

**Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Raquel Sampaio Florêncio
Maria Salete Bessa Jorge
Marcelo Gurgel Carlos da Silva**
(Organizadores)

INOVAÇÕES TRANSDISCIPLINARES NA SAÚDE COLETIVA:

**Estratégias para o alcance de
resultados positivos na saúde**



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

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Raquel Sampaio Florêncio
Maria Salete Bessa Jorge
Marcelo Gurgel Carlos da Silva.
(Organizadores)

INOVAÇÕES TRANSDISCIPLINARES NA SAÚDE COLETIVA:

**Estratégias para o alcance de
resultados positivos na saúde**

1ª Edição

Fortaleza - CE

2015



INOVAÇÕES TRANSDISCIPLINARES NA SAÚDE COLETIVA:

Estratégias para o alcance de resultados positivos na saúde

© 2015 *Copyright by* Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Raquel Sampaio Florêncio
e Marcelo Gurgel Carlos da Silva

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

Erasmio Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

Vanda de Magalhães Bastos

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

I 35 Inovações transdisciplinares na saúde coletiva: estratégias para o alcance de resultados positivos na saúde [livro eletrônico] / Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão ... [et al.]. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

479 p.
ISBN: 978-85-7826-321-8

1. Saúde coletiva - Inovações tecnológicas . 2. Promoção da saúde.
3. Saúde coletiva - Recursos governamentais. I. Título.

CDD: 613

SUMÁRIO

Apresentação	9
Marcelo Gurgel Carlos da Silva	
Prefácio	15
Silvia Helena Bastos de Paula	
Introdução	21
DESAFIOS E TEMAS CRÍTICOS PARA A SAÚDE COLETIVA E OS SISTEMAS DE SAÚDE	
Mauro Serapioni e Charles Dalcanale Tesser	
PARTE I: INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS	48
Capítulo 1	49
DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE TECNOLOGIA: FACILIDADES E DIFICULDADES COM UM INSTRUMENTO EMBASADO NA TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM	
Camila Brasileiro de Araújo Silva, Samuel Miranda Mattos, Jair Gomes Linnard, Malvina Thaís Pacheco Rodrigues e Thereza Maria Magalhães Moreira	
Capítulo 2	67
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO NO COTIDIANO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE: PERCEPÇÃO DO AGENTE DE ENDEMIAS	
Rafaela Pessoa Santana, Ana Carolina Rocha Peixoto e Andrea Caprara	
Capítulo 3	85
APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: PESQUISA-AÇÃO SOBRE PROCESSO DE TRABALHO E TECNOLOGIA EM SAÚDE	
Carlos Garcia Filho, José Jackson Coelho Sampaio, Davi Queiroz de Carvalho Rocha e Rafael Baquit Campos	
Capítulo 4	107
TECNOLOGIA EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DO RISCO DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA	
Rithianne Frota Carneiro, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos e Geraldo Bezerra da Silva Junior	

Capítulo 5.....159
ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO
EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS

Indara Cavalcante Bezerra, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, Jamine Borges de Moraes, Milena Lima de Paula e Maria Salette Bessa Jorge

Capítulo 6.....190
ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA UTILIZADA NA
REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES DO
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Kilma Wanderley Lopes Gomes, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Andrea Caprara, e Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Capítulo 7.....203
MEIOS DE COMUNICAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE:
ALCANCE DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE POR ADULTOS
JOVENS ESCOLARES

Teresa Cristina de Freitas, Thereza Maria Magalhães Moreira, Ítalo Lennon Sales de Almeida e Raquel Sampaio Florêncio

PARTE II: INOVAÇÕES TRANSDISCIPLINARES ..214

Capítulo 8.....215
ECOSSAÚDE: UMA ESTRATÉGIA INOVADORA TRANS-
DISCIPLINAR PARA O CONTROLE DO DENGUE

Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta, Krysne Kelly de Oliveira França, Elaine Neves de Freitas, Mayara Natércia Veríssimo de Vasconcelos e Andrea Caprara

Capítulo 9.....234
LETRAMENTO EM SAÚDE E NAVEGAÇÃO DE PACIENTES
NA SAÚDE COLETIVA: ALICERCES PARA A CAPACITAÇÃO
DE PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA (NASF)

Daianne Cristina Rocha, Nara de Andrade Parente, Helena Alves de Carvalho Sampaio, Maria da Penha Baião Passamai, Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos e Soraia Pinheiro Machado Arruda

Capítulo 10.....283
PRÁTICAS ETNOMÉDICAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE INTERCULTURAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA PESQUISA COM OS ÍNDIOS POTIGUARA DE MONSENHOR TABOSA – CEARÁ

Maria do Socorro L. R.Dantas, Andrea Caprara, Maria Lidiany Tributino de Sousa, Teka Potyguara e Marluce Potyguara

Capítulo 11.....306
AFERIÇÃO DE LETRAMENTO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Christiane Pineda Zanella, Helena Alves de Carvalho Sampaio, Daianne Cristina Rocha, Nara de Andrade Parente, José Wellington de Oliveira Lima e Soraia Pinheiro Machado Arruda

PARTE III: ECONOMIA DA SAÚDE.....324

Capítulo 12.....325
AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Regina Cláudia Furtado Maia, Waldélia Maria Santos Monteiro, Karine Correia Coelho Schuster, Valdicleibe Lira Amorim e Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Capítulo 13.....346
AValiação ECONÔMICA NA SAÚDE, SUAS DEFINIÇÕES, FUNCIONAMENTO E ESTRUTURAS NOS SERVIÇOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Sônia Samara Fonseca de Moraes, Kellyane Munick Rodrigues Soares Holanda, Márcia Uchoa Mota, Ilse Maria Tigre de Arruda Letão e Marcelo Gurgel Carlos Silva

Capítulo 14.....371
SOLICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS IMPETRADAS VIA JUDICIAL NO ESTADO DO CEARÁ: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO AUTOR DA AÇÃO E DA DIMENSÃO MÉDICO-SANITÁRIAS DAS AÇÕES JUDICIAIS

Luiz Marques Campelo, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Capítulo 15.....391
INSTRUMENTOS PARA MEDIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE: UMA QUESTÃO BRASILEIRA

Regina Cláudia Furtado Maia, Waldélia Maria Santos Monteiro, Elainy Peixoto
Mariano e Livia Cristina Barros Barreto

Capítulo 16.....411
PERFIL DO GASTO FEDERAL COM INTERNAÇÕES HOSPI-
TALARES, POR FAIXA ETÁRIA, NO CEARÁ (2000/2010)

Maria Helena Lima Sousa, Natália Lima Sousa e Marcelo Gurgel Carlos da
Silva

Capítulo 17.....429
AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE: ASPECTOS
HISTÓRICOS, POLÍTICOS E SOCIOECONÔMICOS

Tatiana Uchôa Passos, Clemilson Nogueira Paiva, Waldelia Santos Monteiro,
Regina Cláudia Furtado Maia e Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Capítulo 18.....453
TENDÊNCIA DOS GASTOS COM INTERNAÇÕES POR CON-
DIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MENORES
DE CINCO ANOS NO CEARÁ

Lillian de Queiroz Costa, Elzo Pereira Pinto Junior, Francisca Geisa de Souza
Passos, Letícia de Araújo Almeida e Marcelo Gurgel Carlos da Silva

SOBRE OS AUTORES468

Apresentação

O Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) dá à estampa mais uma obra que reúne recortes de suas dissertações e teses defendidas, ou em preparação para defesa, muito brevemente.

Trata-se, desta feita, do livro **“INOVAÇÕES TRANSDISCIPLINARES NA SAÚDE COLETIVA: estratégias para o alcance de resultados positivos na saúde”**, que faz parte das coletâneas dos estudos realizados pelo PPSAC e integra as atividades deste para avaliação junto à CAPES.

A presente coletânea traz à baila uma temática de suma importância para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, no que tange ao uso de novas tecnologias, sejam elas leves, leves-duras ou duras, face à relevância que exibem para a Saúde Pública.

A incorporação e a utilização de novas tecnologias, a partir de decisões tomadas adequadamente, inegavelmente, têm determinado grandes benefícios para a saúde das pessoas e das comunidades.

Na revisão de pesquisas publicadas até o momento, no entanto, encontram-se poucos estudos realizados sobre incorporação tecnológica em instituições de saúde do Ceará, mormente sobre os processos de tomada de decisão a respeito dessa incorporação. As publicações identificadas têm origem em órgãos públicos, como a Secretaria Estadual de Saúde, e se limitam, fundamentalmente, à elaboração de

orientações e diretrizes para realizar a incorporação tecnológica, apresentando pouca ou nenhuma descrição e/ou análise de dados empíricos de incorporações realizadas nas instituições do Ceará.

A inovação tecnológica em saúde tem exigido um crescente esforço social e um custo financeiro cada vez mais elevado. Em decorrência disso, as tomadas de decisão sobre incorporação tecnológica devem ser adequadamente planejadas e sedimentadas em diretrizes, critérios e prioridades bem estabelecidos.

A incorporação tecnológica é um dos fatores que mais influenciam o grande crescimento dos gastos em saúde em muitos países. Em consequência, é muito importante evidenciar alternativas para otimizar a incorporação de tecnologias nas instituições, dessa forma otimizando os resultados e os gastos.

As inovações na saúde têm crescido em uma velocidade bastante intensa nas últimas décadas. A cada dia surgem novos equipamentos, drogas, vacinas, medicamentos e procedimentos médicos, biomédicos e cirúrgicos, tanto para recuperação da saúde quanto para a preservação da mesma, bem como para a promoção da saúde, em prol de uma melhor qualidade de vida. Os serviços de saúde avançam em sofisticação tecnológica, o que é uma característica fundamental desses.

No Brasil, em que o sistema de saúde tem a diretriz constitucional de ser universal, igualitário e integral, além de descentralizado, hierarquizado e permeável à participação da comunidade (Art. 196 a 198 da CF), crescem as demandas por incorporação de novas tecnologias, que, amiúde, acham guarida na mídia e pressionam as autoridades das instituições

públicas de saúde, a fim de implantar, com celeridade, inovações tecnológicas, todavia, nem sempre pertinentes.

Grande parcela das tecnologias de saúde, principalmente quando lançadas há pouco tempo, é de alto custo de aquisição, conservação e manutenção, incluindo medicamentos, equipamentos e outros. Por outro lado os recursos financeiros disponíveis para as instituições de saúde são limitados, e, no Brasil, crescem comparativamente em pequenas proporções.

Este livro contempla algumas das questões atinentes às inovações tecnológicas focadas, sobretudo, no escopo de interesse da Saúde Coletiva, em uma abordagem transdisciplinar tão apregoada, como empregada, nessa área do saber.

O livro está disposto em três partes, conforme intitulam os organizadores, que dão acolhida, respectivamente, a sete, quatro e seis capítulos. A Parte I tem o título “INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS”; a Parte II recebe o rótulo “INOVAÇÕES TRANSDICCIPLINARES”, e a III é denominada “AVALIAÇÃO ECONÔMICA DA SAÚDE”.

A Parte I abriga os seguintes capítulos: 1 Desenvolvimento e aplicação de tecnologia: facilidades e dificuldades com um instrumento embasado na Teoria de Resposta ao Item; 2. Educação em saúde como tecnologia do cuidado no cotidiano das ações de controle da dengue: percepção do agente de endemias; 3. Apoio matricial em saúde mental: pesquisa-ação sobre o processo de trabalho e tecnologia em saúde; 4. Tecnologia educativa na prevenção do risco da hipertensão na gravidez: uma construção coletiva; 5. Acolhimento como tecnologia para o cuidado em saúde na atenção primária no SUS; 6. Acolhimento como tecnologia utilizada na reorganização do processo de trabalho na Estratégia Saú-

de da Família: contribuições do Programa de Valorização da Atenção Primária; e 7. Meios de comunicação e promoção de saúde: alcance de informações de saúde por adultos jovens escolares.

A Parte II contém os seguintes capítulos: 8. Ecosáude: uma estratégia inovadora transdisciplinar para o controle do dengue; 9. Letramento em saúde e navegação de pacientes na Saúde Coletiva: alicerces para a capacitação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 10. Práticas etnomédicas e educação permanente intercultural dos profissionais de saúde: uma pesquisa com os índios potiguara de Monsenhor Tabosa-Ceará; e 11. Aferição de letramento nutricional como estratégia de implementação de ações educativas no sistema de saúde.

A Parte III acolhe os seguintes capítulos: 12. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à terapia renal substitutiva; 13. Avaliação econômica na saúde, suas definições, funcionamento e estruturas nos serviços: revisão integrativa; 14. Solicitações de medicamentos impetradas via judicial no Estado do Ceará: características sociodemográficas do autor da ação e sócio-sanitárias; 15. Instrumentos para medição da qualidade de vida relacionada à saúde: uma questão brasileira; 16. Perfil do gasto federal com internações hospitalares, por faixa etária, no Ceará (2000 / 2010); e 17. Avaliação de tecnologias em saúde: aspectos históricos, políticos e socioeconômicos.

Precedendo aos capítulos, o texto introdutório: **Desafios e temas críticos para a Saúde Coletiva e os sistemas de saúde**, elaborado por Mauro Serapioni, docente do Centro de Estudos Sociais, da Universidade de Coimbra, em Coimbra-Portugal, e Charles Dalcanale Tesser, professor

do Departamento de Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, ora cumprindo pós-doutorado no Centro de Estudos Sociais, da Universidade de Coimbra, como bolsista do CNPq, baliza, com a devida propriedade, a relevância desta publicação que enfeixa estudos que abordam diversos temas e áreas estratégicas da Saúde Coletiva e propõem inovações interdisciplinares, metodológicas e tecnológicas para o Sistema Único de Saúde.

Nessa introdução, Serapioni & Tesser se debruçaram sobre alguns aspectos críticos referentes aos sistemas de saúde públicos, ainda não suficientemente debatidos entre os estudiosos da Saúde Coletiva, os quais os autores dessa coletânea tocam em vários pontos.

Serapioni & Tesser concluem que as quatro temáticas tratadas no texto introdutório parecem estratégicas e importantes para a Saúde Coletiva, e são focadas em vários momentos pelos capítulos deste livro. Para eles: “elas representam também desafios para todos os sistemas de saúde públicos em nível internacional, já que tratam de questões que, se bem trabalhadas, podem contribuir para o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde e para a redução das desigualdades sociais em saúde.”

A organização da obra coube a Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Raquel Sampaio Florêncio e Marcelo Gurgel Carlos da Silva, todos com formação em Saúde Pública, pela Universidade Estadual do Ceará, e participantes do PPSAC, sendo as duas doutorandas e o último professor.

Tomam parte deste trabalho, que se reporta, de enorme amplitude, nada menos de 61 autores colaboradores, sendo 50 distribuídos em sete categorias profissionais: enfer-

meiros (19), médicos (11), nutricionistas (8), fisioterapeutas (5), farmacêuticos (4), terapeutas ocupacionais (2) e cirurgia-dentista (1); os 11 restantes compõem-se de biólogos, psicólogos, sociólogos, educadores físicos, economista etc.

Dentre os autores, tendo em conta a titulação máxima, 18 são doutores, dos quais quatro possuem pós-doutorado; são 22 mestres, e desses, 14 são doutorandos, sendo todos matriculados no Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE, UFC e Unifor; ou do PPSAC. Há ainda oito colaboradores que estão cursando mestrado em Saúde Coletiva. Dos seus autores, um bom número tem atuação no magistério superior, com a maioria inserida no ensino de pós-graduação, e outros atuam em serviços voltados para a Saúde Pública.

Em suma, a formação de pós-graduação dominante dos autores reside na Saúde Coletiva, campo que preserva uma longa tradição de acolher uma ampla diversidade profissional, agregando saberes e práticas de múltiplas origens, levando-os à convergência dos objetivos em prol da melhoria das condições de saúde da população.

De parabéns está a Universidade Estadual do Ceará, e, particularmente os que fazem o PPSAC, por honrarem o compromisso da responsabilidade social, externalizando um produto de sua lavra intelectual, que alcançará um vasto público, por meio da divulgação, via e-book, editado pela EDUECE.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Professor titular de Saúde Pública-UECE

Prefácio

Silvia Helena Bastos de Paula

A humanidade tem continuamente inventado meios de melhorar a vida das pessoas, por meio da descoberta do fogo, da escrita, de meios de transporte, de máquinas de produção industrial, de fármacos e instrumentos de diagnóstico e terapêutica etc., e isso trouxe muitos benefícios como a cura de doenças, conforto, melhoria de acesso a bens e serviços, mas houve consequências, que podem ser consideradas danos, por exemplo, a poluição, o lixo químico e tecnológico e a medicalização da sociedade. A esse movimento de inventar denomina-se também de inovação, que diz respeito à busca, à descoberta, ao experimento e à adoção de novos produtos, processos e formas de organização a partir de novos conhecimentos, para se ofertar algo que não seja apenas novo, mas que promova mudanças desejáveis em sentido determinado.

