; Condições Sociais.	Investigar a associação entre as categorias óbitos evitáveis e não-evitáveis e as variáveis sociodemográficas, reprodutivas maternas e relacionadas às condições de nascimento da criança.	Estudo de casos e controles

Fonte: Coletado pelas autoras (2017).

Conclusão.

Quadro 2: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a referência, fonte de dados, principais resultados e nível de evidência. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.

REFERÊNCIA	AMOSTRA E LOCAL DA PESQUISA	FONTE DOS DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Santos et al., 2014a.	<p>Todos os óbitos infantís ocorridos no período de 1º de janeiro do ano da coorte (1993 e 2004) a 31 de dezembro do ano seguinte (1994 e 2005). Em Pelotas, Rio Grande do Sul.</p>	<p>Primária/ Secundária</p>	<p>Na coorte de 1993, houve 5.249 nascidos vivos e 111 óbitos infantís; na de 2004, 4.231 nascidos vivos e 82 óbitos infantís. O coeficiente de mortalidade infantil evitável foi 15, 2:1.000 nascidos vivos em 1993 e 15,4 em 2004. Os coeficientes de mortalidades neonatal e pós-neonatal evitáveis foram, respectivamente, 11,2 e 4,0 em 1993 e 10,9 e 4,5 em 2004.</p>	3
Lisboa et al., 2015.	<p>Óbitos e nascidos vivos, notificados pelos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e sobre nascidos vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde, referentes aos residentes na Região Ampliada de Saúde Centro de Minas Gerais.</p>	<p>SIM; SINASC</p>	<p>A TMI por causas evitáveis diminuiu de 14,5 para 7,7/1000 nascidos vivos no período (decréscimo de 46,99%), com maior redução no subgrupo 'Ações de Promoção à Saúde' (69,2%) e menor no subgrupo 'Atenção à Mulher na Gestação' (17,1%); em 2009-2011, entretanto, 65% dos óbitos infantís ainda foram classificados como evitáveis.</p>	4

Quadro 2: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a referência, fonte de dados, principais resultados e nível de evidência. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.

REFERÊNCIA	AMOSTRA E LOCAL DA PESQUISA	FONTE DOS DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Nascimento; Almeida; Gomes, 2014.	Dados sobre mortalidade neonatal e nascidos vivos obtidos do DATASUS relativos ao período compreendido entre os anos 2007 e 2011 para o estado de São Paulo segundo microrregiões.	DATASUS	Taxa de mortalidade neonatal total foi 8,42/1.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade neonatal por causas evitáveis de 6,19/1.000 nascidos vivos. Os coeficientes de Moran (I) para essas taxas foram significativos (valor $p < 0,05$) — para a taxa de mortalidade neonatal total $I = 0,11$ e para taxa de mortalidade por causas evitáveis $I = 0,19$ —, e os óbitos neonatais se concentraram na região sudoeste e no Vale do Paraíba. Se as causas evitáveis fossem abolidas, haveria uma redução significativa da taxa média de mortalidade neonatal total, de 8,42 para 2,23 óbitos/1.000 nascidos vivos, representando uma queda de 73%.	4
Menezes et al., 2014.	Óbitos ocorridos entre 2006 e 2011 em menores de um ano, residentes de Belo Horizonte, Minas Gerais.	SIM; SINASC	O coeficiente de mortalidade infantil apresentou decréscimo de (18,7%) no período. Dentre as causas evitáveis, observou-se que as taxas declinaram nos subgrupos: reduziu-se por ações adequadas de diagnóstico e tratamento (38,8%) e reduziu-se por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido (30,6%). Os subgrupos reduziram por adequadas atenção à mulher na gestação e ações de promoção à saúde, vinculadas às ações de atenção cresceram (17,1% e 22,7%), respectivamente.	4
Nascimento et al., 2014.	Óbitos infantis de mães residentes na cidade do Recife ocorridos entre 2000 e 2009.	SIM; SINASC	Foi observado decréscimo no coeficiente de mortalidade infantil de 20,4 para 12,1 por 1.000 nascidos vivos. Do total de 3.743 óbitos registrados, 2.861 (76,4%) foram classificados como evitáveis. Destacaram-se os óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação.	4

Quadro 2: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a referência, fonte de dados, principais resultados e nível de evidência. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.			Continua...	
REFERÊNCIA	AMOSTRA E LOCAL DA PESQUISA	FONTE DOS DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Santos et al., 2014b.	Óbitos infantis das coortes de nascidos vivos (NV) de dois biênios nos anos 2000, em Londrina, Paraná.	SIM; SINASC; ficha de investigação do óbito.	As proporções de óbitos evitáveis foram de 71,6% em 2000/2001 e de 65,5% em 2007/2008. A taxa de mortalidade evitável por atenção à mulher na gestação predominou nos dois biênios, com incremento de 16,7%. Houve declínio das taxas de mortalidade evitável pelas demais causas. A análise de correspondência mostrou, em 2000/2001, um perfil de mortes representado principalmente por causas evitáveis por atenção à mulher no parto e por adequada promoção/atenção à saúde, enquanto que, em 2007/2008, por causas evitáveis por adequada atenção à mulher na gestação, especialmente entre os nascidos com baixo peso, e não claramente evitáveis entre os com peso adequado.	4
Fernandes, Vieira, Scochi, 2013.	Foram investigados 74 óbitos de crianças no ano de 2008, em 15 municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.	Registros do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal.	Dos 74 óbitos investigados, 51 (69%) foram neonatais e 23 (31%) pós-neonatais, com destaque para os municípios com menos de 20 mil habitantes, onde a mortalidade neonatal ocorreu em maior percentual com 82%. Quanto à evitabilidade dos óbitos, 82%, poderiam ser evitados, com percentual maior nos municípios acima de 50 mil habitantes. As causas de morte encontradas foram relacionadas ao período perinatal e as malformações congênitas. Segundo as medidas de evitabilidade, em 30 (40,5%) dos óbitos assim classificados, as mais encontradas foram as relacionadas com atenção à mulher na gestação. As medidas mais indicadas pelo comitê foram as de promoção de saúde e prevenção primária, 84(34%) das recomendações, com destaque para ações de educação em saúde, avaliação do risco gestacional e planejamento familiar.	4

					Continua...
Quadro 2: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a referência, fonte de dados, principais resultados e nível de evidência. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.					
REFERÊNCIA	AMOSTRA E LOCAL DA PESQUISA	FONTE DOS DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	
Lourenço; Brunken; Luppi, 2013.	79 nascidos vivos (NV) que, entre 1º de janeiro de 2007 e 27 de janeiro de 2008, foram a óbito dentro do período neonatal, em Cuiabá-MT.	DO; DNV	Foram estudados 79 óbitos; a taxa de mortalidade infantil neonatal foi de 8,7/1.000 nascidos vivos (NV); o maior número de mortes ocorreu no período neonatal precoce (6,8/1000 NV); as principais causas foram prematuridade (n=21), septicemia do recém-nascido (n=14), anencefalia (n=14) e síndrome da angústia respiratória (n=12); entre os 65 óbitos considerados evitáveis, 35 foram por inadequada assistência à mulher na gestação e no parto e 30 por inadequada atenção ao recém-nascido.	4	
Silva et al., 2013.	A amostra foi de 53 óbitos neonatais contidos no banco de dados da RENOSPE e ocorridos em maternidade de Teresina, Piauí, Brasil.	Fonte primária, com formulário próprio.	Quando comparadas as causas de óbitos entre RENOSPE e prontos, o kappa foi de 47,6% para causas maternas e 73,9% para malformações congênitas, sensibilidade de 95% e 83,3%, e VPP de 88,9% e 85,7%, respectivamente. O percentual de óbitos evitáveis na RENOSPE foi elevado, sendo por adequada atenção à mulher na gestação em 72% dos casos. As causas classificadas como malformações congênitas foram válidas, e os óbitos evitáveis apontam para necessidade de controle da gravidez.	4	
Daripa et al., 2013.	2.873 óbitos evitáveis até seis dias de vida associados à asfixia perinatal ocorridos entre janeiro de 2001 e dezembro de 2003, no estado de São Paulo.	DO; DNV	No triênio, 1,71 mortes por 1.000 nascidos vivos estavam associadas à asfixia perinatal, correspondendo a 22% dos óbitos neonatais precoces. Dos 2.873 óbitos evitáveis, 761 (27%) ocorreram em São Paulo, capital; 640 (22%), na região metropolitana da capital; e 1.472 (51%), no interior do estado. Nas duas primeiras regiões predominaram as mortes em hospitais públicos, recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas e peso abaixo de 2500g. No interior, os óbitos foram mais frequentes em entidades beneficentes, recém-nascidos a termo e com peso superior a 2500g. A maioria dos bebês nasceu durante o dia no município de residência materna e evoluiu para óbito no hospital de nascimento até 24 horas após o parto. A síndrome de aspiração de mecônio esteve presente em 18% dos óbitos.	3	

Quadro 2: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a referência, fonte de dados, principais resultados e nível de evidência. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.

REFERÊNCIA	AMOSTRA E LOCAL DA PESQUISA	FONTE DOS DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Brandão; Godeiro; Monteiro, 2012.	Óbitos reduzi- veis por adequada atenção à mulher na gestação, de acordo com lista de causas de mortes evitáveis por inter- venções do SUS proposta em 2007. Natal, Rio Grande do Norte.	SIM; SINASC	Do total de 344 óbitos neonatais 78(22,6%) foram classificados como reduzi- veis por adequada atenção à mulher na gestação. Os dados apon- tam uma progressiva queda nos anos estudados.	4
Freitas; Gonçalves; Ribeiro, 2012.	Dados secundários relativos à mor- talidade infantil, segundo grupos de causas e componentes, no municí- pio de Viçosa, no período de 1998 a 2010.	SIM; SINASC	Apesar de um declínio ao longo dos anos do coeficiente de mortalidade infantil, mantém-se um predomínio do componente neonatal à custa dos óbitos neonatais precoces, sem redução das causas evitáveis (ou reduzi- veis) de óbitos nos períodos neonatal e pós- neonatal, as quais vêm mantendo-se em percentuais superiores às causas de óbitos não evitáveis ou mal definidas.	4
Silva et al., 2012.	Todos os óbitos infantis de filhos de mulheres residentes na cidade de Pelotas-RS, ocorridos no período de 2005 a 2008.	Formulários de investigação dos óbitos infantil e fetal	Segundo informação das auditorias, 43,6% dos óbitos eram reduzi- veis por adequada atenção à mulher na gestação e segundo os dados do SIM, 41,9% dos óbitos eram reduzi- veis por adequada atenção ao recém-nascido.	4

Quadro 2: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a referência, fonte de dados, principais resultados e nível de evidência. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.

<p>Rocha et al., 2011.</p>	<p>Óbitos neonatais (0 a 27 dias de vida) de residentes na cidade do Recife ocorridos entre 1999 e 2009.</p>	<p>SIM; SINASC</p>	<p>Coefficiente de mortalidade neonatal foi de 10,99 por mil NV. Quanto aos dados maternos, identificou-se idade média de 24 anos e escolaridade <8 anos. Verificou-se que 63,46% das mães tiveram <6 consultas de pré-natal. A maioria dos óbitos ocorreu no período neonatal precoce, apresentavam baixo peso ao nascer e prematuridade. As afecções perinatais foram a principal causa de óbito. Cerca de 80% dos óbitos foram considerados evitáveis.</p>	<p>4</p>
<p>Malta et al., 2010.</p>	<p>Óbitos de menores de um ano de idade, ocorridos no Brasil e regiões, no período de 1997 a 2006.</p>	<p>SIM; SINASC</p>	<p>As causas evitáveis e as causas mal definidas apresentaram significativa redução ($p < 0,001$). As causas reduzíveis de mortalidade apresentaram redução de 37%. A mortalidade por causas reduzíveis por adequada atenção ao parto declinou em 27,7%; adequada atenção ao recém-nascido, 42,5%; e por adequada atenção à gestação cresceu 28,3%.</p>	<p>4</p>
<p><i>Continua...</i></p>				

Quadro 2: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a referência, fonte de dados, principais resultados e nível de evidência. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.

REFERÊNCIA	AMOSTRA E LOCAL DA PESQUISA	FONTE DOS DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
<p>Batista <i>et al.</i>, 2010</p>	<p>Óbitos infantis ocorridos entre 1997 e 2006, no Distrito Federal.</p>	<p>SIM; SINASC</p>	<p>O CMI caiu 27% entre 1997 (17,6/1000NV) e 2006 (12,8/1000 NV), em consequência de reduções de 5% no CMIne e de 37% no CMIEv [12,7/1000 NV em 1997 e 8,06/1000 NV em 2006], como detalhado a seguir: o CMIEv por ações de imunoprevenção caiu 100% (de 0,06 a 0,00/1000 NV), por ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção em saúde caiu 69% (de 1,92 a 0,60/1000 NV), por adequada atenção à mulher no parto caiu 62% (de 2,05 a 0,78/1000 NV), por ações de diagnóstico e tratamento adequados caiu 51% (de 1,64 a 0,80/1000 NV) e por adequada atenção ao recém-nascido caiu 39% (de 6,32 a 3,85/1000 NV). Por outro lado, o CMIEv por adequada atenção à mulher na gestação teve um incremento de 189%, de 0,7/1000 NV em 1997 para 2,04/1000 NV em 2006. O CMIInd permaneceu baixo (<0,5/1000 NV) durante todo o período de análise.</p>	<p>4</p>
<p>Gastaud; Honer; Cunha, 2008.</p>	<p>1.537 óbitos infantis em 16 municípios sulmato-grossenses em 2000-2002.</p>	<p>SIM</p>	<p>Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) revelaram óbitos por causas perinatais em 54,3% dos 1.537 casos; anomalias congênitas em 14,9%; doenças infecciosas e parasitárias em 9,4% e doenças do aparelho respiratório em 7%. As mortes evitáveis e reduzíveis perfizeram 73,1%, na maior parte (69,5%) decorrendo de inadequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido. Outras causas relacionaram-se à imunoprevenção (0,7%), ações de diagnóstico e tratamento (10,4%) e promoção à saúde (11,2%). As mortes por causas não claramente evitáveis totalizaram 24,3%.</p>	<p>4</p>

Quadro 2: Distribuição dos artigos incluídos na revisão, de acordo com a referência, fonte de dados, principais resultados e nível de evidência. Fortaleza – Ce, Brasil, 2017.

<p>Boing; Boing, 2008.</p>	<p>296 municípios brasileiros que apresentaram no censo do ano 2000 população superior a 80 mil habitantes.</p>	<p>Fonte secundária</p>	<p>Os municípios que compuseram os quartis com maior mortalidade infantil por causas evitáveis apresentaram também menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Produto Interno Bruto per capita, pessoas que vivem em domicílios com banheiro e água encanada, despesa total com saúde por habitante e médicos por mil habitantes; e maior coeficiente de Gini.</p>	<p>4</p>
<p>Jobim; Aerts, 2008.</p>	<p>1.139 casos de óbitos infantis, ocorridos entre 2000 e 2003, na população residente em Porto Alegre.</p>	<p>SIM; SINASC; Programa de Vigilância da Mortalidade (PRÁ-VIVER)</p>	<p>As variáveis sexo, idade materna, número de filhos nascidos vivos, tipo de gravidez, local de nascimento e Apgar no 5º minuto não se associaram aos óbitos evitáveis. No entanto, a escolaridade materna \leq 3 anos; mãe sem companheiro ou com filhos nascidos mortos; ter malformação congênita; cesariana; idade gestacional entre 22 e 36 semanas; peso inferior a 2.500g e ter menos de seis dias de vida apresentaram associação significativa com os óbitos evitáveis.</p>	<p>3</p>
<p>Fonte: Fonte: Coletado pelas autoras (2017). Conclusão.</p>				

Os óbitos infantis por causas evitáveis tem apresentado uma redução dos seus índices. Contudo, ainda são responsáveis por mais da metade das mortes em menores de um ano de vida, perfazendo uma média de 60 a 80% desses óbitos (LISBOA *et al.*, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2014b; FERNANDES; VIEIRA; SCOCCHI, 2013; ROCHA *et al.*, 2011; GASTAUD; HONER; CUNHA, 2008). Os dados expostos no estudo de Areco, Konstantyner e Taddei (2016) evidenciam que a mortalidade por causas evitáveis predominam no país desde 1996, e apresentam tendência decrescente desde então, porém essa redução ainda é pouco expressiva.

Entre as categorias de evitabilidade do óbito infantil, a reduzível por adequada atenção à mulher na gestação foi a que apresentou os índices mais altos, enquanto as outras causas apresentaram declínio mais significativo. As causas reduzíveis por ação de imunoprevenção foi a categoria que apresentou os índices mais satisfatórios. As causas relacionadas a atenção à gestação, parto e ao recém-nascido merecem especial atenção, focando principalmente na gestação, em virtude dos incrementos significativos que essa categoria vem apresentando (LISBOA *et al.*, 2015; MENEZES *et al.*, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2014b; FERNANDES; VIEIRA; SCOCCHI, 2013; LOURENÇO; BRUNKEN; LUPPI, 2013; SILVA *et al.*, 2013; BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012; SILVA *et al.*, 2012; BATISTA *et al.*, 2010; MALTA *et al.*, 2010; GASTAUD; HONER; CUNHA, 2008). Nesse contexto, um estudo de revisão, realizado por Figueiredo *et al.* (2012), ficou evidente que o pré-natal é um fator de forte influência

sobre a mortalidade infantil. Os autores ainda ressaltam a necessidade de avaliar não só os aspectos quantitativos da assistência pré-natal, mas também e principalmente, a sua qualidade.

Em virtude da realidade apresentada, foram recomendadas ações de promoção de saúde, prevenção primária e de controle da gravidez (FERNANDES; VIEIRA; SCOCCHI, 2013; SILVA *et al.*, 2013).

Outro aspecto importante encontrado, foi a associação dos óbitos evitáveis com aspectos socioeconômicos, como o índice de desenvolvimento humano, produto interno bruto per capita, condições do domicílio, despesas com saúde, quantidade de médicos por habitantes (BOING; BOING, 2008). Os óbitos evitáveis também estiveram associados a baixos níveis de escolaridade materna (<3 anos), mãe sem companheiro, com filhos nascidos mortos, malformação congênita, cesariana, idade gestacional entre 22 e 36 semanas, peso menor que 2.500g, idade inferior a 6 dias de vida (JOBIM; AERTS, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de descrever, com base na literatura científica, as evidências existentes acerca da evitabilidade do óbito infantil no Brasil, esta revisão integrativa evidenciou a necessidade de desenvolvimento de ações que atuem sobre a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, com o intuito de qualificar essa assistência e reduzir os índices de mortalidade infantil por causas evitáveis.

Nessa perspectiva, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que proporcionem melhores níveis de evidência e que enfatizem os aspectos que mais contribuem para os altos índices de óbitos evitáveis, fundamentando assim, a prática.

Bibliografia Básica

ARECO, K. C.; KONSTANTYNER, T.; TADDEI, J. A. A. C. Tendência secular da mortalidade infantil, componentes etários e evitabilidade no Estado de São Paulo --- 1996 a 2012. **Rev Paul Pediatr.** v. 34, n. 3, pp.:263-70, 2016.

BATISTA, R. V. *et al.* Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis: série histórica 1997-2006, Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde.** v. 21, n. 3, pp.:201-10, 2010.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, pp.:447-55, 2008.

BRANDÃO, I. C. A.; GODEIRO, A. L. S.; MONTEIRO, A. I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Rev. enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, v. 20, (esp1), pp.:596-602, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Óbitos por causas evitáveis - 0 a 4 anos. Notas Técnicas. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos_Evitaveis_0_a_4_anos.pdf Acesso em: 24 de fev. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

DARIPA, M. *et al.* Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. **Rev Paul Pediatr**, v. 31, n. 1, pp.:37-45, 2013.

FERNANDES, C. A.; VIEIRA, V. C. L.; SCOCHI, M. J. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15 regional de saúde paraná. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 4, pp.:752-59, 2013.