Um exemplo claro de inovação pode ser atribuído ao episódio no qual o médico húngaro Ignác Semmelweis (1818-1865) descobriu, em 1848, por caminhos não tão complexos, a importância de se lavar as mãos antes de realizar exames obstétricos. De outro lado, a enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910, “A Dama da Lâmpada” e patrona da enfermagem observou e quantificou as mortes de soldados na guerra da Criméia (1854), e fez intervenções nas condições de alojamento, higiene e ventilação do hospital, providências que mudaram de modo significativa a mortalidade dos feridos de guerra.

Esta obra defende um conceito de inovação na gestão do sistema de saúde, mais precisamente no processo de incorporação de Inovações em Saúde Coletiva, e apresenta trabalhos inter e transdisciplinas, que unem criatividade, geração de conhecimento pela pesquisa, reflexão teórica de práticas, produção de novos arranjos de organização, tecnologias e processos de avaliação, incluindo aspectos econômicos, cujo fio condutor é a ética, que balizou toda a produção científica difundida nessa obra e agora submete-se à crítica da sociedade.

Para se compreender a relevância e o alcance da opção pela incorporação de inovações na ciência, é importante lembrar o documento produzido por Vannevar Bush, assessor do Presidente Roosevelt no período pós-guerra (1945), que propôs investimento e estrutura para o desenvolvimento de pesquisa básica e aplicada destinadas à produção de soluções capazes de promover o bem-estar das pessoas direta ou indiretamente atingidas pela Segunda Guerra Mundial.

O Manual de Oslo (2005) define inovação como a execução de melhorias significantes em um produto, um novo processo, um novo método de mercadologia, serviço ou processos de organização na prática de gestão e no trabalho ou das suas relações internas e externas. Classifica inovação em quatro tipos: de produto, de processo, de mercadologia e de organização.

As iniciativas de produção de ciência e inovação passam por um conjunto de fatores que estimulam ou geram necessidade, os quais agem entre si e determinam o rumo de intervenção para mudança, com vistas na melhoria de determinado processo ou problema ou à ocupação de lacuna

de mercado. A intensidade e a extensão de mudança causada por inovação refere-se ao alcance desta, e denomina-se inovação radical quando as mudanças serão maiores e mais extensas se comparadas com o estágio inicial. A inovação de incremento ocorre quando há mudanças com base em acréscimos de inovação em sequência.

No Brasil, desde 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) prevê questões de ciência, tecnologia e inovação na dinâmica de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 1994, o País discute inovação no contexto de tecnologias e na pesquisa no campo da saúde, tendo como marco a I Conferência de Ciência e Tecnologia, que produziu recomendações no campo da Ciência, Tecnologia e Inovação, que são válidas até hoje.

A Ciência, compreendida como atividade sistemática de geração de conhecimento quanto ao ser humano, a natureza e a sociedade, requer observação, descrição, experimento e produção de teoria. A Tecnologia tem sua origem no grego *téchnē*, que significa arte e ofício, e pode ser entendida como o estudo de práticas e da aplicação do conhecimento e da ciência por meio de instrumentos, métodos e técnicas. A inovação pode ser compreendida como o progresso técnico capaz de promover mudanças nos processos ou produtos e nas organizações que se desenvolvem ofertando serviços, assim como incorporam novos processos. Uma vez criada uma nova tecnologia, é necessário saber se ela é ética, econômica e culturalmente aceitável e se pode ser classificada como algo novo ou inovador.

No caso do SUS, as inovações podem surgir no âmbito do sistema público de saúde, no complexo industrial e

nas universidades ou mesmo em organizações sociais, e essas inovações podem ser incorporadas ao sistema. A Atenção Primária de Saúde (APS) ou Atenção Básica de Saúde (ABS) no País são, em si mesmas, lugares de produção da dinâmica da inovação. As inovações de processo compreendem mudanças relevantes em técnicas e no método de produção de serviço, transferidas para atividades e funções para o sistema local e para as Unidades Básicas de Saúde, lugares de consolidação efetiva do serviço prestado.

A universidade/escola, como instituição formadora e difusora de conhecimento, tem a função de promover a reflexão e a transferência de conhecimentos, indispensáveis para a incorporação, execução e crítica, que podem levar a incorporação, ou ao abandono de processos defasados ou de inovação que não atendam a critérios aceitáveis de ética, relativos às pessoas, ao meio ambiente e à economia.

Existem esforços governamentais para financiar pesquisas para estimular e aproveitar o desenvolvimento científico no conjunto das instituições brasileiras que realizam pesquisas científicas e mecanismos de indução de pesquisas específicos para a saúde. No âmbito das universidades, mas não se restringindo a estas, se produz conhecimento e tecnologia nos cursos de mestrado e doutorado e, em particular, aqui se tratando da Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, e da obra editada por esta Universidade, sob o título “Inovações Transdisciplinares na Saúde Coletiva: estratégias para o alcance de resultados positivos na saúde”, organiza-se o conhecimento extraído de estudos de pós-graduação elaborados sob dados empíricos da prática, considerada bem-sucedida, e dos construtos teóricos de interesse

para desenvolver, aperfeiçoar e explicar como e porquê funcionam, para que sejam compreendidas suas possibilidades e em quais aspectos se constituem opções com potência para mudanças, no propósito de melhorar a qualidade, a eficiência e o acesso, e assim contribuir para a redução das desigualdades no sistema de saúde do Estado do Ceará.

BIBLIOGRAFIA

BUSH V. Science the endless frontier. A Report to the President by Vannevar Bush, Director of the Office of Scientific Research and Development, July 1945. Washington:United States Government Printing Office; 1945. Disponível em: <https://www.nsf.gov/od/lpa/nsf50/vbush1945.htm>.

FUCK, MP; VILHA, AM. Inovação tecnológica: da definição à ação. **Contemporâneos**, Revista de Artes e Humanidades [on-line] n.9, p.1-21 nov 2011- abr 2012. Disponível em: www.revistacontemporaneos.com.br/n9/dossie/inovacao-tecnologica.pdf

OECD, Eurostat. Oslo Manual: Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data. 3rd ed. Paris: OECD Publishing; 2005. Disponível em:

http://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/oslo-manual_9789264013100-en

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. *Primary care assessment tool-PCATool-Brasil*. Brasília: Ministério da

Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf

CONILL E M, Fausto MCR. Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Proyecto EUROsocial Salud, Intercambio “Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención”. Documento técnico. Rio de Janeiro: IRD, 2007. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6952.pdf>

BORTOLI MC *et al.* Inovação em Saúde. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014 (Temas em Saúde Coletiva, 15). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas_em_sc_15.pdf

DESAFIOS E TEMAS CRÍTICOS PARA A SAÚDE COLETIVA E OS SISTEMAS DE SAÚDE

Mauro Serapioni
Charles Dalcanale Tesser

Esta coletânea apresenta resultados de pesquisas realizadas no âmbito da Pós-graduação em Saúde Coletiva - Associação Ampla - da Universidade Estadual do Ceará (UECE), da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Trata-se de estudos que abordam diversos temas e áreas estratégicas da Saúde Coletiva e propõem inovações interdisciplinares, metodológicas e tecnológicas para o Sistema Único de Saúde.

Nesta introdução nos debruçaremos sobre alguns aspectos críticos referentes aos sistemas de saúde públicos, ainda não suficientemente debatidos entre os estudiosos da Saúde Coletiva, os quais os autores desta coletânea tocam em vários pontos. Começamos discutindo o problema da avaliação de programas e serviços de saúde. A seguir, abordamos o problema da influência dos resultados das pesquisas nas decisões dos gestores e práticas dos profissionais de saúde. Na sequência, discutimos o acesso ao cuidado adequado, como componente fundamental da qualidade dos serviços nos sistemas públicos de saúde. Por fim, tecemos breves comentários sobre os aspectos educativos das ações dos profissionais e serviços de saúde.

O DESAFIO DE AVALIAR PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A prática da avaliação tem vindo a assumir peso e visibilidade crescentes em nível internacional e também no Brasil, graças ao impulso de vários fatores convergentes que a têm tornado cada vez mais independente das disciplinas acadêmicas e das áreas profissionais em que surgiu. A avaliação – como evidenciado em diversos artigos desta coletânea – é imprescindível para apreciar os serviços e os programas de saúde, e para monitorar o desenvolvimento e a adaptação constante das políticas de saúde. Além disso, a avaliação representa um pilar central a favor da boa governança e da democratização do sistema de saúde, sendo que cada avaliação, como afirma Patton (2002:127), “é uma oportunidade para fortalecer a democracia, ensinando as pessoas a pensar avaliativamente”. A avaliação, como acrescenta Chelimsky (1997), permite beneficiar aqueles que tomam decisões sobre as políticas públicas, e isso, por seu lado, beneficia os cidadãos que têm de lidar com essas decisões e suas consequências. Há portanto um grande consenso sobre a função estratégica da avaliação no que toca a sua capacidade de retroalimentar o ciclo das políticas de saúde e o planejamento e a gestão do sistema e serviços de cuidado. Porém, ainda existem algumas controvérsias e pontos de tensão entre estudos que se baseiam em diferentes perspectivas concetuais e epistemológicas (SERAPIONI *et al.*, 2013).

A primeira questão refere-se ao debate quantitativo-qualitativo, que tem o grande mérito de ter contribuído para o reconhecimento dos métodos qualitativos, tais como estudos de caso e observação participante, hoje parte inte-

grante do repertório dos avaliadores. Porém, a continuação deste debate está desviando muita da energia intelectual das questões mais urgentes e dos desafios que estas questões colocam, considerando-se, por isso, urgente sair dessa “zona de conflito” e tirar proveito da variedade de abordagens, combinando métodos e ferramentas teóricas de diferentes origens. Tal acontece espontaneamente ao formular projetos de avaliação em saúde que combinam a análise de impacto, questionários de satisfação dos pacientes e entrevistas com informadores privilegiados. Importa, todavia, realçar que tais estratégias metodológicas não devem ser consideradas intercambiáveis, devendo ser trazidas de volta à lógica que as sustentam.

Cada vez mais, estes arranjos e combinações têm-se tornado questão central de debate, conceitualizada na ideia de pluralismo de abordagens na avaliação (HARTZ, 1999; SERAPIONI, 2009). Entre as várias formas de pluralismo possíveis, as vertentes mais interessantes e promissoras são as dos métodos mistos e a da contaminação entre diversas abordagens, as quais têm apresentado interessantes desenvolvimentos teóricos. A ideia dos métodos mistos nasce da observação das vantagens e desvantagens de cada um deles e advoga a complementaridade metodológica (MINAYO; SANCHES, 1993; SERAPIONI, 2000), ou seja, assenta-se na triangulação de métodos, aceita tanto pelos experimentalistas, como Campbell e Russo (1999), como pelos construtivistas, como Greene e Caracelli (1997). Neste prisma, importa assinalar a difusão de métodos de avaliação participativos, como estratégia de empoderamento dos diferentes *stakeholders* e beneficiários. Contudo, a estratégia mais

promissora ainda é, sem dúvida, a da contaminação entre diversas abordagens, utilizando e combinando diversos aspectos de cada uma das abordagens, o que poderia levar a desenvolvimentos fecundos (STAME, 2001). Nesse sentido, a ‘Avaliação baseada na teoria’ (WEISS, 1997) e a ‘Avaliação realista’ (PAWSON; TILLEY, 2002) representam dois interessantes resultados da contaminação entre a abordagem positivista e a abordagem construtivista. Nestes modelos, o pluralismo não consiste somente na utilização de métodos advindos de diferentes perspectivas (experimentais, estudos de casos, participativos, quantitativos ou qualitativos), mas na convicção de que em cada situação deve ser identificada a forma mais adequada - entre uma multiplicidade de possíveis alternativas - através da qual pode operar um programa.

Outro ponto controverso diz respeito ao papel do avaliador, que varia de acordo com a perspectiva de avaliação adotada. Na perspectiva orientada para o desenvolvimento institucional (*Development perspective*), a avaliação é considerada uma ferramenta flexível que visa aprimorar o desempenho das instituições e promover a mudança organizacional. De acordo com esta perspectiva, o avaliador torna-se “parceiro” (*partner*) ou “amigo crítico” (*critical friend*), segundo Fetterman (1994), mas também desenvolve funções de advocacia, segundo Stake (2007), podendo ainda ser encarado como facilitador, de acordo com a proposta de Guba e Lincoln (1989). Já na perspectiva da avaliação orientada para a análise da eficiência e da efetividade (*accountability perspective*), o avaliador deve manter a independência e uma certa distância para poder aferir de forma objetiva o valor ou mérito do programa (SCRIVEN, 1995). Hoje em dia,

contudo, esta visão sobre o papel do avaliador é objeto de várias críticas. Na perspectiva de Guba e Lincoln (1989), por exemplo, o resultado da avaliação não é a descrição de como o programa ou o serviço realmente funciona, mas representa uma construção significativa resultante do processo interativo entre os diversos atores, que inclui também o avaliador. Para Stake (1996), a avaliação é um processo participativo e negociado que envolve todos os atores, incluindo as pessoas empenhadas na produção, no uso e na implementação da avaliação.

O DESAFIO DE APLICAR O CONHECIMENTO CIENTÍFICO NAS POLÍTICAS E NA PRÁTICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

A preocupação com a finalidade da avaliação e com a necessidade de aumentar o seu valor de uso no âmbito dos processos de tomada de decisões é outro ponto crítico assinalado pela literatura internacional e realçado em alguns textos desta coletânea.

Na década de 1970, muitos avaliadores acreditavam que os seus resultados podiam retroalimentar os processos de tomada de decisões, no sentido de reduzir a “complexidade” (BEZZI, 2003) e a “incerteza” (WEISS, 1998) dos gestores e profissionais. Porém, a experiência ensinou que as decisões não são tão facilmente tomadas no mundo da política.

Tais resultados empíricos levaram assim a reconhecer que o uso instrumental (*instrumental perspective*) da avaliação é raro e que o tipo de uso mais difuso da avaliação é chamado de “iluminação” ou de “esclarecimento” (*enlighte-*

nement perspective), cujos resultados podem mudar a maneira como as questões sociais e os programas são enquadrados e a forma como os *stakeholders* pensam acerca de problemas e soluções (COOK, 1997). Mas será que os financiadores e promotores dos estudos avaliativos podem se contentar apenas com a função de esclarecimento não exigindo também uma avaliação que retroalimente os processos de decisão?

Sobre esta questão crítica Patton (1997) desenvolveu uma profunda reflexão contida na sua famosa obra *Utilization-Focused Evaluation* (Avaliação Focada na Utilização), na qual argumenta que “os resultados das avaliações deveriam ser julgados pela sua utilidade” (PATTON, 1997:20). Neste livro o autor recomenda aos avaliadores manterem uma estreita relação com os promotores e financiadores das avaliações, no sentido de os ajudar a identificar os pontos críticos do programa ou serviço e assim escolher o tipo de avaliação que possa proporcionar os resultados de que eles necessitam. A partir destes dilemas, uma nova área de investigação tem sido criada e desenvolvida nos últimos 15 anos com o fim de identificar a melhor forma de transferir os resultados acadêmicos para as organizações e as arenas políticas para que as influenciem.

Nos sistemas de saúde igualmente evidenciou-se uma escassa interação e comunicação entre produtores de conhecimentos e os potenciais utilizadores de tais conhecimentos, nomeadamente os decisores políticos, os gestores, os profissionais de saúde, os usuários e a cidadania no geral (PANG *et al.*, 2003; LANDRY *et al.*, 2006). Esta constatação levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a promover a Iniciativa para a Análise do Sistema de Investigação em Saúde

(*Health Research System Analysis Initiative*), com o objetivo de promover o uso do conhecimento científico para melhorar os sistemas de saúde e a saúde da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). A OMS reconheceu que a transferência dos resultados da investigação para as políticas e as ações de saúde são processos complexos e não-lineares, e requerem portanto a adoção de estratégias e mecanismos adequados

Uma das grandes lacunas apontada é a incapacidade de sintetizar os resultados das investigações e de aplicar o conhecimento existente para melhorar as intervenções e o desempenho dos sistemas de saúde (PANG *et al.*, 2003). Neste sentido, recomenda-se um maior uso de revisões sistemáticas que permitem apurar e sintetizar a vasta quantidade de resultados de investigações de uma forma que possa contribuir para informar pesquisadores, decisores políticos, profissionais e cidadãos. Tal conhecimento deverá se traduzir em melhores sistemas de saúde, na melhoria da saúde das comunidades e na redução das desigualdades em saúde. Outra lacuna evidenciada na relação entre pesquisa e prática diz respeito as tensões e dificuldades de comunicação entre a comunidade dos investigadores científicos e a comunidades dos profissionais de saúde (OBORN *et al.*, 2010), apesar dos esforços da Medicina Baseada em Evidências para aumentar o rigor científico das pesquisas clínicas e a utilização das investigações na prática das profissões da área da saúde, sobretudo a médica. Landry e colaboradores (LANDRY *et al.* 2006:599) analisam esta dificuldade de comunicação como uma “assimetria de conhecimento”, que “ocorre quando os utilizadores sabem mais sobre os problemas que precisam

ser resolvidos e os investigadores sabem mais sobre as soluções. Ou seja, existe uma distância cognitiva entre as fontes de conhecimento e os utilizadores do conhecimento, que poderiam ser céticos sobre as soluções oferecidas. Ao mesmo tempo, os produtores de conhecimento poderiam se sentir desvalorizados (LANDRY *et al.*, 2006).