FIGUEIREDO, P. P. *et al.* Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 1, [10 telas], 2012.

FREITAS, B. A. C.; GONÇALVES, M. R.; RIBEIRO, R. C. L. Mortalidade infantil, segundo critérios de evitabilidade e componentes Viçosa - MG, 1998-2010. **Pediatria Moderna**, v. 48, n. 6, pp.:237-45, 2012.

FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In: BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 298p

GASTAUD, A. L. G. S.; HONER, M. R.; CUNHA, R. V. Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, pp.:1631-40, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira** 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira** 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, pp.:179-87, 2008.

LIMA, J. R. C., PORDEUS, A. M. J., ROUQUAYROL, M. Z. Medida da Saúde Coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z., SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 25-64.

LISBOA, L. *et al.* Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, pp.:711-20, 2015.

LOURENÇO, E. C.; BRUNKEN, G. S.; LUPPI, C. G. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, pp. :697-706, 2013.

MALTA, D. C. *et al.* Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, pp.:481-91, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, pp.: 758-64, 2008.

MENEZES, S. T. *et al.* Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 2, pp.: 137-45, 2014.

MOTA, E.; KERR, L. R. F. S. Medidas de Ocorrência de Doenças, Agravos e Óbitos. In: BARRETO, M. L., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 95-117.

NASCIMENTO, L. F.; ALMEIDA, M. C.; GOMES, C. M. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 36, n. 7, pp.:303-9, 2014.

NASCIMENTO, S. G. *et al.* Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 2, pp.: 208-12, 2014.

ROCHA, R. *et al.* Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pp.:114-20, 2011.

RUTSTEIN, D. D. *et al.* Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N. Engl. J. Med.**, v. 294, n. 11, pp.:582-8,1976.

SANTOS, H. G. *et al.* Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, pp.:907-16, 2014b.

SANTOS, I. S. *et al.* Óbitos infantis evitáveis nas coortes de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de 1993 e 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, pp.:2331-43, 2014a.

SILVA, C. M. C. D. *et al.* Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, pp.:547-56, 2013.

SILVA, V. L. S. *et al.* Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, pp.:265-74, 2012.

SOARES, C. B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, pp.:335-45, 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **einstein**. v. 8, (1 Pt 1), pp.:102-6, 2010.

CUIDADOS E SAÚDE PRIMÁRIOS: governança e inovação em saúde em Portugal

Pedro L Ferreira

Vitor Raposo

Patricia Ferreira Antunes

Introdução

A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal, iniciada em 2006, preconizou uma mudança organizacional desenvolvida a partir da linha da frente da prestação de cuidados de saúde. A Missão para os Cuidados de Saúde Primários apresentou-a como uma reforma com um grande enfoque na inovação organizacional com o intuito de criação de novos contextos favoráveis à mudança de comportamentos, onde a efetividade da liderança foi considerada a chave para o sucesso.

Esta profunda mudança incidiu no modelo de governação, fortemente influenciado pelos princípios da governação clínica, e na reorganização dos centros de saúde no novo modelo de Agrupamentos de Centros de Saúde, tendo sido caracterizada por uma desagregação dos centros de saúde em unidades funcionais mais flexíveis e autónomas.

Neste capítulo iremos inicialmente abordar os conceitos de governança e de inovação em saúde, após o que faremos um breve percurso pelos cuidados de saúde primários em Portugal. Por fim, ilustraremos este capítulo com dois exemplos de boa governança e de inovação em cuidados de saúde primários: a monitorização da satisfação dos utilizadores e a contratualização com as unidades de saúde.

GOVERNANÇA EM SAÚDE

Os sistemas de saúde desempenham um papel de extrema importância na melhoria da saúde e, por isso, a governança em saúde (*health governance*) tem vindo a assumir um papel cada vez mais predominante no desenvolvimento dos sistemas de saúde e nas reformas implementadas (Kickbusch, 2002; Kickbusch & Gleicher, 2012; WHO, 1998a, 2002a). A governança em saúde é importante, porque os sistemas de saúde são complexos, são sensíveis ao domínio das comunidades e dos indivíduos, estão moldados aos ambientes sociais, económicos e culturais onde se integram, são orientados por valores e constituem sistemas extremamente específicos em termos de produto, processos e estruturas (Raposo, 2007).

A governança (*governance*) pode ser definida como o conjunto de ações e de meios adotados por uma sociedade para promover a ação coletiva e para lançar soluções também coletivas na procura de objetivos comuns (Dodgson, Lee, & Drager, 2002). Surge como um termo muito geral que engloba as diversas modalidades que os seres humanos, quer como

indivíduos quer como grupos, adotam para se organizarem de forma a atingir determinados objetivos. Tal organização requer acordos e consensos num vasto conjunto de assuntos incluindo o tipo de associação nas relações cooperativas, as obrigações e as responsabilidades dos membros, a tomada de decisões, as formas de comunicação, mobilização e distribuição de recursos, a fixação ou clarificação da disputa, e as regras formais ou informais relativas a todos estes pontos.

A boa governança é vista pelas organizações internacionais de desenvolvimento como uma condição necessária para o desenvolvimento económico (World Bank, 1992, 1994, 1997, 2003), social e humano sustentado (UNDP, 1997a, 1997b, 2004). Trata-se de uma instância da governança, onde os recursos e os problemas são geridos de forma efetiva e eficiente, como resposta às necessidades mais críticas da sociedade. São reconhecidos como princípios universais da boa governança: a participação, a orientação para consensos, a visão estratégica, a resposta, a efetividade e a eficiência, a prestação de contas e a responsabilização, a transparência, a equidade e o primado da lei (Graham, Amos, & Plumptre, 2003; UNDP, 1997a, 1997b).

A governança em saúde diz respeito às ações e aos meios adotados por uma sociedade para se organizar com vista à promoção e à proteção da saúde da sua população (Dodgson et al., 2002). A boa governança em saúde tem vindo a assumir um papel cada vez mais predominante no desenvolvimento dos sistemas de saúde, na promoção e melhoria do seu desempenho e na efetividade das reformas implementadas (Kickbusch, 2002; Kickbusch & Gleicher, 2012; WHO, 1998a, 2002a).

Desta forma, a boa governança em saúde é uma instância da governança em saúde, onde os recursos e os problemas são geridos de forma efetiva e eficiente, como resposta às necessidades mais críticas da sociedade, nomeadamente à promoção e à proteção da saúde da sua população. Assim, para além dos princípios já identificados para a boa governança em geral (Graham et al., 2003; UNDP, 1997a, 1997b), a boa governança em saúde envolve todos os potenciais interessados na formulação e implementação de políticas de saúde (WHO, 1998a), coloca os utilizadores, mais do que os prestadores de cuidados, no centro dos sistemas de saúde (WHO, 1998a, 1998b, 1998c), e atribui ao Ministro da Saúde o papel fundamental de supervisão, salvaguarda e tutela (*stewardship*) na defesa do interesse público (WHO, 2000).

Apesar de não existir oficialmente um enquadramento que permita avaliar a boa governança em saúde, podem ser utilizados alguns enquadramentos existentes, nomeadamente: os domínios associados ao conceito de provedoria (*stewardship*) da Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2000); as funções essenciais da saúde pública da Organização Pan-americana da Saúde - PAHO (WHO, 2002b, 2003); as dimensões da boa governança do Banco Mundial (Kaufmann, Kraay, & Zoido-Lobaton, 1999; World Bank, 2003); os princípios de boa governança do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (Graham et al., 2003; UNDP, 1997a, 1997b); os indicadores de boa governança da *World Governance Assessment* - WGA (Court, Hyden, & Mease, 2002); as características institucionais dos sistemas de saúde da Organi-

zação para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE (Joumard, André, & Nicq, 2010; Paris, Devaux, & Wei, 2010); os indicadores de boa governança em saúde da *United States Agency for International Development - USAID* (Brinkerhoff & Bossert, 2008), ou a proposta de Siddiqi et al. (2009) que considera três níveis de avaliação distintos – nacional, formulação de políticas de saúde, e implementação de políticas – com base nos princípios da boa governança.

A utilização do conceito de governança em saúde não se esgota, no entanto, no nível macro dos sistemas de saúde. Segundo Raposo (2007), ao nível das organizações prestadoras de cuidados de saúde o conceito tem vindo também a ser utilizado de forma recorrente, embora mais orientado para as questões relativas à prática clínica – governança clínica (*clinical governance*) – e para as questões assentes nas relações e nos equilíbrios estabelecidos entre os órgãos de governo das organizações – governança integrada (*integrated governance*) e governança hospitalar (*hospital governance*) recolhendo, adotando e adaptando princípios da governança empresarial (*corporate governance*).

A governança clínica é um sistema com o objetivo de melhorar os padrões da prática clínica, baseado numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes) para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos atos da sua prática clínica (*Department of Health*, 1998; Goodman, 1998; Scally & Donaldson, 1998; Starey, 2003). A governança clínica tem sido utilizada como uma aproximação

integrada para a melhoria contínua da qualidade na prática clínica (Scally & Donaldson, 1998) assente em diversas características: formação, auditoria clínica, efetividade clínica, investigação e desenvolvimento, abertura e gestão do risco.

Por seu turno, a governança integrada (*integrated governance*) é definida como um conjunto de sistemas e processos através dos quais as organizações de saúde conduzem, dirigem e controlam as suas funções de modo a atingir os objetivos organizacionais, a segurança e a qualidade dos serviços, bem como para reportar aos doentes, à comunidade em geral e aos restantes parceiros organizacionais (Deighan, Cullen, & Moore, 2004). Esta aproximação à governança das organizações de saúde pretende fundir numa mesma plataforma as questões relacionadas com a governança clínica (centrada nas práticas clínicas), com a governança empresarial (centrada nas relações e nos equilíbrios entre os órgãos de governo das organizações), com a governança de investigação (centrada nas práticas de investigação e desenvolvimento), com a governança da informação (centrada nos processos de acesso à informação como suporte à tomada de decisão), e com a governança financeira.

A governança hospitalar é uma instância particular da governança integrada – aplicada em organizações hospitalares – e diz respeito ao conjunto complexo de verificações e equilíbrios que determinam a tomada de decisão dos órgãos de governo do hospital; pode ser definida como o processo de conduzir o funcionamento global e o desempenho efetivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objetivos, e do suporte e monitorização da sua realização a nível operacional (Eeckloo, Herck, Hulle, &

Vleugels, 2004). A governança hospitalar permite assim uma aproximação integrada de suporte e supervisão de todas as atividades do hospital incluindo o desempenho clínico.

INOVAÇÃO EM SAÚDE

A inovação significa ter uma ideia nova ou, por vezes, aplicar as ideias de outras pessoas em novidades ou de uma nova forma (Sarkar, 2014), implicando dois elementos fundamentais: a criatividade e ideias novas. No entanto, é mais do que ter ideias, sendo necessário que a ideia seja implementada e tenha um impacto positivo; no fundo, o desafio está em fazer com que a inovação se transforme numa ideia que é implementada com sucesso. Nesta ótica, a OECD (2005) considera a inovação como sendo a implementação de um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado, um processo novo, um método de marketing novo, ou um método organizacional novo nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas.

As tipologias de inovação são diversas. Por exemplo, utilizando a mesma fonte, a inovação pode ser caracterizada por objeto de inovação (produto, processo, *marketing*, organizacional), por novidades de resultados (radical, instrumental, disruptiva), por fonte de inovação (inovação e desenvolvimento, não por investigação e desenvolvimento), por inovação estratégica (fechada, aberta, disruptiva, sustentável), e por origem ou suporte (*top down/bottom-up*). Ao longo do tempo, vários manuais têm procurado olhar

para a inovação de diferentes formas e perspectivas no sentido de compreender o papel da inovação na sociedade e as diferentes formas de avaliar o seu impacto (Albornoz & Mata, 2009; Jaramillo, Lugones, & Salazar, 2001; OECD, 1990, 1995, 2002, 2009, 2012; Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología, 2007).

A inovação tem vindo a assumir um papel preponderante dentro do sector público e alguns autores, como por exemplo Mazzucato (2011), defendem o importante papel do Estado neste processo, procurando contrariar a ideia de um Estado que apenas tem o papel de regular um sector privado extremamente dinâmico, defendendo que muitos dos avanços tecnológicos mais importantes foram resultado de uma ação mais ambiciosa do Estado. No entanto, não existe uma definição estabelecida de inovação no sector público (ISP), considerando-se que a emergência de alguns elementos comuns a projetos de investigação nacionais e internacionais e os trabalhos de investigação que estudam a inovação no sector público podem trazer contributos para a ISP (Daglio, Gerson, & Kitchen, 2015).

A ISP significa novas ideias que funcionam na criação de valor público, que podem significar novas formas de organizar, recompensar ou comunicar, inovações em políticas públicas ou inovações em serviços – algumas podem mesmo ser radicais, como por exemplo a criação de um Serviço Nacional de Saúde (Mulgan, 2007). A ISP envolve criar, desenvolver e implementar ideias práticas que permitam alcançar um benefício público; essas ideias têm de ser, pelo menos em parte, novas (mais do que melhorias), têm de ser implementadas, e têm de ser úteis (Mulgan, 2014). A

inovação dentro do sector público pode passar por um novo serviço ou um serviço significativamente melhorado, um método de comunicação, um processo ou método organizacional que compreenda novas formas de atingir objetivos e com aplicabilidade (Eurobarometer, 2011). Segundo Paul e Per (2008), podemos falar de inovação de serviços (introdução de um novo serviço ou uma melhoria da qualidade de um serviço já existente), inovação na prestação de serviços (formas novas ou modificadas de fornecimento de serviços públicos) ou inovação administrativa e organizacional (mudanças nas estruturas organizacionais e rotinas). As fontes de inovação no ISP podem ser diversas: os próprios funcionários públicos (ou em outro qualquer regime contratual), os parceiros externos, os parceiros internos e, com um papel preponderante, os cidadãos (Eggers & Sing, 2009).

Na saúde a inovação possui um papel preponderante na resposta às necessidades e expectativas dos cidadãos. Tal como na ISP, a inovação em saúde pode ter diferentes interpretações. O *Health Innovation Group*, ligado à da OMS, considera que a inovação em saúde é desenvolver e implementar políticas, sistemas, produtos e tecnologias de saúde novos ou melhorados, e serviços e métodos de distribuição que melhorem a saúde das pessoas (WHO, 2017). Por seu turno, o *Copenhagen Health Innovation* considera que a inovação em saúde se relaciona com a fusão de conhecimento, desenvolvimento e oportunidades tecnológicas com a prática, a fim de criar melhor bem-estar e qualidade de vida para doentes e cidadãos (Copenhagen Health Innovation, 2017).

Num contexto de cobertura universal da saúde e dos objetivos de desenvolvimento sustentável, o *Health Innova-*

tion Group considera que a inovação em saúde compreende: (i) desenvolver e implementar políticas, sistemas, produtos e tecnologias de saúde novos ou melhorados, assim como serviços e métodos de prestação que melhorem a saúde das pessoas; (ii) responder às necessidades não satisfeitas, empregando novas formas de pensar e trabalhando com foco especial nas necessidades das populações vulneráveis; (iii) agregar valor sob a forma de melhor eficiência, eficácia, qualidade, segurança e/ou acessibilidade; (iv) pode ser preventiva, promotora, terapêutica, de reabilitação e/ou de assistência.

Por seu turno, num contexto de formação e educação o *Copenhagen Health Innovation* centra a inovação na correspondência entre as necessidades do sector social e da saúde, através de programas de estudos orientados para: (i) a identificação de necessidades e desafios no sector social e de saúde; (ii) o desenvolvimento de ideias para soluções e projetos interdisciplinares inovadores; (iii) o teste de ideias em colaboração próxima com a prática (organizações, serviços de saúde, instituições); (iv) a análise de soluções e a criação de condições básicas para as decisões e a sua implementação; e (v) o apoio à implementação.

EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

É reconhecido o papel dos serviços prestadores de cuidados de saúde na satisfação das necessidades e das expectativas dos seus utilizadores, quer no que respeita aos aspetos técnicos dos cuidados quer aos interpessoais (Campbell et al., 2000; Donabedian, 1988). Neste contexto, os cuidados

de saúde primários (CSP) pretendem afirmar-se como a primeira e a principal forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde. Isso é assumido pela reforma dos cuidados primários em curso, constatada que foi a necessidade de uma profunda mudança organizacional.

Os primeiros centros de saúde tiveram origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, sendo Portugal um dos primeiros países europeus a adotar uma abordagem integrada para os CSP, criando uma rede de centros de saúde abrangendo a generalidade do país (Pisco, 2011). Contudo, essa situação só foi operacionalizada após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 e de uma alteração substancial da política em Portugal. É possível definir quatro períodos marcantes na evolução e no desenvolvimento dos CSP em Portugal.

Os denominados centros de saúde de primeira geração incluíam atividades como a vacinação, a vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras, ou seja, os cuidados eram centrados essencialmente na prevenção da doença e coexistiam com a rede de postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, que se dedicava à prestação de cuidados em situação de doença (OPSS, 2008). Em 1982 é criada a carreira médica de clínica geral que permitiu a colocação definitiva, em cerca de 3 anos, de mais de cinco mil médicos de família em todo o país (Ministério da Saúde, 2012).

Os centros de saúde de segunda geração criados através do Despacho Normativo n.º 87/83, de 22 de abril, resultaram da integração dos centros de saúde de primeira ge-

ração com a extensa rede dos postos médicos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, em 1982-1983. Desta integração resultaram cerca de 370 centros de saúde integrados, englobando mais de 2.000 extensões de saúde. No entanto, o excesso de normativismo e a relação distante das sub-regiões e das Administrações Regionais de Saúde (ARS), levaram à desmotivação dos profissionais e à dificuldade em dar respostas às necessidades de saúde da população (OPSS, 2008).

Entre 1995 e 1996 foi então proposta uma mudança radical na lógica de organização e de funcionamento dos CSP em Portugal. Devido ao modelo desajustado de organização por grupos profissionais separados e da gestão burocrática dos centros de saúde, surgiram novas iniciativas experimentais e projetos-piloto. O projeto “Alfa” que surgiu em 1996 na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, foi a primeira experiência que pretendeu proporcionar alguma autonomia no seio do SNS, tendo como contrapartida a melhoria no acesso e na qualidade (Ministério da Saúde, 2004). Dois anos depois, em 1998, pelo Decreto-Lei (DL) n.º 117/98, de 5 de maio, foi criado o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos médicos de Clínica Geral, assente no princípio de que a remuneração estaria dependente da quantidade e da qualidade do desempenho.

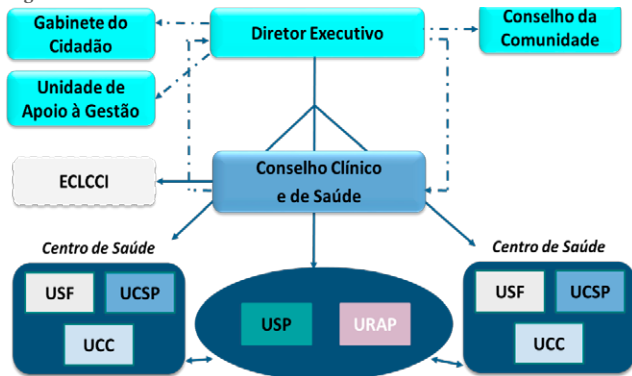
Em 1999, com a publicação do DL n.º 157/99, de 10 de maio, que estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, foi consagrada uma matriz organizativa dos centros de saúde com base em unidades de saúde familiar (USF), os denominados centros de saúde de terceira geração.

Em 2005, através do DL n.º 88/2005, de 3 de junho, reiniciou-se a reforma do CSP e foi criada a Missão para os CSP, tendo sido esta a responsável pela elaboração e implementação das medidas que tinham como principal objetivo centrar o SNS nos CSP, através da reorganização dos centros de saúde, melhorando a acessibilidade aos cuidados, a qualidade e a sua continuidade, assim como a eficiência, e aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores. Para tal, seguiu-se uma série de princípios dos quais se destacam: a orientação para a comunidade; a flexibilidade organizativa e de gestão; a desburocratização; o trabalho em equipa; a autonomia e a responsabilização; a melhoria contínua da qualidade; a contratualização e a avaliação (Biscaia & Amorim, 2013).