Assim, tem surgido uma nova perspectiva de análise que tem destacado a importância da interação entre a prática e as comunidades de pesquisa. Neste prisma, ao invés de ver o fluxo de conhecimento como um processo linear, em que os tomadores de decisão iriam procurar e usar o conhecimento para informar sua prática, os pesquisadores e aqueles encarregados de produzir conhecimento têm sido encorajados a facilitar ativamente a utilização da produção do conhecimento (OBORN *et al.*, 2010). O foco central deslocou-se portanto para o processo de interação e colaboração entre investigadores e decisores. A partir deste momento, torna-se muito comum a expressão “*knowledge exchange*” (intercâmbio de conhecimento), além do termo “*transfer*” (transferência) (OBORN *et al.*, 2010:4). Neste sentido, alguns autores (MITTON *et al.*, 2007; BAUMBUSH, 2008) têm argumentado que o envolvimento de gestores e tomadores de decisões é um importante fator de sucesso das estratégias *knowledge-transfer-exchange*.

Nesta nova linha de investigação se inserem algumas experiências internacionais que visam identificar a melhor forma de transferir os resultados das pesquisas e dos estudos acadêmicos para as políticas públicas, para as organizações e os serviços. Neste contexto importa assinalar a experiência canadense do Coletivo de Pesquisa (*Research*

Collective) – realizada no âmbito do processo de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Quebec - que tem proporcionado um fórum de interação e intercâmbio entre investigadores e decisores, como estratégia promissora para aumentar a utilização e aplicabilidade dos resultados das pesquisas (PINEAULT *et al.*, 2007; BROUSSELLE *et al.*, 2009). Esta experiência tornou possível o envolvimento direto de gestores e tomadores de decisões na produção de sínteses de pesquisas. Através de uma metodologia baseada em princípios deliberativos - que proporcionou iguais oportunidades aos participantes com vista a promover uma livre discussão e intercâmbio – foram analisados os resultados de trinta pesquisas realizadas em Québec sobre o tema da APS, envolvendo os mesmos pesquisadores e os decisores. Sem forçar o consenso, foram examinados os respectivos pontos de vista e assim foi possível analisar as razões de convergências e de divergências dos participantes (PINEAULT *et al.*, 2007).

Reconheceu-se, portanto, que as evidências científicas não resultam necessariamente em evidência organizacionais e políticas (PINEAULT *et al.*, 2007). A evidência científica, aponta Klein (2003), é uma condição necessária mas não suficiente. Este é o caso em que as evidências científicas geram uma avaliação positiva do que funciona, mas as intervenções recomendadas não são implementadas por causa da falta de evidência organizacional e/ou política (PINEAULT *et al.*, 2007). Nesse sentido, é importante trabalhar para o alinhamento dos três tipos de evidências (LAVIS *et al.*, 2005; BROUSSELLE *et al.*, 2009).

O PROBLEMA DO ACESSO AO CUIDADO

O tema do acesso ao cuidado adequado é um eixo de pesquisa e de inovações absolutamente importante e pouco explorado no SUS e na Saúde Coletiva, abordado nesta coletânea. A qualidade dos sistemas de saúde e dos serviços de saúde está incontornavelmente ligada à questão do acesso. Em sistemas de saúde públicos universais há um consenso entre a percepção popular e as pesquisas e saberes acadêmicos: do ponto de vista do cidadão comum e também dos especialistas, um bom acesso ocorre quando o paciente consegue obter o serviço de saúde correto, no tempo e lugar corretos (ROGERS *et al.*, 1998); ou seja, o usuário consegue o cuidado adequado quando dele necessita.

O SUS não pode ser considerado um sistema público universal, devido a ser menor que o setor privado em termos de gasto total em saúde no país, o que é um indicador clássico e importante sobre o caráter universalista dos sistemas públicos. Há quem postule que 70% dos gastos devem ser públicos para que se considere um sistema público universal; outros, menos radicais, falam em 50%, como Gérvas e Perez Fernandez (2012). Pelos dois critérios o SUS fica fora dessa categoria, embora atenda a bem mais que 50% da população, a parcela mais necessitada. Todavia, como a legislação nacional afirma claramente o caráter universal do SUS, a tomamos como um projeto norteador, uma ideia reguladora. Desconhecemos se tem havido progresso considerável nessa direção nos anos recentes.

Por outro lado, o setor privado no Brasil é relativamente desregulado e muito subsidiado pelo setor público, via renúncia fiscal (MENDES; WEILLER, 2015) e convênios

privados subsidiados para servidores públicos federais, estaduais e municipais dos vários poderes (legislativo, judiciário e executivo, incluindo servidores das universidades e do SUS) (BAHIA, 2008). Como o setor privado é eminentemente centrado no acesso direto as especialidades focais da medicina, a clássica lei dos cuidados inversos de Hart (1971) atua nele intensamente. Hart (1971) observou que quanto mais atuam as forças de mercado no cuidado à saúde, maior a tendência de que os que mais precisam não tenham acesso ao cuidado, que fica concentrado cada vez mais nos que menos precisam porém podem pagar mais. Isso realça a importância da pesquisa na Saúde Coletiva sobre o tema do acesso ao cuidado adequado e a importância da mesma reverter em inovações organizacionais e de saberes para a Saúde Coletiva e os serviços de saúde municipais, estaduais e a atuação do gestor federal.

A principal ação de contenção da lei dos cuidados inversos, historicamente, tem sido exercida pelos estados nacionais. As regulamentações são várias nos diversos países com sistemas públicos universais, mas a direção é convergente: fazer existir a universalidade, entendendo o direito ao cuidado clínico-sanitário como direito de cidadania de todos, combinada com a equidade, para que os que mais precisam sejam priorizados. Sabe-se que uma rede de serviços de saúde de Atenção Primária à Saúde (APS)¹ qualificada é

1 Uma concepção ampliada de APS, como da Declaração de Alma-Ata, envolve muito mais que uma rede de serviços de atenção aos problemas de saúde-doença: atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico, supondo para isso cooperação do setor saúde com os setores sociais e econômicos, redistribuição dos recursos em direção aos desassistidos e maior participação e controle pela sociedade desse processo (OMS/UNICEF, 1979; Aleixo, 2002). Tais funções ultrapassam os limites dos *serviços* de saúde da APS, embora possam e devam ser problematizados e abordados neles, em dimensão individual-familiar e comunitária (TESSER; NORMAN, 2014). Como o foco neste momento é o acesso ao cuidado clínico, não abordamos outros aspectos mais amplos da APS.

uma boa, provavelmente a melhor, solução para o problema do acesso universal e equitativo ao cuidado profissional biomédico (generalista), com ação equitativa redutora das desigualdades em saúde. A APS é considerada a melhor estratégia para uma abordagem abrangente dos problemas mais comuns, com acesso facilitado, acompanhamento da pessoa ao longo do tempo independente do tipo dos seus problemas de saúde (longitudinalidade) e coordenação dos cuidados prestados por outros serviços do Sistema, sendo filtro para o cuidado especializado (GREEN *et al.*, 2001; OJEDA *et al.*, 2006; STARFIELD, 2002; OMS, 2008; GÉRVAS; PEREZ FERNANDEZ, 2005; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Também tem função de proteção contra danos iatrogênicos e excesso de medicalização (prevenção quaternária) e de integração entre cuidado/cura, prevenção e promoção da saúde em dimensão individual e familiar/comunitária (STARFIELD, 2000, 2002; NORMAN; TESSER, 2009; JAMOULLE, 2015). Uma APS acessível e qualificada tem crucial função cuidadora com efetividade. Se estudos mostram que ela está associada a cuidados de menor qualidade para doenças específicas do que cuidados prestados por médicos focados naquelas doenças (especialistas focais); no entanto, outras evidências mostram que Sistemas de Saúde baseados na APS têm melhor qualidade do atendimento, população mais saudável, maior equidade e menor custo. Essa discrepância entre a atenção específica para a doença aparentemente pobre e resultados vantajosos para as pessoas e o Sistema de Saúde tem sido chamado de 'paradoxo da atenção primária' (STARFIELD *et al.*, 2005; MACINKO *et al.*, 2007; HOMA *et al.*, 2015).

A busca por uma melhor qualidade dos serviços do SUS deve abranger, assumindo seu projeto universalista, tanto a dimensão individual do cuidado como a dimensão populacional. Na primeira, a qualidade está balizada pelo acesso e pela efetividade do cuidado prestado. Na dimensão populacional ela está ancorada no trinômio equidade, eficiência e custo. O acesso é comum às duas dimensões, já que a equidade é um subcomponente do acesso, relevante tanto para as estruturas como para os processos de trabalho (STARFIELD, 2011; GULLIFORD *et al.*, 2002; CHAPMAN *et al.*, 2004). O acesso é tão fundamental para a qualidade dos sistemas de saúde que no *National Health System* inglês, considerado o melhor sistema de saúde público universal do mundo (MCCARTHY, 2014), desde 2004 há regulamentação para que o acesso a um profissional médico da APS seja garantido em 48 horas, e a outro profissional da APS, geralmente uma enfermeira, em 24 horas (MEADE; BROWN, 2006).

No Brasil, o acesso foi pouco trabalhado tanto normativamente pelo governo federal quanto pelas pesquisas em Saúde Coletiva (TESSER; NORMAN, 2014). As principais iniciativas federais brasileiras para melhorar o acesso foram duas. A primeira foi a criação, por indução financeira exitosa, do Programa Saúde da Família, posteriormente promovido a Estratégia Saúde da Família (ESF), que triplicou a APS brasileira e tornou-se seu padrão-ouro, embora ainda amplamente subdimensionada, com aproximadamente quase o dobro do que deveria de usuários vinculados a cada equipe de saúde da família, comparativamente aos países europeus com APS forte (GIOVANELLA *et al.*, 2008). A

APS brasileira, além de subdimensionada, é muito heterogênea, com equipes de saúde da ESF mais nos municípios menores, totalizando próximo de 2/3 da APS, e unidades básicas tradicionais mais nas cidades maiores (1/3 da APS), sendo que cada município tem relativamente ampla liberdade de organização da sua rede de serviços, sem nenhum parâmetro concreto de viabilização de acesso universal na APS.

A proposta do ‘acolhimento’ foi a segunda iniciativa de melhoria do acesso: uma diretriz discursiva tanto acadêmica (de pesquisadores da Saúde Coletiva) quanto institucional federal cujas propostas direcionam-se para uma melhor qualidade da relação profissionais-usuários e também para o aspecto organizacional de facilitação do acesso na APS. As pesquisas sobre o acolhimento dedicaram-se mais ao componente qualitativo das interações, e menos ao componente organizacional que viabiliza o acesso, que tem sido amplamente subvalorizado (TESSER; NORMAN, 2014), tanto na macrogestão (federal), na mesogestão (municipal), como na microgestão dos processos de trabalho das equipes de APS. Provavelmente por isso, não há consenso no SUS e na Saúde Coletiva sobre algumas características organizacionais básicas do acesso e do acolhimento na ESF na microgestão, altamente desejáveis, dentre as quais mencionamos: o ‘acolhimento’ (primeiro contato com o usuário) deve ser realizado por um profissional da equipe generalista a que o usuário está vinculado e não por um profissional qualquer ou de outra equipe sem vínculo longitudinal (sempre que possível); deve estar disponível durante o dia todo ou máximo de tempo; deve ser agilizado por tecnologias comunicacionais já disseminadas na população que diminuem a necessidade do deslocamento presencial sem prévia combinação com o

serviço, como ocorre no setor privado e nos sistemas públicos de vários países, através de telefone e correio eletrônico. É vergonhosa a ausência quase generalizada do uso do telefone na APS brasileira até o momento: um indicador sombrio do subdesenvolvimento desses serviços e da cidadania no país. Para viabilizar um acesso fácil, como deve ser na APS, um grande volume de tempo nas agendas semanais dos profissionais deve ser dedicado ao cuidado dos demandantes do dia vinculados a equipe, apagando progressivamente a diferença entre os agendados ou programáticos e as chamadas vagas de urgência, acolhimento ou triagem (TESSER *et al.*, 2010; NORMAN; TESSER, 2015; MURRAY; TANTAU, 2000; GUSSO; POLI, 2012).

Por outro lado, o acesso ao cuidado adequado implica acesso ao cuidado especializado quando necessário. Este é uma outra faceta do acesso ainda mais negligenciada no SUS e na Saúde Coletiva (TESSER; POLI NETO, 2015). Cada município (ou grupo de municípios) organiza-se como pode e/ou quer nesse sentido, e simplesmente não há orientação, estímulo, regulamentação ou indução federal para organização de serviços especializados que funcionem de modo acessível, articulados e acionados pela APS, supondo uma adequada resolubilidade nesta. O governo federal apenas faz o que já fazia na era pré-SUS, repassando aos municípios valores relativos a procedimentos e consultas especializadas um a um, como apoio financeiro.

A exceção parcial a esse vazio do cuidado especializado foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), induzidos por normatização e financiamento federal em 2008 (BRASIL, 2008, 2009, 2013, 2014). Toda-

via, as equipes dos NASF só podem ter uma mínima parte do cuidado médico especializado: clínica médica, pediatria, ginecologia, psiquiatria, geriatria, homeopatia e acupuntura, além de várias outras profissões. Mas o Ministério da Saúde instituiu essas equipes numa proposta de apoio pedagógico-assistencial para a atenção primária, considerando-as como equipes de atenção básica e projetou nelas ações típicas da APS (atividades territoriais, de promoção, prevenção e planejamento) induzindo ações interdisciplinares e de apoio (discussões de casos e de projetos terapêuticos), sem valorizar sua atuação como referência especializada, embora não proíba esta atuação (BRASIL, 2009, 2015), que deve ser sempre ativada e coordenada pelas equipes de saúde da família, tendência cada vez mais forte internacionalmente (GERVAS, 2005; GIOVANELLA, 2006, 2008; GÉRVAS; RICO, 2005).

Estão previstas, assim, para os NASFs, as funções de apoio técnico e pedagógico e também de assistência especializada, esta derivada da não rara necessidade de cuidado especializado, estimada entre 5% e 10% por cento dos pacientes atendidos na APS em situações sociais não dramáticas – 4 a 8% em países de alta renda, conforme Forrest *et al.* (2002). Tal dupla função de apoio e assistência, em processo fácil e rotineiro de comunicação e negociação personalizada sobre os fluxos de usuários entre ambos (regulação), sobre dúvidas da equipe da APS, com cuidado compartilhado quando necessário e discussões coletivas em casos muito complexos entre matriciadores e generalistas da APS, faz com que os NASF sejam um protótipo de ótima organização de serviços especializados no SUS, se os mesmos assumirem sua vocação assistencial plenamente e passarem

a constituir, ampliados e adaptados, a atenção especializada ambulatorial do SUS (TESSER; POLI NETO, 2015). O matriciamento em saúde mental, na lógica da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, talvez seja a área mais avançada e pioneira nesse processo de construção de cuidados especializados no SUS intimamente articulados à APS, e um dos artigos desta coletânea aborda as dificuldades e potencialidades desse processo.

MELHORAR OS ASPECTOS EDUCATIVOS DO CUIDADO

Outro tema fundamental e com necessidade de desdobramento das pesquisas em mudanças organizacionais e práticas profissionais refere-se as concepções e práticas de educação em saúde. Sendo o Brasil um País de grandes iniquidades e grande estratificação social, com uma sociedade e cultura historicamente autoritárias e mal saído de um longa ditadura militar, é compreensível que carregue no imaginário, nas crenças e na cultura institucional e profissional do SUS uma postura autoritária na relação com a população em geral e os usuários individualmente (BRICEÑO-LEON, 1996). Tal imaginário centra-se em um concepção bancária da educação (FREIRE, 1983), em que se espera que os usuários simplesmente absorvam as informações científicas e orientações veiculadas pelos profissionais e as transformem em ações e comportamentos coerentes.