Antes da atual reforma dos centros de saúde, estes estavam organizados em cinco ARS, 18 Sub-regiões de Saúde e 363 centros de saúde. Em 2008 procedeu-se a uma profunda reestruturação (DL n.º 28/2008, 22 de fevereiro, republicado pelo DL n.º 137/2013, de 7 de outubro), sendo os centros de saúde extintos como unidades prestadoras de cuidados de saúde. A junção de vários centros de saúde deu lugar em 2009 aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que segundo este DL, são considerados serviços de saúde com autonomia administrativa, embora sujeitos ao poder de direção da respetiva ARS e cuja missão é garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica, mantendo os princípios de equidade e de solidariedade.

Estes agrupamentos são constituídos por várias unidades funcionais que se complementam. A figura 1 ilustra a estrutura orgânica de um ACeS.

Figura 1 – Estrutura de um ACeS



ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

São vários os aspetos distintos que definem os ACeS. Estas estruturas são responsáveis pela gestão de unidades funcionais simplificadas e flexíveis: as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), a Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Estas unidades funcionais são constituídas por pequenas equipas multiprofissionais, com autonomia organizacional, funcional e técnica, sujeitas a um mecanismo de contratualização interna que envolve a definição de objetivos em diversas áreas (acessibilidade, desempenho assistencial, efetividade, eficiência e qualidade).

Os ACeS dispõem ainda de órgãos de administração e fiscalização, a saber, o Diretor Executivo, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde (DL n.º 243/2012, de 27 de novembro) e o Conselho da Comunidade. Sob a dependência do Diretor Executivo funcionam ainda, como serviços de apoio, a Unidade de Apoio à Gestão e o Gabinete do Cidadão. Estes órgãos e serviços possibilitam a tomada de decisão a nível local e a implementação de soluções adaptadas aos recursos existentes. Por outro lado, abrem caminho à concretização de sistemas de liderança com maior proximidade e de governação clínica e técnica e à criação de mecanismos de representação e de participação da comunidade e dos cidadãos.

Esta agregação visa permitir decisões mais céleres e próximas das equipas multiprofissionais e das comunidades, que são quem protagoniza verdadeiramente os CSP.

DOIS EXEMPLOS DE BOA GOVERNANÇA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

De seguida serão apresentados dois exemplos de boa governança e de inovação em cuidados de saúde primários: a monitorização da satisfação dos utilizadores e a contractualização.

Satisfação dos utilizadores

Já em 2001 o Observatório Português dos Sistemas de Saúde destacava o papel dos cidadãos enquanto contribuintes e utilizadores e enfatizava a necessidade de se alterar

consideravelmente a sua relação com o sistema de saúde. Lembrava, então, alguns direitos que, a serem exercidos, permitem situar o cidadão no centro do sistema. Entre eles importa mencionar o direito à informação, encarada como um instrumento de democratização do sistema de saúde, a par com o financiamento, a organização e a gestão dos serviços de saúde (OPSS, 2011).

Por isso, a avaliação da satisfação dos usuários é hoje em dia reconhecida como um valor a adicionar a outras medidas de resultado como o estado de saúde ou a qualidade de vida (Debono & Travaglia, 2009; Grol et al., 2000). Os dados de satisfação dos utilizadores são normalmente usados para duas finalidades. Em primeiro lugar, para avaliar os cuidados prestados e, além disso, para prever os seus comportamentos enquanto «consumidores», nomeadamente sabendo se recomendam as unidades de saúde que normalmente frequentam ou se voltariam, se necessário, às mesmas unidades (Ware et al., 1977).

Esta necessidade de informação passa também pelo conceito de transparência – um dos critérios mínimos de boa governança de qualquer sistema de saúde – e pelo conceito de participação que engloba, por outro lado, a possibilidade de reclamação, o direito de ser ouvido face à opinião que tem sobre o sistema de saúde ou o impacto da sua experiência com esse sistema. Passa também pela capacidade de ser envolvido nas tomadas de decisão a vários níveis do sistema, desde o nível da prestação direta de cuidados, ao nível do planeamento, da definição de prioridades e da decisão política.

De entre os modelos conceptuais existentes que reconhecem a utilidade da avaliação da satisfação destaca-se,

logo à partida, o Modelo de Donabedian “Estrutura, processo e resultados”, em que a satisfação dos utilizadores é reconhecida como parte integrante da medição de resultados em saúde, a par da melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida dos indivíduos (Donabedian, 1980).

Também no Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) os processos organizacionais e de gestão são meios para a obtenção de resultados, incluindo não só os resultados de desempenho, mas também a satisfação dos utilizadores, dos profissionais e o impacto da prestação de cuidados na sociedade.

Por outro lado, mais recentemente, Porter apresentou a sua cadeia de causalidade de valor, segundo a qual a medição do valor dos cuidados prestados para uma determinada condição de saúde ou população de doentes começa com os resultados em saúde, comparados com os custos totais de obtenção no ciclo completo de cuidados (Porter, 2010). E aí, a satisfação dos doentes, com questionários a serem regularmente implementados nas organizações de saúde, constitui um passo na direção correta para a medição do valor. Este autor chama, no entanto ainda, à atenção para o facto de muitas vezes a satisfação dos doentes incidir apenas no processo de cuidados (hospitalidade, amenidades, simpatia e outros aspetos da experiência do serviço), devendo também incluir perguntas que representem o conceito de melhoria de valor. Medir a satisfação pode ser um bom veículo para a medição da adesão e, principalmente, do estado de saúde apercebido pelos doentes.

Por fim, a um nível mais sistémico, o modelo *Health System Performance Assessment* (HSPA) da OMS define as

funções que qualquer sistema de saúde deve desempenhar, os objetivos intermédios e os objetivos finais que deverão ser atingidos por um qualquer sistema de saúde (WHO, 2003). O objetivo principal é, obviamente, melhorar a saúde, a razão de ser de qualquer sistema de saúde. Sendo o sistema de saúde pago pela sociedade, um outro objetivo é financeiro, isto é, a justiça na contribuição financeira e a proteção social e financeira dos cidadãos. O terceiro objetivo é um objetivo social que mede a resposta dos sistemas às legítimas expectativas dos cidadãos. É aqui, de novo, que enquadrámos a satisfação dos doentes.

Em Portugal, todo este processo de medição da satisfação começou já há mais de 30 anos, mais concretamente, em 1994 quando um grupo de investigadores europeus liderados por Richard Grol, do Centro para a Investigação para a Qualidade de Cuidados (WOK) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Nijmegen, Holanda, se candidatou a verbas europeias, inseridas no Programa Biomed da União Europeia, com o objetivo de criar um instrumento de medição para avaliar a satisfação dos utilizadores dos CSP. Foram oito os países que iniciaram juntos esta caminhada: Alemanha, Dinamarca, Holanda, Israel, Noruega, Portugal, Reino Unido e Suécia. Terminado este projeto em 1999, o questionário Europep estava completamente validado em 15 línguas e tinha o reconhecimento da WONCA - *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (Ferreira, 1999).

Este questionário tem sido validado em vários contextos internacionais da medicina geral e familiar (Grol et al.

1999, Hearnshaw et al., 2002), sendo de realçar em Portugal, logo em 2000, a primeira aplicação aos utilizadores de todos os 86 centros de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Foram então recebidas 3.969 respostas, correspondendo a 40,5% de taxa de respostas. Depois, no ano seguinte, expandiu-se o estudo aos utilizadores de 194 centros de saúde (54% do universo), num total de 4.714 indivíduos. Nessa altura o convite foi feito aos coordenadores das então Sub-regiões de Saúde e o erro de amostragem foi de $\pm 1,4\%$.

De seguida, um estudo enquadrado num projeto do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e subsidiado pelo Programa Saúde XXI abarcou todos os 365 centros de saúde existentes à época. Obtiveram-se 11.166 respostas representativas da população por género, grupo etário e sub-região (Ferreira, 2001, Ferreira et al., 2001, 2005).

Quando surgiram as primeiras USF, foi decidido fazer nova avaliação da satisfação dos utilizadores destas unidades, ideia imediatamente apoiada pela Missão dos Cuidados de Saúde Primários. Tratou-se de um censo de um dia realizado em fevereiro de 2009 aos utilizadores das 146 USF constituídas até novembro de 2008. Foram recebidas 12.713 respostas, correspondendo a uma taxa final de respostas de 75,8% e a um erro máximo, para um intervalo de confiança de 95% e um valor de probabilidade de 50%, de 0,4% (Ferreira et al., 2010).

Mais recentemente, realizou-se um outro estudo com todas as 393 USF e uma amostra de 51 UCSP (31% do total das UCSP) em funcionamento em 31 de dezembro de 2013, perfazendo um total de 444 unidades funcionais de prestação de CSP.

O questionário utilizado nestes estudos foi desenhado com base na versão portuguesa do questionário europeu Europep, testada e validada em Portugal e desenvolvida pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Conforme apresentado na figura 2, mede essencialmente quatro dimensões: (i) cuidados médicos; (ii) cuidados não médicos; (iii) organização dos cuidados; e (iv) qualidade das instalações. Nos cuidados médicos são abordadas ambas as componentes, interpessoais e técnicas, dos médicos de família e na dimensão referente aos cuidados não médicos são abordados os cuidados de enfermagem e a atenção prestada pelos secretários clínicos. Por fim, na organização dos cuidados são analisadas a acessibilidade e os serviços prestados em geral.

Este estudo pressupõe, assim, o seguinte modelo conceptual de análise:

Figura 2 – Modelo conceptual



Relativamente aos resultados deste último estudo, tem-se forçosamente de começar por referir a enorme taxa de resposta que este estudo teve: 89,3% para as USF e 90,1% para as UCSP. Em termos sociodemográficos, 66,1% dos respondentes eram mulheres, a média etária atingiu os 48,5 anos, com respondentes dos 16 aos 99 anos. De salientar que 37% tinham uma escolaridade inferior ou igual ao 2.º ciclo do ensino básico. Relativamente à experiência com a unidade de saúde, para 5,7% este era o seu primeiro contacto e os restantes tinham tido essencialmente uma a quatro visitas anteriores.