Para isso usa-se, como é típico de relações sociais autoritárias, do medo de sanções punitivas para mobilizar e mesmo coagir as pessoas a agirem. Todavia, estando a maior parte das ações punitivas inviabilizadas por um estado de democracia política laica, costuma-se usar, no setor saúde,

como coação, o medo das doenças e complicações: “se você não fizer mais exercício, melhorar a sua dieta ou tomar esta medicação, você vai ativamente colocar-se em risco de uma morte prematura” (HEATH, 2006, p.449). Como esse medo do sofrimento e da morte é profundo e real (BARNAD, 1988), parece plausível a persistência dessa lógica bancária, que todavia é sabidamente inefetiva (CYRINO; SCHRAIBER, 2009).

Passados trinta anos do final oficial da ditadura militar no Brasil, apesar de persistirem as imensas desigualdades e iniquidades sociais brasileiras e a grande estratificação social, e por isso mesmo, é mais do que hora de a Saúde Coletiva e o SUS avançarem para um concepção emancipadora e participativa de educação em saúde, que, inclusive, é mais efetiva no cuidado. Investigar e traduzir para os gestores e profissionais, e mesmo docentes dos cursos da saúde uma concepção de educação menos hierárquica e autoritária, pensada como troca e orientação solidária sem pressão, com diálogo e participação ativa dos usuários, centrada nas suas realidades, valores, saberes e possibilidades e não apenas nos saberes científicos, é uma tarefa mais do que urgente. Principalmente porque são amplamente frustrantes os resultados de ações e posturas educativas que cobram dos usuários a adequação de seus comportamentos a regras ou orientações científicas descoladas das suas realidades existenciais culturais e socioeconômicas (em geral, no Brasil), amplamente adversas (ROSE, 2010).

Não adianta insistir na transmissão de informações, embora a sua disponibilidade seja necessária (CYRINO; SCHRAIBER, 2009). Há que adequar as orientações, diá-

logos e objetivos educativos à construção de sentidos, saberes, símbolos e valores dos usuários em parceria com eles. Suas racionalidades leigas (LOPES, 2007; ALVES, 2010; SILVA; ALVES, 2011) diferem substancialmente do saber técnico-científico, e vão continuar diferindo. Enraizam-se na sua condição existencial e na sua experiência pessoal, corporal, afetiva e cultural. Esse conjunto mobiliza, orienta, viabiliza e limita ações; e apenas o centramento do cuidado clínico-sanitário na perspectiva, na vida e na experiência dos usuários pode criar a linguagem, os conteúdos, a cumplicidade e o sentimento de apoio e solidariedade necessários para que as pessoas sintam-se cuidadas, motivadas e mobilizadas, dentro de suas possibilidades.

Em um país continental e pluriétnico, essas considerações acima ficam multiplicadas em importância devido as grandes diferenças culturais entre as regiões, os grupos sociais e as etnias, considerando que temos muito mais que diversos tipos de brasileiros em uma excessiva estratificação socioeconômica, temos diversificados quilombolas, grupos indígenas e ribeirinhos, com saberes, culturas, valores, sociabilidades, significados do viver, adoecer e curar e subjetividades distintas. Isso tudo complexifica ainda mais o cuidado clínico-sanitário e exige abordagens interculturais que devem ser compreendidas e incluídas no cuidado e na educação em saúde, para o que esta coletânea contribui com algumas pesquisas com foco em educação em saúde, letramento e interculturalidade.

As quatro temáticas tratadas nesta introdução nos parecem estratégicas e importantes para a Saúde Coletiva, e são tocadas em vários momentos pelos capítulos deste livro.

Elas representam também desafios para todos os sistemas de saúde públicos em nível internacional, já que tratam de questões que, se bem trabalhadas, podem contribuir para o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde e para a redução das desigualdades sociais em saúde.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas para o início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, 2002;1(1):1-16.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciênc.Saúde Coletiva**. 2008; 13(5):1385-1397.

BARNARD, D. Love and death: Existential dimensions of physicians' difficulties with moral problems. **J. Med. Philos.**, 1988;13: 393-409.

BAUMBUSH, I. L.; KIRKLAM, S. R.; KHAN, K. B. Pursing common agenda: a collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings; **Research in Nursing & Health**, 2008, 31: 130-140.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso: 22 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124**, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: DAB/SAS/MS; 2009. (Cadernos de Atenção Básica n. 27). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso: 21 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, 1996; 12(1):7-30, 1996.

BROUSSELLE, A; CONTANDRIOPOULOS, S; LEMIRE, M., Using Logic Analysis to Evaluate Knowledge Transfer Initiatives; **Evaluation**, 2009, 15(2): 165-183.

CAMPBELL, D.; RUSSO J. **Social experimentation**, Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.

CHAPMAN, J.L.; ZECHEL, A.; CARTER, Y.H.; ABBOTT, S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. **Br. J. Gen. Pract.** 2004; 54:374-381.

CHELIMSKY, E.; SHADISH, W. (eds.). **Evaluation for the 21st century. A handbook**, Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

COOK, T.D. Lessons learned in Evaluation over the past 25 years. In; Chelimsky, E.; Shadish, W. (eds.), **Evaluation for the 21st century. A handbook**, Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.

CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B. Promoção da saúde e prevenção de doenças: o papel da educação e da comunicação. In: Martins MA; Carrilho FJ; Alves VAF; Castilho EA; Cerri GG; Wen CL. (Org.). **Clínica Médica**, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. 1a ed. Barueri, SP: Manole; 2009, v. 1, p. 470-477.

FETTERMAN, D. Empowerment evaluation. **Evaluation Practice**, 1994 15(1), pp. 1-15.

FORREST, C. B, NUTTING P. A, STARFIELD B, VON SCHRADER S. Family physicians referral decisions: results from the ASPN refferal study. **J Fam Pract** 2002; 51(3):215-22.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 12^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

GÉRVAS J.; PEREZ FERNANDEZ, M. Organização da Atenção Primária à Saúde em Outros Países. In: Gusso G, Lopes JM. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. ArtMed: Porto Alegre; 2012.

GÉRVAS, J; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2005; 8(3):205-218.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. **SEMERGEN**, Barcelona, 2005; 31:418-23.

GIOVANELLA, L. A. Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, 2006; 22:951-63.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 575-525.

GREEN, L. A; YAWN, B. P; LANIER, D; DOVEY, SM; NOVO, W. The ecology of medical care revisited. **N. Engl. J. Med**, 2001; 344(26):2021-5.

GREENE, J. E., CARACELLI, V. Advances in mixed-method evaluation: the challenges and benefits of integrating paradigms., **New Direction for Programme Evaluation**, n. 74, San Francisco: Jossey-Bass; 1997.

GUBA, E., LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park, Sage Publications; 1989.

GULLIFORD, M.; FIGUEROA-MUNOZ, J.; MORGAN, M.; HUGHES, D.; GIBSON, B.; BEECH, R., *et al.* What does “access to health care” mean? **J. Health Serv. Res. Policy**, 2002, v. 7, n. 3, p. 186-188. Disponível em: <http://hsr.sagepub.com/lookup/doi/10.1258/135581902760082517>. Acesso em: 13 ago. 2013.

GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da Clínica. In: Gusso G, Lopes J. M. C (organizadores). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**, v.1. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 159-166.

HART J. T. The inverse care law. **The Lancet** 1971; 27:405-412.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva** 1999, 4(2):341-353.

HOMA L *et al.* A Participatory Model of the Paradox of Primary Care. **Ann. Fam. Med.** 2015(13)5:456-465.

JAMOULLE M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.** 2015;10(35):1-3. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064).

KLEIN, R. Evidence and policy: interpreting the Delphic oracle. **Journal of the Royal Society of Medicine**, 2003, Volume; 96:429-431.

LANDRY, R.; AMARA, N.; PABLOS-MENDES, A.; SHADE-MANI, R.; GOLD, I. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge. **Bulletin of the World Health Organization** 2006; 84:597-602.

LAVIS, J.; DAVIS, A.; OXMAN, J.L.; DENIS, K.; GOLDEN-BIDDLE, K.; FURLIE, E. Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking; **J. Health Serv Res. Policy**, 2005,10, Suppl 1:35-48.

LOPES, N. M. Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 78, Outubro 2007: 119-138.

MACINKO, J, STARFIELD B, SHI L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. **Int. J. Health Serv.** 2007;37(1):111-126.

MCCARTHY, M. Health system report ranks UK first, US last. **BMJ** 2014;348:g4080 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4080>.

MEADE, J. G.; BROWN, J. S. *Improving access for patients: a practice manager questionnaire*. **BMC family practice**, v. 7, p. 37, 2006. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1570467&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso: 13 ago. 2013.

MENDES, A., WEILLER J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde debate* 2015; 35(105):491-505.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, 1993; 9 (3):239-262.

MITTON, C.; ADAIR C. E.; MCKENZIE, E.; PATTEN, S.B.; PERRY, B. W. Knowledge Transfer and Exchange: Review and Synthesis of the Literature; **Milibank Quarterly**, 2007, 85(4): 729-68.

MURRAY M. TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Fam. Pract. Manag.** 2000, Sep;7(8):45-50.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, 2009; 25(9):2012-2020..

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc.** 2015; 24(1):165-179.

OBORN, E.; BARRETT, M.; RACKO, G. **Knowledge translation in healthcare: A review of the literature**. Working Paper 5, Cambridge Judge Business School; 2010.

OJEDA, J. J, FREIRE, J. M, GÉRVAS, J. La coordinación entre atención primaria y especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. **Revista de Administración Sanitaria**, 2006; 4:357-82.

OMS/UNICEF. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES PARA A INFÂNCIA. **Cuidados**

Primários de Saúde. Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma-Ata, URSS, 6-1 2 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF; 1979. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf Acesso: 25 out. 2015.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde Agora Mais do Que Nunca**. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf. Acesso: 23 jul. 2015.

PANG, T; SADANA, R.; HANNEY, S.; BHUTTA Z. A ; HYDER A. A ; SIMON, J. **Bulletin of the World Health Organization**, 2003, 81(11): 815-820.

PATTON, M. Q. A vision of evaluation that strengthens democracy. **Evaluation**, 2002, 8, 1: 125-39.

PAWSON, R. (2002), Evidenced-based Policy: The Promise of 'Realist Synthesis'. **Evaluation**, 2002; 8(3), pp. 340-358.

PINEAULT, R.; TOUSIGNANT, P.; ROBERGE, D.; LAMARCHE, P.; REINHARTZ, D.; LAROCHE, D.; BEAULNE, G.; LESAGE, D. **Healthcare Policy 2007**, 2(4):2-17.

ROGERS. A.; ENTWISTLE, V.; PENCHEON, D. A patient led NHS: man-aging demand at the interface between lay and primary care. **BMJ**, v. 316, p. 1816-1819, 1998.

SCRIVEN, M. The Logic of Evaluation and Evaluation Practice. *New Directions for Evaluation* 1995, 68, pp. 49-70.

SERAPIONI, M.; NOLASCO-LOPES, C. M.; SILVA, M. G. C. Avaliação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C (orgs.), **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 533-57.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 85, 65-82.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000, 5, 1, 187-192.

SILVA, L.F., ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Physis**, v. 21, n. 4, p. 1207-1229, 2011.

STAKE, R.E. Program Evaluation, Particularly Responsive Evaluation. In: Madaus, G. F., SCRIVEN, M.; STUFFLEBEAM, D.L. **Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation**. Dordrecht: Kluwer Nijhoff Publishing, 1996, 11ª Edição.

STAKE, R. E. La valutazione di programmi, con particolare riferimento alla valutazione sensibile. In: Stame N. (org.) **Classici della valutazione**, Milão, Angeli, 2007; pp. 156-177.

STAME, N. Tre approcci principali alla valutazione: distinguere e combinare. In: Palumbo M. (org.) **Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare**. Milão, Angeli, 2001; pp. 21-46.

STARFIELD B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. 1ª Ed. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002.

STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? **JAMA** 2000; 284(4):483-5.

STARFIELD, B. SHI L. MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q.** 2005a;83(3):457-502.

STARFIELD, B. SHI L, GROVER, A. MACINKO, J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. **Health Aff (Millwood)**. 2005b; (Suppl Web Exclusives):W5-97-W5-107.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **Int. J. Equity Health**, 2011; 10(1):15.

TESSER C. D. NETO, P. P. CAMPOS GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2010; 15(Supl 3):3615-24.

TESSER, C. D, NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

TESSER, C. D, POLI NETO, P. Atenção especializada no Sistema Único de Saúde: reflexões e proposta para a estruturação de um modelo. **Cad. Saúde Pública**, 2015 (artigo em avaliação).

WEISS, C. H. (1997). Theory-Based Evaluation: Past, Present, and Future. **New Directions for Evaluations**, 1997, 76, pp. 41-55.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **National Health Research Systems. Report of an international workshop**. Geneva: WHO; 2001.

PARTE I

INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS

DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE TECNOLOGIA: FACILIDADES E DIFICULDADES COM UM INSTRUMENTO EMBASADO NA TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM

Camila Brasileiro de Araújo Silva

Samuel Miranda Mattos

Jair Gomes Linard

Malvina Thaís Pacheco Rodrigues

Thereza Maria Magalhães Moreira

INTRODUÇÃO

De modo geral, o uso de tecnologia em saúde compreende os saberes específicos, procedimentos técnicos, instrumentos e equipamentos utilizados nas práticas de saúde.

Na atualidade, o crescimento da criação e uso de tecnologias educacionais para a promoção da saúde são utilizados como estratégia para a melhoria da saúde dos indivíduos, proporcionando mais recursos educacionais para promoção de comportamentos saudáveis e cuidados em saúde (BARRA *et al.*, 2009).

Podemos classificar as tecnologias em saúde como leves (tecnologia de relações, acolhimento); leve-duras (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia) e

duras (equipamentos, normas e estruturas organizacionais) (MERHY, 2002). Essas três operam de forma interrelacionada e, ao serem aplicadas, devem satisfazer as necessidades dos usuários em diferentes locais, atingindo maior população e refletindo no custo-efetividade da saúde (HARTZ, 1997).

O desenvolvimento constante de novas tecnologias em saúde permite novos métodos de trabalhos para os profissionais. Todavia, é necessário rigor metodológico para sua criação e implementação. Para tanto, temos disponível a avaliação de tecnologia em saúde (ATS), que avalia de forma sistemática os impactos trazidos à população no que se refere à eficácia, segurança, viabilidade e implicações éticas (HARTZ, 1997).

A criação de tecnologia e sua validação é um processo demorado e que requer cuidados. Sua incorporação é uma necessidade no campo da saúde, considerando as vantagens e facilidades no desenvolvimento de atividades de natureza assistencial e educativa. Neste contexto, um fator a ser considerado é o manuseio dessas tecnologias pelos profissionais da saúde, pois eles devem ser capacitados para tal.

Mundialmente, existem diferentes tecnologias desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular, dentre estes estão o serviço de telessaúde, promoção de estilo de vida saudável nos meios de comunicação em massa, programas de intervenção educacional com *kit* educativo, tecnologias utilizando o lúdico como estratégia, dentre outros (SOUZA, 2014). Assim, diversas tecnologias educacionais têm-se mostrado eficazes na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), importante problema de saúde pública.

Os altos índices das DCNT decorrem da transição demográfica, epidemiológica e nutricional pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional e em alterações nos padrões de ocorrência das doenças, expondo a população ao maior risco de acometimento por afecções crônicas (BRASIL, 2010; SCHMIDT, 2011). Um conjunto de fatores de risco é responsável pela elevada morbimortalidade relacionada a essas doenças. Destacam-se o tabagismo, o etilismo, a obesidade, a hipertensão, os diabetes, a alimentação inadequada e o sedentarismo.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). No Brasil, afeta mais de 30 milhões de indivíduos, sendo 36% dos homens adultos e 30% das mulheres. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos vinte anos apontaram prevalência de HAS acima de 30% (BRASIL, 2010; MALTA; MERHY, 2010; SECOLI *et al.*, 2010).

Para prevenção ou tratamento da HAS é fundamental dispormos de instrumentos avaliativos das situações de saúde-doença-cuidado dos pacientes (SOUSA; MOREIRA; BORGES, 2014), para, assim, instituir um acompanhamento de saúde adequado à sua realidade.

A avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sob o aspecto não farmacológico é uma lacuna na literatura mundial e inspirou o desenvolvimento de um instrumento avaliativo da adesão ao tratamento embasado na Teoria de Resposta ao Item (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014). Esta teoria compreende um conjunto de modelos que se propõem representar a relação entre a

probabilidade de um respondente dar certa resposta a um item, seu traço latente e características (parâmetros) do item. Traço latente, por sua vez, é uma característica do indivíduo que não pode ser observada diretamente e é mensurada por meio de variáveis secundárias a ela relacionadas (itens de um instrumento) (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Dessa forma, foi objetivo deste estudo identificar as facilidades e dificuldades de universitários da área de saúde na aplicação do questionário de adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS), por se tratar de uma tecnologia recém-criada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado com oito acadêmicos de saúde que aplicaram o referido instrumento junto a hipertensos em acompanhamento no município de Fortaleza-Ceará-Brasil, durante os meses de setembro de 2014 a março de 2015.

A coleta de dados se deu mediante aplicação de formulário eletrônico no qual constavam características socio-demográficas e se inquiria o acadêmico acerca das facilidades e dificuldades com a aplicação do QATHAS.

O QATHAS é um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS, pautado na TRI, que consegue diferenciar os indivíduos com alta adesão daqueles com baixa adesão. Ele se torna um instrumento hábil de avaliação da adesão ao tratamento da HAS e sua utilização torna possível traçar um plano de melhorias individual para cada usuário com hiper-

tensão atendido pelos profissionais de saúde. Assim, pode facilitar a detecção e aferição do cumprimento à terapêutica prescrita, além de viabilizar o estabelecimento de metas a serem alcançadas (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014).

A primeira parte do instrumento contém perguntas referentes aos dados sociodemográficos (sexo, idade, nível de instrução, ocupação, renda familiar, estado civil e número de pessoas residentes em sua casa) e clínicos (pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, peso, altura e circunferência abdominal).

A segunda parte contém doze itens referentes ao tratamento da HAS (uso da medicação, dose da medicação, horário da medicação, sintoma, rotina tratamento medicamentoso, uso de sal, uso de gordura, consumo de carnes brancas, consumo de doces e bebidas com açúcar, exercício físico, rotina de tratamento não medicamentoso e comparecimento às consultas).

Os achados referentes às características sociodemográficas foram agrupados mediante frequência simples em tabelas e os achados acerca das facilidades e dificuldades foram analisados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin, prevista nas etapas: pré-análise, extrapolação do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise consiste na organização do material tendo como primeira atividade a leitura “flutuante” que possibilita escolher os documentos a serem analisados, formular as hipóteses e objetivos da pesquisa e elaborar os indicadores que nortearam a interpretação final.

Na etapa seguinte, os documentos selecionados foram estudados profundamente fundamentados no referencial teórico e consiste essencialmente em codificar, classificar e categorizar os dados. Bardin (1994) caracteriza essa fase de extrapolação do material como uma fase “longa e fastidiosa”. Na fase final, que consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados brutos tornam-se significativos e válidos e o pesquisador propõe inferências e interpreta os dados conforme os objetivos previstos.

Evidenciaram-se as seguintes categorias e subcategorias: Categoria 1: Dificuldades na aplicação do QATHAS com as subcategorias: 1.1 Itens referentes ao uso de medicação; 1.2 Entendimento de Termos ou Palavras; 1.3 Entendimento nos Itens referentes ao Consumo de Sal, Açúcar e Carnes Brancas e 1.4 Dificuldades gerais; Categoria 2: Facilidades na aplicação do QATHAS e as subcategorias: 2.1 Facilidade na linguagem do Instrumento e 2.2 Facilidade nos itens avaliados pelo QATHAS; Categoria 3: Sugestões para aprimoramento do QATHAS com as subcategorias: 3.1 Algumas contribuições pontuais que posso oferecer ao QATHAS e 3.2 Algumas contribuições gerais que posso oferecer ao QATHAS.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE no parecer de nº 11517971-2. Para garantir o anonimato dos sujeitos utilizaram-se códigos compostos pela letra “P” de participante e um número, sendo este adotado conforme sequência de preenchimento e devolução do formulário pelos pesquisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentar-se-ão os dados agrupados, seguidos das categorias, após o que se passará à análise do material.

Inicialmente, será exposta a caracterização dos participantes e questões referentes à aplicação do QATHAS.

Tabela 1: Caracterização dos participantes. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.

Participante	Sexo	Idade	Tempo de Experiência em Pesquisa
P1	Feminino	45	6 anos
P2	Feminino	32	6 meses
P3	Feminino	25	4 anos
P4	Masculino	22	4 anos
P5	Masculino	31	3 meses
P6	Feminino	23	2 anos e 3 meses
P7	Masculino	24	4 anos
P8	Masculino	22	1 ano

Fonte: pesquisa de campo, 2015.

Na tabela 1, é possível perceber que os participantes são de ambos os sexos têm média de idade de 28 anos e mediana de tempo de pesquisa de 2 anos e 4 meses.

Tabela 2: Questões referentes à aplicação do QATHAS. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.

Participante	Conhecimento Prévio do Instrumento	Tempo de Experiência com o QATHAS	Nº de Vezes que Aplicou o QATHAS	Participou de Treinamento
P1	Sim	6 meses	250	Sim
P2	Sim	2 meses	120	Sim
P3	Não	4 meses	100	Sim
P4	Sim	5 meses	100	Sim
P5	Sim	3 meses	85	Sim
P6	Não	3 meses	60	Sim
P7	Não	3 meses	80	Sim
P8	Sim	4 meses	100	Sim

Fonte: pesquisa de campo, 2015.

Na tabela 2 é possível verificar que os participantes, em sua maioria, conheciam previamente o QATHAS, sendo a média do tempo de experiência com o instrumento de quatro meses e tendo aplicado tal instrumento, aproximadamente, 110 vezes. Quanto ao fato de terem ou não participado de treinamento para aplicação desta tecnologia, todos o fizeram.

Passaremos a seguir à análise da fala dos acadêmicos, que se voltam a abordar as facilidades e dificuldades na aplicação do QATHAS, bem como a sugerir perspectivas para seu aprimoramento.

Conforme já referido, foram três as categorias encontradas: 1) dificuldades na aplicação do QATHAS; 2) facilidades na aplicação do QATHAS; e 3) sugestões para aprimoramento do QATHAS. Passemos à exposição da primeira categoria.

CATEGORIA 1: DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DO QATHAS

A categoria 1 contou com quatro subcategorias, a saber: Subcategoria 1.1: Itens referentes ao uso de medicação; Subcategoria 1.2: Entendimento de Termos ou Palavras; Subcategoria 1.3: Entendimento nos Itens referentes ao Consumo de Sal, Açúcar e Carnes Brancas; e Subcategoria 1.4: Dificuldades Gerais. Passemos a examiná-las.

SUBCATEGORIA 1.1: ITENS REFERENTES AO USO DE MEDICAÇÃO

Os entrevistados mostram certo desentendimento nos itens 1, 2 e 3 quanto às respostas. Muitas vezes não conseguem distinguir em qual resposta se encaixa. P3

[...]. É difícil determinar em qual dos itens o paciente se encaixa nas questões sobre o uso da medicação. Às vezes, eles não sabem dizer quantas vezes exatamente deixaram de tomar a medicação [...]. P4

[...]. Algumas perguntas parecem induzir as respostas das outras, como por exemplo: Alguma vez deixou de tomar sua medicação para HAS? Se ele não tomou a medicação, consequentemente também não tomou nos horários estabelecidos. Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS nos horários estabelecidos? E para algumas medicações não exigem horário estabelecido, ficando a critério do paciente [...]. P8

Nas falas da subcategoria 1.1 é possível evidenciar que as questões acerca da adesão medicamentosa ainda podem ser aprimoradas. De acordo com Mosegui *et al.* (1999), é difícil quantificar a medicação como também as informações acerca do uso, pois podem estar incompletas porque foram coletadas com base nas informações fornecidas pelos usuários. Acredita-se que possa haver maior aproximação com a resposta, caso o paciente leve todas as caixas de medicamento no dia da entrevista para a confiabilidade da resposta.

SUBCATEGORIA 1.2: ENTENDIMENTO DE TERMOS OU PALAVRAS

Outros itens de difíceis entendimentos são o 5º e o 11º, referentes à rotina de vida quanto ao uso de medicamentos e ao tratamento não medicamentoso, muitos não conseguem responder por não saber o que é rotina. P3

[...]. A pergunta sobre o uso da medicação fazer parte da rotina deles também gera dúvidas, pois eles não sabem bem o que é “rotina” [...]. P4

Nas falas da subcategoria 1.2 é possível visualizar a dificuldade na compreensão do termo rotina, presente no QATHAS. Conforme Reichenheim, Moraes e Hasselmann (2000), é importante manter a qualidade do processo de coleta, mas também a do instrumento utilizado, sendo considerado válido o instrumento que possa captar adequadamente o evento ou o conceito subjacente. Nesse sentido, o contexto linguístico deve estar de acordo com a realidade de cada população.

SUBCATEGORIA 1.3: ENTENDIMENTO NOS ITENS REFERENTES AO CONSUMO DE SAL, AÇÚCAR E CARNES BRANCAS

Nos itens 6,7 e 9, também apresentam dificuldades na escolha da resposta.

[...]. É difícil determinar em qual item a redução do consumo de sal, açúcar e gordura se encaixa [...]. P4

[...] Na classificação da resposta do entrevistado em pouco, metade ou ensosso ou sem doce [...]. P6

[...]. Acredito que a dificuldade encontrada foi como instigar o entrevistado a mensurar a quantidade de sal, gordura e doces diminuídos de forma coerente e fidedigna, a fim de responder a um dos itens propostos [...]. P7

Nas falas da subcategoria 1.3 é possível visualizar a dificuldade relatada pelos acadêmicos nos hipertensos conseguirem traçar uma métrica sobre o consumo de sal, açúcar e carnes brancas. Segundo Fisberg, Marchioni e Colucci (2009), os erros associados às medidas podem ser distribuídos em três grupos: o entrevistado; o entrevistador e o método de inquérito utilizado para coletar. O paciente poderá omitir ou esquecer a informação, o entrevistador poderá interpretar de forma errada a resposta, como também o questionário trazendo uma forma diferente de quantificar o alimento. Além dessas três subcategorias, outras dificuldades gerais foram relatadas pelos acadêmicos como presentes na população de hipertensos que preencheu o QATHAS.

Com base nisso, foi organizada a última subcategoria da categoria 1, conforme se ver a seguir:

SUBCATEGORIA 1.4: DIFICULDADES GERAIS

Nesta última subcategoria é perceptível que a compreensão do instrumento é a grande dificuldade geral, o que pode estar relacionado ao nível de letramento em saúde da clientela na qual a tecnologia foi aplicada.

[...]. Na interpretação de alguns itens para os entrevistados [...]. P5

[...]. Compreender o que realmente a pergunta queria saber e explicar as perguntas para o entrevistado em uma linguagem que ele pudesse entender [...]. P6

Passaremos agora a elucidar a categoria 2.

CATEGORIA 2: FACILIDADES NA APLICAÇÃO DO QATHAS

Esta categoria descreve as facilidades encontradas pelos acadêmicos na aplicação do QATHAS, levando-nos a dividir esta categoria em duas subcategorias (linguagem e pontos avaliados) que serão detalhados a seguir.

SUBCATEGORIA 2.1: FACILIDADE NA LINGUAGEM DO INSTRUMENTO

Nesta subcategoria, percebeu-se um censo geral quanto à linguagem dos itens do instrumento, destacando-se a objetividade, simplicidade, linguagem rápida e fácil dos itens em questão, como mostrado nas narrativas dos acadêmicos a seguir:

[...]. Segue uma sequência [...]. P2

[...]. É um questionário curto e objetivo [...]. P5

[...]. Perguntas objetivas, simples, pouco complexas, questionário de aplicação rápida e fácil [...]. P6

De acordo com Pasquali (2003), a elaboração de cada item do instrumento deve seguir alguns critérios, dentre estes estão a objetividade, onde o respondente deve mostrar se conhece a resposta ou se é capaz de executar a tarefa proposta; simplicidade, na qual um item deve expressar uma única ideia de forma a não confundir o sujeito; deve ter clareza, onde a compreensão das frases é fundamental, pois um item deve ser inteligível para todas as esferas da população. Para o

mesmo autor, a linguagem e os termos próprios de cada área devem ser utilizados na formulação dos itens e as expressões devem ser curtas, simples e inequívocas. Entretanto, um dos acadêmicos, mostrou-se contraditório no que diz respeito à simplicidade e clareza:

[...]. Sua aplicação é simples, porém temos que explicar aos pacientes algumas informações como a terça parte, que eles não entendem [...]. P6

Na fala anterior, o acadêmico mencionou “terça parte” sendo esta, para o público em questão, uma expressão de difícil entendimento. Em pesquisa realizada por Meneguim *et al.*(2010), metade dos entrevistados, pessoas em tratamento de hipertensão arterial e doença isquêmica cardíaca, não entendeu o conteúdo do instrumento ou as informações explicadas por quem aplicou.

Na subcategoria 2.2, tem-se as facilidades acerca dos pontos avaliados pela tecnologia, conforme se constata a seguir.

SUBCATEGORIA 2.2: FACILIDADE NOS PONTOS AVALIADOS PELO QATHAS

[...]. O QATHAS é um instrumento curto e que avalia vários pontos [...]. P3

[...]. O questionário consegue avaliar muitos aspectos com poucas perguntas [...]. P4

[...]. É um questionário curto que possibilita conhecer o paciente mais profundamente em relação aos seus hábitos, possibilitando melhor ajuda a eles após a aplicação [...]. P8

As falas são claras ao referirem que a tecnologia é passível de aplicação por ser de formato curto, ampla em avaliação e por revelar, também, os hábitos dos avaliados. Os instrumentos utilizados até então no mundo se voltam unicamente ao tratamento farmacológico, não deixando espaço à análise do tratamento não farmacológico, no que o QATHAS representa uma evolução, se comparado aos instrumentos anteriores.

Por fim, passaremos à apresentação da última categoria, que revela algumas contribuições dos acadêmicos como sugestões para o aprimoramento da tecnologia criada.

CATEGORIA 3: SUGESTÕES PARA APRIMORAMENTO DO QATHAS

Esta categoria engloba duas subcategorias: algumas contribuições pontuais que posso oferecer ao QATHAS e algumas contribuições gerais que posso oferecer ao QATHAS, conforme a seguir.

SUBCATEGORIA 3.1: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES PONTUAIS QUE POSSO OFERECER AO QATHAS

[...]. Acho que as respostas da terça parte não é facilmente compreendida pelos pacientes, então muitas vezes falamos para os pacientes menos da metade [...]. P1

[...]. Tentar criar escalas novas para os itens de redução de consumo de sal, gordura e açúcar [...]. P4

[...]. Sugiro somente a mudança quanto à mensuração da redução das quantidades de sal, gordura e doces [...]. P7

Na subcategoria 3.1 tem-se sugestões acerca da métrica dos alimentos utilizada no QATHAS.

SUBCATEGORIA 3.2: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES GERAIS QUE POSSO OFERECER AO QATHAS

[...]. Sugiro que a linguagem do instrumento deva ser aprimorada para a forma coloquial, melhorando a compreensão do entrevistado quanto aos itens em questão [...]. P3

[...]. Facilitar a linguagem usada nos itens, pensando na compreensão do entrevistado [...]. P4

[...]. Reformular os itens 1, 2, 3 da segunda parte do questionário [...]. P5

[...]. O vocabulário das três primeiras questões, pois as opções às vezes não ficam claras para o paciente [...]. P8

Na subcategoria 3.2 tem-se sugestões acerca da linguagem utilizada no QATHAS. As sugestões realizadas podem ser testadas com a criação de novos itens para ampliar o banco de itens embasado na Teoria de Resposta ao Item (TRI) e direcionado a populações com baixo nível de letramento em saúde.

CONCLUSÃO

A partir do exposto, é possível concluir que as facilidades na aplicação do QATHAS giraram em torno da linguagem do instrumento que é, no geral, de forma objetiva, simples, rápida e fácil. Outras facilidades são os diferentes e importantes pontos que o instrumento avalia, englobando tanto o tratamento farmacológico como o não farmacológico da HAS, representando uma evolução, se comparado aos instrumentos anteriores que avaliam apenas questões farmacológicas.

No geral, a linguagem do instrumento foi considerada boa pelos acadêmicos, entretanto, existiram dificuldades apresentadas na compreensão do instrumento pelos respondentes acerca dos itens referentes ao uso de medicamento e ao consumo de sal, açúcar e carnes brancas, o que pode estar relacionado ao nível de letramento em saúde da clientela na qual a tecnologia foi aplicada.

Dessa forma, é possível concluir que a avaliação de tecnologias utilizadas em saúde é um requisito fundamental para sua validação às populações dos vários recantos de nosso país. Além disso, estudos que avaliem as dificuldades e facilidades na aplicação de instrumentos e demais tecnologias construídos e validados são importantes para conhecer a percepção do avaliado e avaliando, promovendo sugestões para aprimoramento do instrumento.