Face aos indicadores de satisfação, em especial ao indicador CEISUC de satisfação, verificou-se um valor médio de 77,8% com uma distribuição francamente enviesada para a esquerda. Foi também evidenciada uma maior satisfação dos utilizadores em relação aos cuidados e à atenção prestados por médicos, enfermeiros e secretários clínicos. De uma maneira geral, as mulheres apresentaram uma satisfação ligeiramente menor do que a dos homens, o mesmo acontecendo aos jovens face aos mais idosos. Por outro lado, as pessoas com menos habilitações literárias foram as que apresentaram melhores índices de satisfação. Foi reconfortante ver-se que a maior experiência de utilização faz com que os utilizadores fiquem cada vez mais surpreendidos positivamente, em especial com os médicos de família e com os cuidados de enfermagem.

As USF apresentaram, de uma forma sistemática, maior satisfação face às UCSP. Por outro lado, a dimensão da unidade exerce também uma certa influência na satisfação dos utilizadores. Estes parecem penalizar as unidades muito grandes, com mais de 12 médicos de família. Por muito que

indicadores de eficiência possam dizer o contrário, deste estudo resulta que os cuidados de proximidade, como é o caso dos cuidados primários necessitam de reduzir a sensação que os utilizadores, principalmente os mais velhos e mais frágeis, têm de se perderem em organizações grandes.

Por fim, partindo do pressuposto que é desejável uma uniformidade na satisfação, independentemente das regiões em que os cuidados são prestados, constatou-se, infelizmente sem surpresa, uma grande disparidade dos valores dos índices de satisfação analisados neste estudo a nível continental por regiões de saúde e, dentro de cada uma delas, por ACeS.

Contratualização com unidades de atenção primária

Uma outra decisão importante com o aparecimento dos ACeS foi a mudanças no processo de contratualização que até então que era feito entre as ARS e as USF, e passou a ser feito diretamente entre as USF e os ACeS, desde 2010, sendo esses princípios de contratualização aplicados às outras unidades funcionais, que ainda se continuam a implementar.

Os ACeS são entidades sujeitas a um processo negocial de objetivos, designado por contratualização externa. Este processo, implementado desde 2010, operacionaliza-se em três fases: negociação, monitorização/acompanhamento e avaliação. No que concerne ao período de negociação, este inicia-se com a submissão do Plano de Desempenho do ACeS no Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento. Este documento estratégico, de carácter anual visa a caracterização dos ACeS relativamente a linhas estratégicas, plano de atividades, plano de formação,

mapa de equipamentos, mapa de recursos humanos, indicadores de desempenho, plano de investimentos e orçamento -económico e a definição das suas prioridades assistenciais em função dos recursos humanos, materiais e financeiros colocados à sua disposição. Segue-se a concretização do processo negocial de indicadores de desempenho, oficializado através da assinatura do Contrato-Programa.

Até ao final de 2016, os 20 indicadores negociados no processo de contratualização externa encontravam-se organizados em três eixos – nacional, regional e local – com distintos pesos relativos associados (respetivamente, 75%, 17% e 8%). Destes 20 indicadores, 14 eram comuns a todos os ACeS do país (eixo nacional), quatro eram escolhidos pelas ARS respetivas (eixo regional) e dois (eixo local) pelo próprio ACeS, de acordo com as necessidades locais em saúde diagnosticadas.

O Quadro 1 apresenta o conjunto de indicadores do eixo nacional, comum a todos os ACeS do país, e os respetivos pesos relativos, negociados em 2016 no processo de contratualização externa.

Quadro 1 – Contratualização Externa: Indicadores do eixo nacional (75%)

Acesso	Indicador
5,0%	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos
4,0%	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos
6,0%	Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos
4,0%	Proporção de inscritos com idade ≥ 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos
6,0%	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2

Acesso	Indicador
3,0%	Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos (por 10.000)
6,0%	Índice de acompanhamento adequado na área do planejamento familiar nas mulheres em idade fértil
1,5%	Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso
2,5%	Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e Plano Nacional de Vacinação totalmente cumprido até ao 14.º aniversário
3,0%	Incidência de amputações maior de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes (por 10.000)
4,0%	Proporção de inscritos com idade ≥ 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise
6,0%	Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos
16,0%	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no preço de venda ao público)
8,0%	Despesa média de meios complementares de diagnóstico e terapêutica faturados, por utente utilizador do Serviço Nacional de Saúde (baseado no preço convencionado)

Fonte: Termos de Referência para contratualização nos cuidados de saúde primários em 2016

No que concerne à contratualização interna efetuada com as USF e UCSP e, não obstante esta ter sofrido alguma evolução ao longo dos últimos anos, o processo em 2016 foi semelhante ao da contratualização externa, seguindo a mesma sequenciação de etapas: negociação, monitorização/acompanhamento e avaliação.

Na sequência da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, e do Despacho n.º 3823/2016, de 15 de março, foram contratualizados com cada USF e UCSP 22 indicadores institucionais distribuídos por três eixos, a saber, o eixo nacional, que integra 12 indicadores comuns a todas as USF e UCSP do país, o eixo regional, onde

figuram quatro indicadores selecionados por cada ARS e o eixo local, específico para cada unidade com incidência na área de acesso e/ou desempenho assistencial, onde são selecionados dois indicadores pelos ACeS e propostos quatro indicadores pela USF/UCSP.

Assim, no ano de 2016, os indicadores institucionais do eixo nacional comuns a todas as USF e UCSP do país foram os constantes no Quadro 2.

Quadro 2 – Contratualização Interna: Indicadores institucionais para USF/UCSP (62,5%)

Tipo	Peso	Indicador
Acesso	4,5%	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos
	3,0%	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos
Desempenho Assistencial	4,5%	Índice de acompanhamento adequado em saúde materna
	5,0%	Índice de acompanhamento adequado na área do planejamento familiar nas mulheres em idade fértil
	6,0%	Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, no 1.º ano de vida
	2,0%	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise
	2,5%	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos
	3,0%	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg
	3,0%	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %
Satisfação	6,0%	Satisfação de utilizadores de unidades funcionais
Eficiência	16,0%	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no preço de venda ao público)
	8,0%	Despesa média de meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)

Fonte: Termos de Referência para contratualização nos cuidados de saúde primários em 2016

Quanto às UCC, o documento “Termos de Referência para contratualização nos cuidados de saúde primários em 2016”, previu a contratualização de uma matriz de 15 indicadores nacionais.

Neste âmbito, no ano de 2016, os indicadores que integraram o processo de contratualização com as UCC foram os seguintes:

Quadro 3 - Contratualização Interna 2016: indicadores para UCC

Tipo	Indicador
Acesso	Proporção de utentes com contacto pela equipa multiprofissional nas primeiras 48h
	Número médio de visitas domiciliárias por qualquer elemento da equipa, por utente, por mês de internamento
Desempenho Assistencial	Proporção de visitas domiciliárias de enfermagem efetuadas no período de fim-de-semana ou em dias de feriado
	Proporção de turmas abrangidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar
	Proporção de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais que foram alvo de intervenção de enfermagem no âmbito da saúde escolar
	Proporção de utentes com alta da Equipa de Cuidados Continuados Integrados com objetivos atingidos
	Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
	Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão
	Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão
	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na Gestão do Regime Terapêutico
	Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor
	Proporção de utentes com melhoria no nível de “dependência no autocuidado”
	Proporção de utentes com internamento hospitalar durante a integração na Equipa de Cuidados Continuados Integrados
	Taxa de ocupação da Equipa de Cuidados Continuados Integrados
	Tempo médio de permanência em Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Já no que respeita à contratualização interna com as USP e URAP, não foi implementado até ao momento um processo normalizado que sirva de padrão para aplicação nacional. Os processos de contratualização que ocorreram com estas unidades funcionais foram sempre de carácter experimental e de âmbito regional.

No início de 2016, assistiu-se a um relançamento da reforma dos CSP tendo por objetivo a expansão e melhoria da capacidade da rede deste tipo de cuidados com vista a um aumento da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do SNS. O primeiro aspeto visível deste relançamento foi a criação de um grupo de coordenação nacional para a reforma do SNS na área dos CSP (Despacho n.º 200/2016, de 7 de janeiro). Este grupo definiu, como uma das suas estratégias, o desenvolvimento de um novo modelo de contratualização para aplicação no ano de 2017, com vista à implementação de um processo de avaliação de desempenho multidimensional, centrado na pessoa, focado nos resultados e orientado pelo processo de cuidados. Na medida em que 2017 constitui um ano de transição entre modelos de contratualização, o novo modelo encontra-se ainda em fase preparatória e de implementação incipiente, não sendo possível facultar uma explicação detalhada do seu conteúdo.

CONCLUSÃO

Neste capítulo abordaram-se os conceitos de governança e de inovação em cuidados de saúde primários, assim como um novo e inovador modelo de governança. Após uma breve visita às fases mais relevantes da reforma

dos CSP em Portugal, apresentaram-se dois exemplos de boa governança e de inovação em saúde com os objetivos de tornar os cuidados de saúde mais próximos do cidadão, respondendo às suas necessidades, mais eficientes quer do ponto de vista da gestão quer da utilização de recursos, e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. O primeiro foi a avaliação da satisfação que se pode constituir como um instrumento de governação (Ferreira et al., 2017); o segundo exemplo descreveu a adoção da contratualização que é inovação quer na relação entre diferentes esferas da saúde e os prestadores, mas também na forma de satisfazer as necessidades em saúde determinadas e responder às necessidades dos utilizadores.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, M., & MATA, J. **Orientações para a interpretação dos dados estatísticos disponíveis e para a construção de indicadores referentes à transição da América Latina para a Sociedade da Informação** (Manual de Lisboa): Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT), Observatório da Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Altos Estudos Universitários (OEI), Ministério da Educação de Portugal. 2009.

BISCAIA, A. AMORIM, A. “A Essência das Unidades de Saúde Familiar. USF- Modelo Positivo do Presente e para o Futuro”. **V Encontro Nacional das USF, Lisboa: ISCTE-IUL. 2013.**

BRINKERHOFF, D. W., & BOSSERT, T. J. **Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options.** Washington, DC: **United States Agency for International Development** (Project Health Systems 20/20).2008.