No tocante ao instrumento em tela, por ter utilizado a TRI, o QATHAS permite a inclusão de novos itens e testagem em outras populações, sem perda de seu papel mensurador da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Conclui-se, por fim, que o desenvolvimento de tecnologias é uma exigência científica atual e válida na saúde, que requer contínuo repensar sobre sua aplicação, uma vez que as criações tecnológicas não se encerram em si mesmas, mas em seu constante aprimoramento para utilização pela ciência e pela sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. **Teoriada Resposta ao Item**: conceitos e aplicações. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 2000.

BARDIN, I. **Análise do Conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1994.

BARRA, D. C. C. *et al.* Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, v. 53, n. 5, p. 617-24, 2009.

HARTZ, Z. M. A. (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** (Botucatu), v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MENEGUIN, S. *et al.* Entendimento do termo de consentimento por pacientes partícipes em pesquisas com fármaco na cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 94, n. 1, p. 4-9, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MONSEGUI, G. B. G. *et al.* Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. 397 p.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 232-9, 2014.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 610-6, 2000.

SCHMIDT, M. A. *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: carga e desafios atuais. Publicado Online. 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com>. Acesso em: 02.02.215

SECOLI, S. R. *et al.* Avaliação de tecnologia em saúde: II. A análise de custo-efetividade. **Arq. Gastroenterol.**, v. 47, n. 4, p. 329-33, 2010.

SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P. Tecnologias educacionais desenvolvidas para a promoção da saúde cardiovascular em adultos: Uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 5, p. 944-51, 2014.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO NO COTIDIANO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE: PERCEPÇÃO DO AGENTE DE ENDEMIAS

Rafaela Pessoa Santana

Ana Carolina Rocha Peixoto

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

A dengue é, na atualidade, considerada um importante problema de saúde pública em todo o mundo, inclusive no Brasil. Este país vivenciou recursivas epidemias da doença nas últimas duas décadas e ainda está longe de controlá-la (MACIEL; SIQUEIRA JUNIOR; MARTELLI, 2008).

No ano de 2002, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Plano Nacional de Controle da Dengue (PNCD) que relata sobre as diretrizes técnicas que subsidiam as ações de controle dessa doença nas esferas nacional, estadual e municipal. É um programa composto por 10 componentes práticos, dentre estes, destacam-se: as campanhas de prevenção, mobilização social, ações de orientação e educação em saúde (BRASIL, 2002); estas seguem com o paradigma biomédico, por meio de ações pontuais, em que toda a responsabilidade gira em torno de um único profissional, o agente de comba-

te/controla as endemias (ACEs), estes, executam um trabalho pontual de inspeção domiciliar, com a função retirar e/ou eliminar criadouros do *Aedes aegypti*, contudo, têm como principal ação a aplicação de inseticida. Sendo os ACEs os principais elos entre o serviço de controle das endemias e a comunidade (RANGEL-S, 2008; OLIVEIRA, 2004).

O Programa Nacional de Controle da Dengue (BRASIL, 2002) remete ao profissional agente de controle de endemias, como educador. Contudo, Oliveira (2004) em um estudo que analisa que as ações de educação popular em saúde no cotidiano dos agentes de endemias, constatou-se que o “modelo de organização e gerenciamento do processo de trabalho dos ACEs apresenta um processo de trabalho fragmentado, alienado, burocratizado, desprovido de diálogo e pautado na cobrança da produção” (OLIVEIRA, 2004, p. 70). Características estas também identificadas no nosso estudo; os agentes de endemias referem ser, na verdade, a situação limite encontrada no cotidiano do serviço, que os impede atuar na comunidade com ações educativas e/ou integradas a outros serviços de saúde presentes no território, como o Programa de Saúde da Família.

Diversos estudos ratificam (ACIOLI; CARVALHO, 1998; FERREIRA; VERAS; SILVA, 2009; SALES, 2008) que intervenções educativas são mais sustentáveis que produtos químicos como inseticidas, além do que pode propiciar no sujeito uma tomada de consciência e, assim, promover mudanças e transformações em relação ao comportamento frente à doença, reverberando nos cuidados com o ambiente e, por conseguinte, no controle de proliferação de possíveis criadouros do *A. aegypti*.

Tornar rotina ações de educação em saúde no controle da dengue, proporcionará uma maior integração dos serviços de saúde com a população que os utilizam, uma vez que é vista como instrumento de construção da participação popular, assim como também aprofunda a ciência no cotidiano individual e coletivo dos moradores/habitantes da comunidade.

Alguns estudos como em Caprara *et al.*, (2009), Baglini *et al.* (2005), Chiaravalloti *et al.*, (1998) que evidenciam a necessidade de fortalecimento do vínculo entre comunidade e agentes, como também, a criação de um diálogo entre a comunidade e o estado, e em um contexto em que as campanhas de controle e prevenção apresentam caráter emergencial, paliativo, aliado a ações mais fiscalizadoras que educativas.

O modelo oficial do controle da dengue, o PNDC, serve como exemplo, conforme refere Santos (2009) para a problematização de uma intervenção que, na prática, não consegue operar incorporando as características contextuais reais e se mantém um modelo vertical e autoritário, sem considerar a premissa ética, no que diz respeito à liberdade individual e à capacidade do sujeito decidir sobre sua saúde e o risco da doença.

Assim, acredita-se que utilizar no cotidiano do serviço dos agentes de endemias, a educação popular em saúde, demonstra o compromisso da gestão na reorientação global dos serviços, como refere Vasconcelos (1997) e Raupp *et al.* (2001) tornando-os mais humanizados e aderentes às necessidades da comunidade e dos agentes de controle de endemias. Haja vista, utiliza-se de metodologias que partem da análise

crítica da realidade, da *dialogicidade*, e, principalmente, da valorização dos saberes dos sujeitos envolvidos no cenário das práticas de controle e prevenção da dengue (OLIVEIRA, 2004). Aspectos que contribuem para a reorganização dos serviços de saúde; facilitam o processo de ressignificação das práticas educativas dos profissionais de saúde, oferecendo elementos que potencializam uma ação coerente com os princípios do SUS. (VASCONCELOS, 1997).

Assim, o capítulo em questão tem como objetivo conhecer a percepção do agente de endemias tem sobre a tecnologia de educação em saúde e qual a sua prática educativa, neste contexto.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo foi de natureza descritiva com enfoque de análise qualitativa. Além disso, fez-se uso do método da observação participante dentro de uma perspectiva etnográfica que permitiu compreender as atividades dos agentes de controle a endemias, bem como seus comportamentos, interesses, articulações com a comunidade dentro do cenário da dengue.

Para a coleta de informação, o município foi dividido em quadrantes (blocos), dos quais sortearam-se, aleatoriamente, dez agregados (bairros), dentre estes, selecionamos três agregados que obtiveram o maior número de casos de Dengue nos últimos cinco anos.

Realizaram-se entrevistas abertas seguindo um roteiro com 25 Agentes de Controle a Endemias, como também entrevistas informais com moradores; os pesquisadores

acompanharam o cotidiano de serviço dos agentes de endemias por um período de dois meses, de modo que o estudo em questão, também, pautou-se nas informações registradas nos diários de campos, oriundos das observações participantes, realizadas no município de Fortaleza, Ceará, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo de Bardin (2004). O emprego desta análise pode auxiliar no desvendamento do que está por trás dos conteúdos manifestos, conhecendo não somente a aparência do que está sendo estudado, como também sua profundidade.

Desse modo, após leituras exaustivas das transcrições das entrevistas e análise de conteúdo de Bardin emergiram as seguintes categorias: o papel/poder das mídias, parceria com a mobilização social, educação é o principal desafio.

Na realização desta pesquisa, obedeceu-se à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa em seres humanos, mediante a aprovação do projeto guardachuva pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com o número de protocolo: 09553425-3.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo dos agentes de controle das endemias, em Fortaleza, é um universo masculino e jovem. Haja vista, dos nossos 25 entrevistados, apenas 5 são do sexo feminino e 20 do sexo masculino; a sua maior parte, estão na faixa etária de 20 a 34 anos. Quanto à escolaridade, a maior concentração

encontra-se no 2º grau completo. Já quanto ao tempo de serviço obteve-se uma média de 2 a 18 anos nessa profissão.

O PAPEL/PODER DAS MÍDIAS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL

[...] Existe informação, o que falta é educação! [...] (Cesar, ACEs)

Nos dias de hoje, o principal elo de difusão e orientação continuada, são os meios de comunicação em geral, como rádios, televisão e jornais. Fato esse observado no estudo de Santos (2009), onde 58% da população refere conhecer a dengue através dos meios de comunicação em massa. Essa percepção corrobora com o nosso estudo, como observado nas falas abaixo:

[...]. Sei da dengue porque vi na TV, no jornal e que de vez em quando passam as moças entregando panfletos sobre a dengue. [...] (Moradora 3, Agregado A).

[...]. Sei porque passa na TV e o agente de endemias explicou. [...] (Moradora 1, Agregado B).

[...]. Eu já tive ano passado. Prevenção é o que se diz na TV. As águas não podem ficar paradas. [...] (Moradora 1, Agregado C).

Mesmo diante dessa percepção, onde a população ressalta como se prevenir da dengue através dos meios de comunicação em massa, o estudo de Claro, Tomassini e Rosa (2004) relata que as campanhas informativas, que utilizam redes de televisão, rádios, jornais, folhetos, cartazes e pales-

tras comunitárias buscando a colaboração da população para a eliminação dos focos dos mosquitos têm demonstrado eficiência limitada.

Visto também por Lenzi e Coura (2004), onde, realizou-se uma análise dos materiais informativos de campanhas de prevenção da dengue e observou-se, além dos pontos negativos já relatados, que os materiais apresentam como informação principal os cuidados necessários com depósitos e reservatórios, entretanto *conhecer* não significa necessariamente *agir*.

Observa-se também nos escritos de Rangel-S (2008) uma análise acerca das práticas de comunicação e educação realizadas para o controle da dengue, no qual a autora refere que estas caracterizam-se por possuir uma modelagem centralizada, vertical e unidirecional. Segundo a autora, “partem de uma ideia de que as informações e conhecimentos estão concentrados e devem ser difundidos, e de que a comunicação é questão de aperfeiçoamento de técnica de transmissão de mensagens e de adequação da linguagem”.

Esta mesma autora enfatiza ainda que, na interação entre as práticas de controle operacionalizadas pelo governo e a comunidade, confiança e credibilidade são duas condições necessárias à participação, pois as pessoas precisam estar convencidas de que há um problema, há um risco à sua saúde, para que se mobilizem e participem de ações de controle em parceria com o poder público.

Já o estudo de Natal *et al.* (1999) expõe que as informações recebidas pela população podem ter uma carga de temor, estigma e também crenças, que são disseminadas pela comunidade.

PARCERIA COM A MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Também sendo citado em nossas entrevistas que existem equipes de mobilização social responsáveis por esse trabalho de educação em saúde:

[...]. Tem várias equipes, uma equipe de mobilização, eles vão a colégios, vão a praças, certo? Vamos supor, qualquer pessoa pode solicitar uma visita e esse pessoal faz um teatrinho, levam maquetes, levam... essas coisas pra informações, praças, colégios e outros órgãos públicos também e é por aí [...] (Maria, ACEs).

Os componentes das ações de Educação em Saúde e Mobilização Social foram pensados para realizar mudanças de atitude e práticas da população, no que diz respeito à causalidade da doença, às formas de prevenção e de controle dos criadouros artificiais, por considerá-los como de responsabilidade do indivíduo, conforme descrito no estudo de Sales (2008).

No ano de 2001, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), que, além de aumentar o volume de recursos federais e manter descentralização, incorporou elementos como a mobilização social e a participação comunitária, indispensáveis para responder de forma adequada a um vetor altamente domiciliado (BRASIL, 2002).

Atualmente, sabe-se que no estado do Ceará 34 cidades têm equipes de mobilização social e que conforme relato dos agentes de endemias do estudo, existem na cidade de Fortaleza, seis grupos de “frente”, um grupo em cada regio-

nal, responsável estes pela realização de ações de mobilização social, que ocorrem em parceria com os centros de saúde, onde atuam com ênfase na promoção de ações de mobilização social para produzir mudanças no comportamento da população, buscando maior envolvimento das pessoas na eliminação dos focos do *Aedes aegypti* nas residências (BRASIL, 2002). Como bem refere o ACE, Vanda:

[...]. O mobilizador social, no cenário das ações de controle da dengue, promovem ações ou atividades que contribuam para a melhoria da qualidade da educação, realizando trabalhos voluntários que aproximem escola e comunidade com a perspectiva de conscientização sobre o compromisso coletivo e individual no cuidado com o ambiente, com a saúde e, principalmente, na eliminação dos criadouros artificiais da dengue. [...] (Vanda, ACEs).

EDUCAÇÃO É O PRINCIPAL DESAFIO

Surge então uma inquietação, se na cidade de Fortaleza existe equipes de mobilização social adequada e meios de comunicação em massa que orientam a população de forma correta, será que a forma como está sendo desenvolvida a orientação constante sobre as formas de eliminar a dengue está coerente? Pois percebemos nas falas dos ACEs a precariedade nas transmissões dessas informações, como se essas fossem automáticas e quase que “decoradas” como observado na fala abaixo, quando perguntado quais as informações que eles repassam à população:

[...]. As informações são péssimas, atrasadas, por que não há uma novidade, sempre é a mesma coisa. [...] (Edson, ACEs).

[...]. Tem um trabalho que a gente faz educativo pra população, a gente passa de casa em casa orientando, mostrando como deve ser feito. [...] (Irvina, ACEs).

Percebe-se que, não somente a população, mas até os profissionais responsáveis pelo trabalho de controle, verbaliza esta desmotivação, às vezes em detrimento à falta de capacitação/treinamento, para que possam aprender novas tecnologias para abordar e de envolver/interagir com a comunidade, permanecem com as frases “automáticas” que, de fato, não geram mudança e muito menos transformação de hábitos e condutas no cotidiano do cuidado intra e interdomicliar. Como observado na fala de Vanda (ACEs):

[...]. Devia viabilizar alguma coisa que seja mais corriqueira, uma coisa mais de educação mesmo a não ser o trabalho só focal de eliminação, porque o próprio morador já tá um pouco acostumado que sabe que a gente vai entrar na casa só pra fazer o trabalho, eliminar os focos. [...] (Vanda, ACEs).

Compreende-se, então, que a população criou a dependência e está segura de que a figura do ACE com o seu larvicida, ou o estado, com o seu fumacê, e isto se tornou mais importante para o controle da doença do que a elaboração de uma nova estratégia sustentável.

E, logo, relatam a necessidade de educação:

[...]. É... eu acho que um dos grandes desafios do nosso trabalho creio que seja realmente a educação da população [...] (Rodrigo, ACEs).

Assim, entende-se que os modelos de controle vetorial da dengue são lineares, de “causa-efeito”, oriundos do positivismo; sua manutenção, de certa forma paternalista, não é favorecida no enfoque educativo/transformador de hábitos. Para tanto, o modelo deve ser discutido e implantado em âmbito comunitário, com a participação social e a formação de lideranças que promovam ações seguindo as peculiaridades locais (SANTOS; AUGUSTO, 2011).

Edson (ACEs), ainda aprofunda a visão de educação relatando que:

[...] deveria existir um trabalho desde o começo com a criança que tá no colégio pra ela começar a entender o que é a dengue... porque uma criança, se ela chegar no colégio, aí chegar uma palestra dizendo de dengue, eu acredito que ela chega na sua casa, se ela ver um balde com água ela fala “- pai, aquilo dali dá dengue”.

De modo geral, depreende-se através das falas dos agentes a necessidade de trabalhar a educação em saúde baseada no diálogo, na troca de saberes, de forma a favorecer a compreensão mútua entre os saberes técnico e popular, levando a possíveis mudanças no entendimento das doenças e de sua prevenção (SOUZA; NATAL; ROSEMBERG, 2005).

No entanto, para que isto aconteça, é necessária uma reavaliação da maneira de repasse de informações, bem

como do trabalho dos ACEs responsáveis pelo controle de vetores, uma vez que a população, apesar de bem informada, não dá continuidade às práticas pela repetição exaustiva delas sem novos elementos, e também por caracterizarem as medidas preventivas como infrutíferas ou mesmo impossíveis de serem adotadas, considerando as medidas curativas mais importantes (WINCH; GODAS; KENDALL, 1991).

Intui-se após as diversas leituras que as ações públicas para o controle da dengue evoluíram no sentido de incorporar procedimentos voltados, principalmente, à mobilização social, sem focar somente nas ações de controle químico do vetor. Passou-se a dar importância às componentes que privilegiassem as ações educativas para informar a população e as mudanças de atitudes (SANTOS-GOUW; BIZZO, 2009).