CAMPBELL, S.M., ROLAND, M.O., BUETOW, S.A . Defining quality of care. **Soc Sci Med.**, 51(11):1611-25.2000.

COPENHAGEN HEALTH INNOVATION. Health innovation thought education. Retrieved 2017-07-12 from <http://copenhagenhealthinnovation.dk/en/>.2017.

COURT, J., HYDEN, G., & MEASE, K. . Assessing Governance: Methodological Challenges World Governance Survey Discussion Paper 2. Tokyo, Japan: **United Nations University**.2002.

DAGLIO, M., GERSON, D., & KITCHEN, H.. Building Organisational Capacity for Public Sector Innovation. Background paper prepared for the OECD Conference “**Innovating the Public Sector: from Ideas to Impact**”. Paris, 12-13 November, 2014.

DEBONO, D., TRAVAGLIA, J. . Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of the literature. University of New South Wales. **Centre for Clinical Governance Research in Health**.2009.

DEIGHAN, M., CULLEN, R., & MOORE, R. “The development of integrated governance”. Debate (the voice of NHS management). **NHS Confederation**, 3, London. 2004.

DEPARTMENT OF HEALTH. . **The new NHS: modern, dependable**. London: Stationery Office. 1998.

DODGSON, R.. Global Health Governance: a Conceptual Review Centre on Global Change & **Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine**.2002.

DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**; 260(12):1743-8.1988.

DONABEDIAN, A. . Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: **Health Administration Press**.1980

EECKLOO, K., HERCK, G. V., HULLE, C. V., & VLEUGELS, A. From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. **Health Policy**, 68(1), 1-15. 2004.

EGGERS, W. D., & SING, S. K. The Public Innovator's Playbook: Nurturing bold ideas in government: Deloitte Research.2009.

EUROBAROMETER.. Innobarometer 2010 - **Analytical Report: Innovation in Public Administration**. 2011.

FERREIRA P.L. A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar. In: Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa: **Direção Geral da Saúde**: 1-57.1999.

FERREIRA P.L., ANTUNES P.F., PORTUGAL S. O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF. Lisboa: **Ministério da Saúde**.2010.

FERREIRA P.L., LUZ A., VALENTE S., RAPOSO V., GODINHO P., FELÍCIO E.D. Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**; Volume Temático 2: 53-61.2011.

FERREIRA PL, RAPOSO V, GODINHO P . A voz dos utilizadores dos centros de saúde. Lisboa: **Instituto da Qualidade em Saúde**.2005.

FERREIRA P.L., RAPOSO V., PISCO L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.22(3):747-758.2017.

FERREIRA PL. Avaliação dos doentes de cuidados primários. Aspetos da clínica geral mais importantes para os doentes. **Revista Portuguesa de Clínica Geral** 2001; 17:15-45.

GOODMAN, N. W.. Clinical governance. **British Medical Journal**, 317(7174), 1725-1727. 1998.

GRAHAN, J., AMOS, B., & PLUMPTRE, T. . Principles for Good Governance in the 21st Century (Vol. Policy Brief nº 15): **Institute on Governance**.2003.

GROL R, WENSING M., MAINZ J, FERREIRA P.L., HEARNshaw H., HJORTDAHL P., OLESEN F., RIBACKE M., SPENSER T., SZECSENYI, J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. **Fam Pract.**; 16(1); 4-11.1999.

GROL R, WENSING M., MAINZ J, JUNG H.P., FERREIRA P.L., HEARNshaw H., HJORTDAHL P., OLESEN F., REIS S., RIBACKE M., SZECSENYI J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. **Br J Gen Pract.**, 50(460): 882-7.2000.

HEARNshaw H., WENSING M., MAINZ J., GROL R., FERREIRA P.L., HELIN-SALMIVAARA A, HJORDAHL P, OLESEN F, RIBACKE M, SZECSENYI J. The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinions of general practice in eight European countries. **Primary Health Care Research and Development**; 3: 231-7.2002.

JARAMILLO, H., LUGONES, G., & SALAZAR, M. Normalización de Indicadores de Innovación Tecnológica en América Latina y el Caribe (Manual de Bogotá): Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT)/Organización de Estados Americanos (OEA)/PROGRAMA CYTED.2001.

JOURMARD, I., ANDRE, C., & NICQ, C. Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OECD Economics Department Working Papers, No. 769: OCDE Publishing.2010.

KAUFMANN, D., KRAAY, A., & ZOIDO-LOBATÓN, P. Governance Matters. Washington D.C.: World Bank Policy Research Working Paper 2196.1999.

KICKBUSCH, I. Perspectives on health governance in the 21st Century. In M. Marinker (Ed.), **Health Targets in Europe: polity, Progress and Promise** (pp. 206-229). London: BMJ Books. 2002.

KICKBUSCH, I., & GLEICHER, D. Governance for health in the 21st century: World Health Organization, **Regional Office for Europe**. 2012.

MAZZUCATO, M. The Entrepreneurial State - Debunking public vs. private sector myths. Anthem Press.2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. **Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa: Ministério da Saúde, setembro. 2012.

_____. **Direção de serviços de prestação de cuidados de saúde. Comissão de acompanhamento e avaliação do RRE – Regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral. Relatório**, Lisboa.2004.

MULGAN, G. Ready or not? Taking innovation in the public sector seriously: **NESTA Making Innovation Flourish**.2007.

MULGAN, G. Innovation in the Public Sector - How can public organisations better create, improve and adapt? (Vol. November 2014): **NESTA Making Innovation Flourish**.2014.

OECD. **Proposed Standard Method of Compiling and Interpreting Technology Balance of Payments Data** (TBP Manual).1990.

_____. **The Measurement Of Scientific And Technological Activities Manual On The Measurement Of Human Resources Devoted To S&T** (Canberra Manual).1995.

_____. **Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development** (Frascati Manual).2002.

_____. **Oslo Manual** - Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data (3ed ed.): OECD Publishing.2005

_____. OECD Patent Statistics Manual.2009

_____. Measuring R&D in developing countries - Annex to the Frascati Manual.2012

FERREIRA P.L., Sistema de saúde português: riscos e incertezas. Relatório de Primavera 2008. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Coimbra: **Mar da Palavra**; 2008.

ESCOVAL A, LOPES M, FERREIRA PL, Da depressão da crise ... para a governação prospectiva da saúde. Relatório de Primavera 2011. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Coimbra: **Mar da Palavra**; 2011.

PARIS, V., DEVAUX, M., & WEI, L.. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. **OECD Publishing: OECD Health Working Papers**, No. 50.2010.

PAUL, W., & PER, K. **Innovation in Public Sector Services Entrepreneurship, Creativity and Management**. Cheltenham, UK: 'Edward Elgar Publishing, Inc.'.2008.

Pisco, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.16, n.6, p. 2841-2852.2011.

PORTER ME . What Is Value in Health Care? **N Engl J Med**; 363:2477-2481.2010.

RAPOSO, V. Governação hospitalar - uma proposta conceptual e metodológica para o caso português. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra. 2007.

RED IBEROAMERICANA DE INDICADORES DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA. **Manual de Indicadores de Internacionalización de la Ciencia Y la Tecnología** (Manual de Santiago). Buenos Aires. 2007.

SARKAR, S. **Empreendedorismo e Inovação**: Escolar Editora.2014.

SCALLY, G., & DONALDSON, L. J. . Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **British Medical Journal**, 317(7150), 61-65. 1998.

SIDDIQI, S., MASUD, T. I., NISHTAR, S., PETERS, D. H., SABRI, B., BILE, K. M., & JAMA, M. A. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. **Health policy** (Amsterdam, Netherlands), 90, 13-25.2009.

STAREY, N. What is clinical governance? www.evidence-based-medicine.co.uk/ebmfiles/WhatisClinGov.pdf.2003.

UNDP. Governance for sustainable human development - A UNDP policy document. New York: **United Nations Development Programme**.1997a.

_____. Reconceptualising Governance. New York: Management Development and Governance Division Bureau for Policy and Programme Support - **United Nations Development Programme**.1997b.

_____. UNDP Strategy Note on Governance for Human Development: **United Nations Development Programme**.2004.

WARE J, DAVIES-AVERY A, STEWART A . The Measurement and Management of Patient Satisfaction: **A Review of the Literature**.1977.

WHO. Good Governance for Health Equity Initiative Paper No 14. Geneva: **Department of Health Systems, World Health Organization**.1998a

_____. Health for All in the 21st Century: **World Health Organization**. 1998b

_____. The World Health Report 1998 - Life in the 21st century, a vision for all. Geneva: **World Health Organization**. 1998c.

_____. The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Geneva: **World Health Organization**.2000.

_____. The European Health Report 2002. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. **WHO regional publications**. European series; No. 97. 2002a

_____. Public Health in Americas - Essential public health functions. Washington, D.C.: Pan American Health Organization. **Scientific and Technical Publication** No. 589. 2002b

_____. Essential public health functions: a three-country stu-

dy in the Western Pacific Region: **World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific**.2003.

_____. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Edited by Christopher J.L. Murray, David B. Evans. Geneva: **World Health Organization**.2003

_____. WHO Health Innovation Group Retrieved 2017-07-12, 2017, from <http://www.who.int/life-course/about/who-health-innovation-group/en/2017>.

WORLD BANK.. Governance and Development. Washington D.C.: **World Bank**.1992.

_____. Development in Practice. Governance - The World Bank's Experience. Washington D.C.: World Bank.1994.

_____World Development Report 1997 - The State in a Changing World. Whashington D.C.: **Oxford University Press, Inc**.1997.

_____. MENA Development Report: Better Governance for Development in the Middle East and North Africa - Enhancing Inclusiveness and Accountability. Washington D.C.: World Bank.2003.