No município de Fortaleza, essas ações não se tornaram constantes no calendário dos gestores e dos profissionais de saúde; se não há o esforço de envolver os diversos setores como educação, social, planejamento urbano, dentre outros, não há mudança, muito menos controle ou eliminação do *Aedes aegypti* (MIRANDA, 2011).

Para Chiaravalloti Neto *et al.*(1998), é importante romper a tentativa de alterar as práticas por meio da divulgação de mensagens, mas com a estruturação de trabalhos que respeitem o conhecimento da população e as prioridades. Essa precisa receber informações recentes, ter um elo de comunicação com os agentes responsáveis pelo controle de vetores e, conseqüentemente, com o governo, que precisa fornecer os meios adequados para a ocorrência de práticas, como coleta de lixo, suprimento contínuo de água, cuidados com o espaço público e informação adequada sobre os riscos, produtos e serviços disponíveis.

Ainda segundo Chiaravalloti Neto *et al.* (1998), a educação em saúde não depende apenas da orientação de pessoas, mas também do seu envolvimento para que se responsabilizem por ações, executando as que lhe competem, e o conhecimento de suas prioridades para que exista entre o serviço e a população uma relação de colaboração, fato esse observado na fala de Emerson (ACEs):

“... a gente encontra dificuldades com a população, porque a população tem que estar presente, não esquecer disso, que a população tem que estar presente para desenvolver o trabalho, porque o agente sozinho não consegue, ele não consegue, a população tem que colocar o trabalho preventivo, a gente precisa fazer palestras com eles, porque a gente necessita deles, e eles da gente, por isso tem que haver essa parceria, porque enquanto não existir”.

Acreditamos que para que uma pessoa mude seu comportamento, pensamento e por conseguinte as suas ações acerca de uma determinada conduta, ele deve antes de tudo, estar consciente de seus saberes e ações, bem como perceber-se como sujeito ativo e responsável em todo o processo de mudança. Pois, somente assim conseguir-se-á resolutividade nas ações de controle e prevenção da dengue, quando todos os atores sociais (me refiro à comunidade, a profissionais de saúde, a gestores etc.) assumirem os seus devidos papéis e responsabilidades. Deve haver uma conscientização acerca de qual o “lugar” que cada um ocupa neste árduo processo, que tem sido controlar a dengue na esfera do território não somente de Fortaleza-CE, mas, nacionalmente.

Como relata Jane (ACEs):

“Eu acho que pra poder melhorar isso aí, seria necessário um maior envolvimento, não só do Poder Público, mas da própria população. Eu até nas palestras, nos seminários, nos encontros, eu sempre sugiro pra pessoas (supervisores) que a gente tem que envolver a comunidade, as igrejas, as associações, ou seja, toda a sociedade pra poder fazer com que isso possa... obter o resultado necessário, que é, é pelo menos, eliminar no mínimo, no mínimo, tentar controlar o mosquito”.

O modelo oficial do controle da dengue serve como exemplo, conforme refere Santos (2009) para a problematização de uma intervenção que, na prática, não consegue operar incorporando as características contextuais reais e se mantém um modelo vertical e autoritário, sem considerar a premissa ética, no que diz respeito à liberdade individual e à capacidade do sujeito decidir sobre sua saúde e o risco da doença. Briceño – León (1996, p. 2) considera que:

Los programas verticales y autoritarios estaban históricamente sustentados en la existencia de gobiernos igualmente autoritarios. Pero al cambiar La situación política y social, establecerse la democracia y los derechos individuales y cambiar las condiciones educativas de la población, no ES posible continuar con el mismo planteamiento autoritario. [...]. Pero tiene también un aspecto más práctico, y es que bien poco pueden durar las acciones realizadas por

agentes externos que no logran convocar la voluntad, ni involucrar el esfuerzo de los propios individuos en riesgo o que padecen La enfermedad. Solo serán sostenibles las acciones que involucren a los individuos y las comunidades. Es posible que muchas acciones verticales puedan tener una mayor eficacia e inmediatez, pero la permanencia de estas acciones en el tiempo es más frágil, pues los individuos no cooperarán para mantenerlas porque no las consideran propias o porque se les crea um rechazo y una resistencia a continuar aceptándolas (BRECEÑO – LEÓN, 1996, p. 2).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, vem-se à tona a referência feita pelos ACEs sobre a importância da participação e envolvimento de todos os atores sociais, por meio da participação de associações de bairro, da igreja e de crianças e adolescentes, que se configuram num canal de comunicação que poderia favorecer a relação entre o serviço e o morador e aumentar a adesão ao trabalho, refletindo na prevenção e controle não só da dengue, mas de diversas doenças.

Com isso, observa-se também que os órgãos de saúde devem procurar novas estratégias, como campanhas educativas baseadas na organização e conhecimentos das comunidades, e também a necessidade de mudança no perfil do agente responsável pelo controle de dengue, fato esse já observado no estudo de Chiaravalloti Neto *et al.*

REFERÊNCIAS

ACIOLI, M. D.; CARVALHO, E. F. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: As ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, sup. 2, p. 59-68, 1998.

BAGLINI, V. *et al.* Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1142-52, 2005.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 3ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/12**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

_____. Fundação Nacional da Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRICEÑO-LEON, R. *Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, 1996.

CAPRARA, A. *et al.* *Irregular Water Supply, Household Utilization and Dengue: a Bio-Social Research From Northeast Brazil*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, 2009.

CHIARAVALLOTI NETO, F.; MORAES, M. S.; FERNANDES, M.A. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. **Cad Saúde Pública**, v. 14, sup. 2, p. 101-9, 1998.

CLARO, L. B. L.; TOMASSINI, H. C. B.; ROSA, M. L. G. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, 2004.

FERREIRA, I. T. R. N.; VERAS, M. A. S. M.; SILVA, R. A. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, dec. 2009.

LENZI, M. F.; COURA, L. C. Prevenção da dengue: a informação em foco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 37, n. 4, p. 343-50, 2004.

MACIEL, I. J.; SIQUEIRA JUNIOR, J. B.; MARTELLI, C.M.T. Epidemiologia e desafios no controle do dengue. **Revista de Patologia Tropical**. v. 37, n. 2, p. 111-130, 2008.

MIRANDA, M. S. L. **Abordagem Eco-bio-social no contexto da dengue**: O que os atores sociais (stakeholders) têm a dizer? Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

NATAL, S. *et al.* Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, p. 65-77, 1999.

OLIVEIRA, M. V. A. S. C. A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe: uma ciranda que acaba de começar. **Revista aps**, v. 7, n. 2, p. 66-79, 2004.

RANGEL-S, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface (Botucatu)**. v. 12, n. 25, p. 433-41, 2008.

RAUPP, B. *et al.* A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível? In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 207-216.

SALES, F. M. S. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icaraiá, Caucaia, Ceará. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 13, n. 1, 2008.

SANTOS-GOUW, A. M.; BIZZO, N. A. **Dengue na escola**: contribuições para a educação em saúde da implementação de um projeto de ensino de ciências. Anais do VII Enpec - Encontro Nacional de Pesquisadores em Educação em Ciências Centro de Cul-

tura e Eventos da UFSC novembro 8, 2009 – novembro 13, 2009.

SANTOS, S. L.; AUGUSTO, L. G. S. Modelo multidimensional para o controle da dengue: uma proposta com base na reprodução social e situações de riscos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 177-96, 2011.

SANTOS, S. L. **Abordagem ecossistêmica aplicada ao controle da dengue no nível local**: um enfoque com base na reprodução social. Tese (Doutorado em Programa de Pós Graduação em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2009.

SOUZA, C. T. V; NATAL, S.; ROZEMBERG, B. Comunicação sobre prevenção da tuberculose: perspectivas dos profissionais de saúde e pacientes em duas unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. **Revista da ABRAPEC**, v. 5, n. 1, 2005.

TAUIL, P. L. *Urbanization and dengue ecology*. **Cad. Saúde Pública**, v. 17 sup., p. 99-102, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **A Educação Popular como Instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias**. Tese (Doutorado em Medicina Tropical). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

WINCH, P. *et al. Beliefs about the prevention of dengue and other febrile illness in Mérida, México*. **J. Trop. Med. Hyg.**, v. 94, p. 377-87, 1991.

APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: PESQUISA-AÇÃO SOBRE PROCESSO DE TRABALHO E TECNOLOGIA EM SAÚDE

Carlos Garcia Filho

José Jackson Coelho Sampaio

Davi Queiroz de Carvalho Rocha

Rafael Baquit Campos

INTRODUÇÃO

A atenção psicossocial territorial propôs uma inversão do modelo de atenção à saúde mental brasileira. A centralidade do hospital foi substituída pela capilaridade de serviços com base territorial. Para consolidar essa nova lógica de atenção são necessárias novas formas de organizar o processo de trabalho em saúde mental, fortalecendo o desenvolvimento de sua perspectiva interdisciplinar, horizontal, democrática e resolutiva (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Uma possibilidade de arranjo para o processo de trabalho, coerente com esses objetivos, é baseada nos conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial (CAMPOS, 1999). Essa maneira de estruturar o cuidado em saúde mental de modo colaborativo é realizada, nesse caso específico, integrando as equipes da Estratégia da Saúde da Família e de saúde mental (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

O apoio matricial é um dispositivo de gestão de saúde mental recentemente disseminado pelo Ministério da Saúde e adotado pelas equipes para organização de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004). Contudo, já é reconhecido como dispositivo valioso para instituição de novos modos de cuidado em saúde e com grande potencial de resolutividade (JORGE; SOUZA; FRANCO, 2013).

O estudo das tecnologias leves em saúde ocupa lugar central na compreensão das mudanças institucionais relacionadas ao processo de reestruturação produtiva no setor saúde (MERHY, 2002). Portanto, existe potencial heurístico na análise do apoio matricial sob a perspectiva das intervenções tecnológicas.

O objetivo desta pesquisa é compreender como são instituídas as mediações técnico-assistenciais, políticas e ideológicas entre equipe de referência e de apoio matricial na atenção à saúde mental.

TRATAMENTO METODOLÓGICO

A pesquisa qualitativa sobre políticas e gestão pública enfrenta o desafio teórico e metodológico de conciliar a necessidade científica de compreender fenômenos complexos com a urgência política de oferecer soluções concisas e operacionalizáveis. Uma proposta de construção do conhecimento que engaje política, pesquisa e prática é fundamental para o desenvolvimento e a análise de novas intervenções na esfera pública (TORRANCE, 2011).

A definição de pesquisa-ação não é simples. De fato, pode ser melhor caracterizada como um estilo de pesquisa do que como um método específico. Seu foco está, principal-

mente, na ação e na busca de soluções para problemas concretos. A participação necessária para a intervenção implica em um tensionamento da fronteira estática entre pesquisador e pesquisado. Essa abordagem mostra-se útil para pesquisar inovações em saúde, tanto no campo organizacional quanto político, pois é capaz de implantá-las e avaliá-las de modo crítico, colaborativo e democrático (MEYER, 2009).

O desenho geral da pesquisa realiza estudo de caso, qualitativo, sob a lógica da pesquisa-ação, para expressão narrativa das ações de apoio matricial em saúde mental em seis equipes da Estratégia da Saúde da Família-ESF do Município de Iguatu. A escolha desse campo de pesquisa baseou-se em sua disponibilidade. Três dos pesquisadores são funcionários da rede municipal de saúde, seu engajamento na atenção e gestão da saúde e sua disposição para implementar novas práticas nesse campo estão alinhados com os pressupostos da pesquisa-ação.

O estudo realizado entre maio de 2014 e junho de 2015, teve como procedimentos de investigação a observação, a ação e a reflexão sistematizadas em forma de narrativa, desempenhadas por três profissionais/pesquisadores engajados na prática do matriciamento. Um grupo focal com profissionais das equipes de referência e de apoio matricial foi realizado para discussão e avaliação da narrativa dos pesquisadores.

Para interpretação dos dados, foram utilizados os procedimentos de análise do discurso como propostos por Orlandi (1999), com as adaptações de Sampaio (1998). Considera-se, portanto, o discurso como uma mediação por meio da linguagem entre o homem e a realidade social e natural para produção de significado.

Essa pesquisa é um recorte do projeto “Articulação entre Epidemiologia e Planejamento em Saúde: estudo interdisciplinar de caso em Iguatu-CE”. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Universidade Estadual do Ceará-UECE, com o parecer favorável do CEP/UECE, parecer nº 634.119.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iguatu localiza-se no centro da região Centro-Sul do Ceará. A área do município é de 1.029,214 km². A população atingiu 100.733 habitantes em 2014. Em 2010, o Produto Interno Bruto-PIB a preços correntes de Iguatu ultrapassou 760 milhões de reais. O setor de serviços contribuiu com 69,95% desse valor, seguido pela indústria (14,30%) e agropecuária (3,92%). O PIB *per capita* foi de R\$ 7.906,82. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM em 2010 foi 0,677. Em relação aos dados de 1991 (0,394) e 2000 (0,546), o indicador elevou-se do estrato muito baixo para o médio (IBGE, 2015).

A taxa de analfabetismo funcional na população de 15 anos de idade ou mais apresentou redução de 30,79% (2000) para 23,17% (2010). Observa-se importante melhoria desse indicador, contudo ele persiste em condição inferior ao resultado estadual em 2000 (26,54%) e 2010 (18,78%). Em 2010, a taxa de escolarização líquida no Ensino Fundamental foi de 90,6% em Iguatu e de 91,4% no Ceará. No Ensino Médio, a taxa foi de 52,9% no Município e de 47,8% no Estado (CEARÁ, 2013).

A transição epidemiológica acompanha a transição demográfica. O perfil de mortalidade é caracterizado pelo

avanço das doenças crônicas não transmissíveis e pela diminuição das doenças infectocontagiosas. As causas externas, principalmente acidentes com motocicletas emergem como causa de óbito importante entre adultos jovens. A mortalidade infantil foi reduzida e concentra-se no período neonatal precoce (DATASUS, 2015).

A contextualização histórica do Sistema Único de Saúde-SUS no Município revela pioneirismo e capacidade de inovação. A implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde-PACS, do Programa Saúde da Família-PSF, do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS e da Escola de Saúde Pública de Iguatu-ESPI indica protagonismo regional e nacional, que se torna mais relevante quando colocado no contexto socioeconômico adverso que caracteriza, a grosso modo, o sertão cearense.

O CAPS geral foi o primeiro dispositivo da rede de atenção psicossocial instalado no Município em 1991. Atualmente, a rede é composta por CAPS infantil, CAPS álcool e drogas, Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil-UAI, Residência Terapêutica e sete leitos de internação psiquiátrica em hospital geral.

A experiência do apoio matricial analisada foi disparada pela implantação da Residência Médica em Psiquiatria e pelas Residências Integradas em Saúde em uma parceria da Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP-CE com a Escola de Saúde Pública de Iguatu-ESPI. Esses programas de formação em serviço contribuíram para que novos dispositivos fossem incorporados ao repertório da rede municipal de atenção psicossocial, entre eles, o apoio matricial.

As propostas de matriciamento dos programas médico e multiprofissional apresentaram muitas interfaces, contudo a integração não foi total, principalmente, devido às restrições curriculares sobre a estrutura de semana padrão impostas pela legislação que rege os programas de residência. Os profissionais/pesquisadores dessa pesquisa são integrantes do programa de psiquiatria.

A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS/PESQUISADORES DA EQUIPE DE APOIO

De forma geral, ocorreu resistência à implantação do apoio matricial em saúde mental. As equipes da ESF não desejavam compartilhar com a equipe do CAPS a responsabilidade pela saúde mental, considerada como uma nova responsabilidade, portanto como mais tarefas a serem executadas. A adesão ao matriciamento dependeu da capacidade de sedução da proposta inovadora da equipe de apoio e da imposição do gestor municipal.

A compreensão das equipes de referência e de apoio sobre matriciamento era bastante distinta. Para a equipe de referência, esse dispositivo poderia ser caracterizado como o atendimento ambulatorial individual do psiquiatra na atenção básica, sua perspectiva seria a de receber esse profissional na unidade para melhorar o acesso dos usuários, que não teriam de se deslocar ao CAPS. Para as equipes de apoio, o matriciamento era concebido como um dispositivo para efetivação da atenção psicossocial no território, uma proposta de mobilização crítica para trabalhadores e usuários do SUS para a produção de saúde, porém sem uma clareza sobre quais seriam seus desdobramentos concretos.