Pós-facio

Através da leitura dos 19 capítulos desta obra, é possível mergulhar em trabalhos sérios e profundos, preparados por alunos e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva que possuem reconhecimento, competência e qualificação. Os sujeitos envolvidos com o processo de educação e aquisição de conhecimento nos cursos de pós-graduação tem o compromisso ético na realização pesquisas que envolvam realidade social cotidiana promovendo a fim de proporcionar a melhoria da coletividade. A introdução desta obra é um guia claro de sua magnitude e relevância no contexto do aprendizado. Os temas abordados nesta produção acadêmica apresentam, de forma clara, três eixos de compreensão. Os capítulos que compõem o primeiro eixo proporcionam um aprofundamento dos conhecimentos acerca dos espaços de saúde. Enquanto os capítulos do segundo eixo abordam as doenças crônicas e seus desafios do cuidado em saúde. O último eixo aborda temas relacionados aos aspectos do envelhecimento, abortos, contaminação por HIV, indicadores de mortalidade infantil, cuidados primários, dengue. A produção de conhecimentos pela academia alcança a tão buscada e difícil articulação da pesquisa científica com a intervenção social na saúde coletiva. O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPSAC da Universidade Estadual do Ceará – UECE constitui fomento de seara neste panorama. A coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

(CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa (FUNCAP) são colaboradores na produção deste mérito. Esta obra foi elaborada para contribuir com a formação de profissionais de saúde, professores, pesquisadores, políticos, estudantes. E que todos possam desfrutar de uma excelente leitura.

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

AUTORES COLABORADORES

ANA CAROLINA OLIVEIRA E SILVA

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Atuou como Docente do Instituto de Assistência Social (IASOCIAL) e como Preceptora de Estágio Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem na Disciplina de Processo de Cuidar em Saúde do Idoso, pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE. Mestre em Saúde Coletiva (UFC). Especialista em Saúde Pública e na Atenção Básica (UEPA). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (GRUPSE) da UECE.

ANA VALESKA SIEBRA E SILVA

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (2002). Atualmente é professor adjunto da Universidade Estadual do Ceará. , atuando principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia da saúde da criança, Saúde do recém nascido, da criança e do adolescente, perinatologia, mortalidade perinatal, saúde da família, qualidade e avaliação nos serviços de saúde, cuidado clínico de enfermagem em terapia intravenosa. Professora do programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (UECE). Tutora do PET Vigilância à Saúde - CCS/UECE.

ANDREA CAPRARA

MD, PhD, Professor Adjunto, Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará/UECE. Centro de Ciências da Saúde.

ANTONIA ALIZANDRA GOMES DOS SANTOS RODRIGUES

Enfermeira. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC da UECE.

CARLOS BRUNO SILVEIRA

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem – GRUPSFE.

CÍNTIA LIRA BORGES PEDROSA

Enfermeira. Especialista em enfermagem pediátrica e neonatologia. Mestre em Cuidado Clínicos em enfermagem e saúde. Doutoranda do Programa Pós Graduação em Saúde Coletiva-PPSAC.

DAFNE LOPES SALLES

Enfermeira. Graduação pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestranda do Programa de Saúde Coletiva-Uece. Membro do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem- GRUPECCE. Tem interesse nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva, Epidemiologia descritiva, analítica e social/crítica, Bioestatística, Metodologia da Pesquisa e Saúde do Adulto/Idoso.

DANIELLA BARBOSA CAMPOS

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Cursando especialização em Enfermagem e terapia inten-

siva na UNIFOR. Trabalhou no Hospital Otológica na Unidade de Terapia Intensiva. Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Atuou no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde do grupo SOS - EMERGÊNCIA , no período de 2013-2015. Programa de bolsas de Iniciação Científica - FUNCAP, vigente de março de 2013 a agosto de 2014, foi Monitora Acadêmica da disciplina Metodologia do Trabalho Científico . Atuou como Pesquisadora Bolsista CNPq, vigente durante outubro de 2011 a dezembro de 2012, no subprojeto: Planejamento familiar: educar para promover saúde, integrado ao Projeto de Pesquisa Promoção da saúde da mulher no contexto da atenção básica, tendo como orientadora Raimunda Magalhães da Silva.

DIEGO DA SILVA MEDEIROS

Sociólogo. Doutorando em Sociologia pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem – GRUPSFE.

EDYLA MARIA PORTO DE FREITAS CAMELO

Fisioterapeuta .Mestranda do do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará.

EMANUELLA CAJADO JOCA

Psicóloga. Residência Multiprofissional em saúde . Especialista em psicodrama.Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará.

FÁTIMA CAFÉ RIBEIRO DOS SANTOS

Nutricionista, formada pela Universidade Federal da Bahia (2010). Atualmente Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará. Especialista em

Alimentação e Nutrição pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP / FIOCRUZ (2016). Possui Pós Graduada em Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família , pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (2014). Atuando principalmente nos seguintes temas: Promoção da Saúde, atividades coletivas e de grupos, atendimentos individuais e compartilhados, educação nutricional, programas de alimentação e nutrição, educação permanente, apoio matricial e educação popular em Saúde, organização do serviço, direito humano à alimentação adequada, segurança alimentar, extensão universitária em comunidade, vivência em comunidade e movimento estudantil.

FERNANDO VIRGÍLIO ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

FIAMA KERCIA SILVEIRA TEÓFILO

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem – GRUPSFE.

FRANCISCO JOSÉ MAIA PINTO

Estatístico. Pos-Doutor em Saude Coletiva - Universidade de Sao Paulo (USP). Docente do Programa de Pos-Graduacao em Saude Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceara (UECE).

GLAUCILÂNDIA PEREIRA NUNES

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Líder do grupo de pesquisa: Gestão, segurança e processos de trabalho em saúde e enfermagem.

INDARA CAVALCANTE BEZERRA

Farmacêutica. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza. Pós-doutoranda no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

JAMINE BORGES DE MORAIS

Enfermeira. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC da UECE. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem – GRUPSFE.

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

Médico Psiquiatra. Doutorado em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Titular em Saúde Pública da UECE. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho.

JOYCE OLIVEIRA MATOS

Psicóloga. Especialista em transtornos alimentares e obesidade. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará.

JOSÉ WELLINGTON DE OLIVEIRA

Médico Sanitarista. Doutor em *Science Tropical Public Health* (*Harvard University*, USA). Professor Adjunto de Epidemiologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

KATHERINE JERÔNIMO LIMA

Enfermeira. Especialista em Epidemiologia e em Saúde Coletiva. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará.

LARISSA ALVES ALEXANDRE MOLITERNO

Fisioterapeuta Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (2017). . Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE vinculado à UECE e tem interesse nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva, Doença Renal Crônica, Hipertensão, Diabetes, Epidemiologia descritiva e analítica, Metodologia da Pesquisa e Saúde.

LÍVIA CRISTINA BARROS BARRETO

Enfermeira. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Nefrologia. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará-UECE.

LUANA RODRIGUES SARMENTU

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2011) e mestrado em Saúde Coletiva (Epidemiologia) pela Universidade Estadual do Ceará (2016). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública.

LUCIMAR BÓH BARBOSA

Fisioterapeuta. Especialista em fisioterapia Traumato-ortopédica. Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará Universidade Estadual do Ceará.

MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Médico epidemiologista do Instituto do Câncer. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1982). Doutor em Saúde Pública pela Universidade de Paulo (1990). Pós-Doutor em Economia da Saúde pela Universidade de Barcelona. Docente Adjunto do Curso de Medicina, do Programa de Pós-Graduação no Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Membro titular da Academia Cearense de Medicina e da Academia Brasileira de Médicos Escritores, e membro honorário da Academia Cearense de Farmácia e da Academia Cearense de Ciências.

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA

Enfermeira. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva/CNPq. Coordenadora GT Educação Popular e Saúde da ABRASCO; Coordenadora Regional Nordeste 1; Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Regional Nordeste 1 Rede Unida. Doutorada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, Brasil.

MARIA SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Doutora e mestre em Enfermagem e pós-doutora em Saúde Coletiva. Professora titular na Universidade Estadual do Ceará. Bolsista de produtividade em pesquisa 1B/CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Enfermagem.

PAULA FRASSINETTI CASTELO BRANCO CAMURÇA FERNANDES

Médica. Mestre em Epidemiologia. Doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo e Universidade de Londres (1999). Fellow da Fundação Rockefeller-INCLIN (1994-1995). Fellow da Sociedade Internacional de Nefrologia (Guy's Hospital Londres, 1996-1997). Atualmente é médica da Universidade Federal do Ceará-Preceptora da Residência Médica em Nefrologia e Chefe do Serviço do Sistema Urinário do Hospital Universitário Walter Cantídio-UFC (Unidade de Transplante Renal, Nefrologia, Hemodiálise e Urologia). Professora Adjunta Doutora do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva/PPSAC-UECE, Docente do Mestrado Profissional em Transplantes (UECE).

PATRÍCIA FERREIRA ANTUNES

Economista, doutoranda da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

PEDRO LOPES FERREIRA

Economista, professor da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e pesquisador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

RADMILA ALVES ALENCAR VIANA

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará-PPSAC. Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (2013). Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará e Especialista em Saúde da Mulher e da Criança pela Residência Multiprofissional da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (UFC) com atuação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, Unidade de Terapia In-

tensiva Adulta (UTI Materna), Ambulatório de Uroginecologia, Enfermaria Ginecológica e Obstétrica, Estimulação Precoce, Pós operatório de cirurgias de mamas e educação em saúde no Projeto Inter mast e Climain. Realiza palestras sobre Fisioterapia e Gestação, Saúde da Mulher e da Criança.

RICHEL BRUNO OLIVEIRA CASTELO BRANCO

Graduado em Gestao hospitalar. Especialista em gestão de projetos e psicopedagogia. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará-PPSAC.

SÔNIA SAMARA FONSECA DE MORAIS

Enfermeira. Especialista em Gestão e Assistência em Saúde da Família. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutorando do Programa de Pós –Graduação em Saúde Coletiva- UECE.

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Enfermeira. Advogada. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1D. Pos-Doutora em Saude Publica pela Universidade de Sao Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceara (UFC). Adjunto da Universidade Estadual do Ceara (UECE). Docente da Pos-Graduacao (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clinicos em Enfermagem e Saude; e 2) Saude Coletiva. Lider do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE-CNPq). Consultora de varios periodicos.

VÍTOR RAPOSO

Economista, professor da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e pesquisador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