Confrontaram-se, portanto, lógicas distintas de atenção à saúde. A dificuldade de estabelecer um acordo conceitual levou à frustração inicial das expectativas de todos os atores. As reuniões entre as equipes abriram a perspectiva mediadora do diálogo. A discussão e o planejamento conjunto das atividades permitiu equalizar os aspectos coletivos e individuais, estratégicos e táticos, da atenção à saúde. Esse processo não foi isento de tensões, contudo permitiu que o dispositivo fosse efetivado em cinco das seis equipes selecionadas para essa experiência.

Em uma das unidades de saúde não foi possível realizar as atividades de apoio matricial. O diálogo com a equipe sofreu forte interferência da enfermeira responsável pela unidade, que, de modo explícito, liderou um boicote aos profissionais/pesquisadores, mobilizando a equipe para não participar das ações de saúde mental propostas para ocorrer no território adscrito da unidade. O gestor não utilizou mecanismos de poder para pressionar a equipe a aceitar o matriciamento, pois não considerou essa imposição coerente com a perspectiva emancipadora do dispositivo.

A unidade com maior adesão da equipe de referência, e da comunidade, ao apoio matricial estava localizada em zona rural. Os profissionais/pesquisadores não entraram em consenso se a receptividade seria uma característica da organização do trabalho e da comunidade em zona rural, considerando que a ESF surgiu nesse contexto e estaria melhor adaptada a ele do que à zona urbana, ou se foi um acaso.

O papel desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde-ACS foi essencial para o apoio matricial. Seu conhecimento profundo sobre a comunidade e as pessoas

que vivem nela enriqueceram as possibilidades de intervenção. Em algumas situações, o ACS conhecia o usuário em sofrimento psíquico desde sua infância. O potencial para mobilização social e o reconhecimento de sua autoridade pela comunidade facilitaram a articulação das atividades em grupo. A pequena rotatividade dessa categoria pode contribuir para a sedimentação da prática do matriciamento nas equipes de referência.

Os profissionais/pesquisadores estão cientes de que a reflexão crítica não faz parte do cotidiano das equipes de saúde de referência, pois a organização do processo de trabalho em saúde na atenção básica é, tradicionalmente, focada na tarefa e alienante. O próprio matriciamento é concebido dentro da lógica programática, devendo existir, portanto, um dia específico para atender à demanda de saúde mental, enfraquecendo a integralidade que se imagina inerente ao apoio matricial.

A agenda das equipes sinaliza que o apoio matricial não faz parte de sua rotina, mesmo sob a lógica fragmentadora dos programas de saúde. Reuniões, atividades em grupo ou mesmo visitas domiciliares e atendimentos individuais foram consistentemente desmarcados devido ao choque de horário com ações incorporadas à agenda da equipe em momentos posteriores. Os profissionais/pesquisadores atribuem essa desvalorização à grande demanda de disposição, envolvimento e empenho que o apoio matricial exige dos profissionais de saúde. Esse dispositivo pressupõe um esforço de reflexão, diálogo e criatividade a que o trabalhador não está habituado e que pode gerar resistência.

O escopo das ações de apoio matricial foi bastante amplo e flexível. O atendimento ambulatorial e a visita

domiciliar foram as mais frequentes, contudo ocorreram de forma compartilhada, envolvendo, em sua maioria, os membros da equipe de referência. Reuniões conjuntas de planejamento e avaliação, grupos terapêuticos com a comunidade e com os trabalhadores, discussão estruturada de casos clínicos com a equipe de referência e atividades de educação em saúde para a equipe de referência foram realizadas. O apoio matricial, portanto, não se concretizou como um conjunto estanque de ações impostas à equipe de referência, mas como uma proposta de trabalho colaborativo.

A transformação de experiências existenciais como a dor, a enfermidade, a doença e a morte em um conjunto de barreiras ao bem-estar que devem ser combatidas por meio do consumo de produtos e serviços monopolizados pela instituição médica é uma característica das concepções ocidentais contemporâneas sobre saúde, doença e atenção à saúde (ILLICH, 1975).

A possibilidade de subversão do matriciamento em uma estratégia de medicalização de comportamentos e do sofrimento psíquico foi uma preocupação constante dos profissionais/pesquisadores. A pressão das equipes de referência para a resolução de demandas individuais emergentes, as crises e os pacientes graves, condicionaram a agenda da equipe de apoio, atribuindo aos atendimentos individuais e visitas domiciliares o *status* de principais ações de matriciamento.

Sobre a medicalização, é necessário relatar que um médico da atenção básica se recusava a atender os portadores de transtorno mental, limitando-se à renovação de receitas de psicotrópicos, o que se constitui como um absurdo da

reificação do medicamento e da alienação da prática médica. Ironicamente, a tarde dedicada à transcrição de prescrições era registrada no cronograma do médico como “turno da saúde mental”. Os profissionais/pesquisadores não obtiveram sucesso em interromper essa prática, tornando necessária a intervenção do gestor para desligar esse profissional da unidade.

Os profissionais/pesquisadores reconheceram que sua capacidade de intervenção frente à complexidade dos casos clínicos é muito restrita. O caso concreto de uma usuária de múltiplas drogas, portadora de comorbidade ansiosa, agredida por companheiro portador de comorbidade antisocial com vários incidentes e conflito com a lei, vivendo em extrema pobreza com seus filhos pequenos, sem casa, sem trabalho e sem comida ilustra o desafio às intervenções das políticas públicas.

Como alternativa, redirecionou-se a atenção à saúde, substituindo a perspectiva, ou talvez ilusão, da medicalização e da cura pelo cuidado e redução de danos. Esse redirecionamento exigiu mudanças na organização do processo de trabalho, favorecendo o diálogo, a cooperação e o compartilhamento de responsabilidades. Essas são mudanças que estão em curso e não são imunes a contradições, inclusive internas às profissões de saúde e a defesa de seus interesses, geralmente, alinhados com a fragmentação do sujeito para melhor adequação a interesses corporativos.

A superação da lógica corporativa envolve uma opção do trabalhador por não se reter às especificidades do núcleo de sua profissão, mas considerar-se um trabalhador de saúde. O apoio matricial mostrou-se importante na construção da

subjetividade dos trabalhadores, inclusive, dos profissionais/pesquisadores.

Antes da implantação do apoio matricial, não ocorreu planejamento formal para o dispositivo, com definição clara de objetivos e estratégias. O Plano Municipal de Saúde indica que, até 2017, o matriciamento em saúde mental deve ocorrer em todas as unidades de saúde, contudo esse documento de gestão não traz referências à sua operacionalização.

Constata-se que as relações dialéticas, entre a equipe de referência e a de apoio, entre equipes e usuário, entre profissionais e equipes, constituem processo orgânico de planejamento e gestão colaborativos, com potência para, após um ano de experiência, demonstrarem-se valiosos para o direcionamento e a organização da atenção à saúde mental sob a lógica psicossocial territorial.

A PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA EQUIPE DE REFERÊNCIA

Os trabalhadores da equipe de referência reconhecem que o apoio matricial depende de sua colaboração ativa, inclusive por se tratar de um processo pedagógico. Colocar-se à disposição para conhecer seus problemas e aprender a resolvê-los, ou seja, refletir sobre seu processo de trabalho e agir para modificação da realidade emerge como uma situação nova para a equipe:

“Isso aqui é novo e tudo que é novo é difícil. Dificuldade a gente vai encontrar mesmo. Por que é um trabalho a mais. A gente vai ter que trabalhar, sabendo a demanda, conhecendo seus próprios problema

e tentando a resolver. Por que na verdade o matriciamento é isso. Ele ensina você a resolver os problemas. Pelo menos foi isso que a gente aprendeu.” (Enfermeira 1)

Esse “*trabalho a mais*” não se resume a atender aos usuários em sofrimento psíquico, mas refere-se, principalmente, a pensar antes de agir, planejar, uma característica essencial de todo processo de trabalho não alienado (GIOVANELA, 1991). A opção por rotinas padronizadas obscurece a resistência de alguns trabalhadores de se apropriarem de seu processo de trabalho. Uma falha no fluxo de informações estimula a imobilidade:

“Eu tive casos que encaminhei para o CAPS, casos em crise, e eu não tive nenhuma contrarreferência do CAPS. Como é que a gente vai saber o que aconteceu? A conduta? A medicação prescrita? O que é que vai acontecer com esse paciente? É muito difícil o CAPS dar contrarreferência para um profissional. Mas, eu acho que isso deveria acontecer, ser repassado.” (Enfermeira 2).

Reduzir o fluxo de informações entre CAPS e unidade básica de saúde ao preenchimento de fichas de referência e contrarreferência é coerente com a postura da profissional diante do “*que aconteceu*” e do “*que vai acontecer*” com o usuário, ou seja, usar a “*medicação prescrita*”, reduzir o cuidado em saúde ao uso de um medicamento psicotrópico. O contraponto mostra que a pactuação informal de um fluxo alternativo de informações, por exemplo uma ligação telefônica, pode agregar muita efetividade à comunicação, superando o fluxo engessado das fichas de referência:

[...]. Eu encaminho o paciente e a recepcionista [do CAPS] pergunta quem é o ACS? Quem é a enfermeira? Na hora que chega um problema lá, ela pega a lista e liga. Ela diz, olha, fulana, aqui é do CAPS e então dá um direcionamento sobre o que deve ser feito [...]. (Enfermeira 1)

A potência pedagógica do apoio matricial foi evidente. A postura diante do transtorno mental e as práticas de cuidado dos usuários foram modificadas positivamente. A Enfermeira 1, que se mostrou criativa ao estabelecer o telefone como meio de agilizar o fluxo de informações sobre os usuários de sua unidade, apresentava, anteriormente, pouco envolvimento com a atenção integral a essas pessoas:

[...]. Antes era só a questão de referência e contrarreferência. Quando a gente precisava de um apoio, a gente encaminhava para o CAPS. O nosso contato com a equipe especializada era esse, não era contato direto. O paciente chegava e o médico ou a enfermeira encaminhava para o CAPS. Muitas vezes chegava um paciente e alguém já dizia, fulano de tal está doido, doido, doido, e a gente fazia logo um encaminhamento ligeirinho para o CAPS, para se livrar do paciente. Não ia nem atrás para saber o que foi que houve, por que aconteceu aquilo. Depois, quando estava na reunião de equipe, alguém comentava, dizia alguma coisa. Você não tomava conhecimento nem do que acontecia no CAP [...]. (Enfermeira 1)

A mudança de comportamento não se restringiu aos profissionais de nível superior. A dimensão relacional da visita domiciliar, uma das principais ferramentas dos ACS, foi influenciada positivamente pelo apoio matricial. É relevante que os momentos pedagógicos são referidos como “conversas” e “reuniões”, o que sinaliza sua opção pelo diálogo e pela construção coletiva do saber:

[...]. Eu não sabia o que era o matriciamento. Depois, nas reuniões, eu aprendi como é que se chega na pessoa. Eu mesmo tinha medo de fazer uma visita em uma casa que tivesse paciente agitado. Eu tinha medo de chegar perto. Aí com as conversas que a gente teve no PSF, fui conhecendo melhor [...]. (ACS 1)

Os trabalhadores da atenção básica, embora conhecendo a função de coordenação do cuidado atribuída a eles pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), não se apropriam desse poder e dessa responsabilidade. A coordenação é definida como “estar ciente” da situação do usuário nos diferentes serviços:

[...]. Por que se a gente for estudar como deve ser, ao pé da letra, a atenção básica deve ser a coordenadora do cuidado. Então, tudo o que acontecer com aqueles pacientes, com aquela população, do território daquela unidade, a equipe de saúde da família tem que estar ciente. É importante que esteja [...]. (Psicóloga)

A própria coordenação do cuidado é colocada em xeque, pois existiria somente “*ao pé da letra*” como curiosidade acadêmica. A relação hierárquica que atribui à prática do serviço especializado valor superior ao do serviço de atenção básica é desdobrada em um conjunto de pares ordenados em uma escala submissão: médico e enfermeiro; enfermeiro e ACS, equipe de saúde e usuário. O autoritarismo corrói o diálogo, a perspectiva do cuidado e a ética profissional:

[...]. Se eu tenho um médico para acompanhar aquele caso, então vai ter uma resolutividade. Agora se eu não tiver uma equipe unida, não tem como. Como no caso de um paciente que usava altas doses de Diazepam. O meu médico disse que ia continuar passando a mesma quantidade, nem ia fazer o desmame, nem trocar por uma medicação para ver se diminuía [...]. (Enfermeira 2)

O médico referido pela enfermeira 2 foi desligado da atenção básica do Município pela gestão. É comum que trabalhadores que enfrentem situações como essa apresentem sofrimento psíquico em seu processo de trabalho. A postura de rigidez diante de inovações, inclusive o matriciamento, da enfermeira 2 pode estar relacionada a uma exposição ao autoritarismo em suas experiências de trabalho. De fato, o Município não se destaca por ações direcionadas à saúde do trabalhador:

[...]. Aqui, no município, ninguém se importa com a saúde do trabalhador. Quando [o psiquiatra profissional/pesquisador] chegou na nossa equipe ele começou a ver

essa necessidade da saúde mental do trabalhador. Porque a gente se preocupava tanto com o paciente, tinha aquela ansiedade, tinha aquela coisa querendo resolver isso, querendo resolver aquilo. Então até nisso [o psiquiatra profissional/pesquisador] ajudou a nossa equipe. Então ele formou um grupo com os funcionários, para começar a ver e começar a falar sobre a gente, sobre nós [...]. (Enfermeira 1)

Os trabalhadores apresentam dificuldade para enunciar seus sentimentos de frustração e seu sofrimento no trabalho. “*Aquela coisa querendo resolver isso, querendo resolver aquilo*” faz o trabalhador adoecer, mas não é considerada tão importante, pois causa surpresa que um profissional aborde a equipe preocupado com “*a gente*”.

A ampliação do apoio matricial para todas as unidades da atenção básica é apontada como essencial pelos trabalhadores. O raciocínio é o da pressão da demanda por mais atendimentos e profissionais, a tarefa é o foco para os profissionais de níveis superior e médio:

[...]. Precisaria de mais profissionais para melhorar. Teria que ser uma coisa permanente. O pessoal inventa as coisas hoje e some. E os pacientes ficam perguntando: ah, cadê o doutor? Ah, cadê a psicóloga? Tudo mundo fica brincando, perguntado cadê nossa psicóloga. Se tivesse mais profissionais melhoraria muito [...]. (ACS 2)

[...] as reuniões que teve com o pessoal de enfermagem, foi uma questão até comen-

tada, o matriciamento, porque só algumas unidades têm e outras não? Eu necessito, eu tenho casos em que a gente precisa dar mais atenção. E, infelizmente, o médico não tem tanto conhecimento em saúde mental e o CAPS, também pela quantidade de profissionais ser pouca, demora para atender aqueles pacientes. E aquele paciente fica sem assistência [...]. (Enfermeira 2)

A intensa influência do modelo biomédico hegemônico, pautado pela medicalização, entre os profissionais da equipe de referência e seu potencial para desvirtuar o matriciamento em demanda por consultas descentralizadas dos especialistas na atenção básica foi identificada nas redes de atenção à saúde de Sobral e Fortaleza por Jorge *et al.* (2012). Portanto, não se trata de característica específica do caso estudado, mas, provavelmente, um fenômeno estrutural.

O apoio matricial não pode ser uma imposição da gestão, ele deve ser uma opção do serviço, em uma das seis unidades abordadas nessa pesquisa ocorreu boicote ativo do enfermeiro da unidade a esse dispositivo. O significado de “assistência” é restrito à tarefa, ou à mera presença do profissional na unidade. Constata-se que a medicalização do cuidado não é exclusividade dos médicos:

[...]. O fluxo de pacientes é enorme, é muito intenso, e a equipe talvez não dê de conta de fazer isso sozinho. O paciente retorna para sua comunidade, e aí? Renovação de receita, o paciente perde a receita? Controlar a medicação. E aí? [...]. (Enfermeira 2)

Essa postura não se deve apenas à disseminação genérica da concepção hegemônica de saúde e de doença ou a uma disposição pessoal da Enfermeira 2. O Município, desenvolveu sua primeira experiência com o matriciamento alinhada com a medicalização e precarização da atenção à saúde:

[...]. O psiquiatra disse: gente, eu não tenho condições, eu sou um só e exclusivo para cá. Deu abertura e tacou um treinamento de um dia inteiro para a gente, médico e enfermeiro. Então, ficou combinado que a gente tinha que aprender a conhecer os nossos casos [também da saúde mental] e tentar fazer alguma coisa. Porque o CAPS estava sobrecarregado [...]. (Enfermeira 1)

A dimensão relacional foi identificada como essencial para a integralidade do cuidado. Embora as marcas da hierarquia entre médico e enfermeiro sejam evidentes, a médica “propõe” enquanto a enfermeira “repassa”, o respeito entre ambos permite o diálogo:

[...]. A minha médica, desde o início, por tudo o que a gente repassa, sempre teve muito respeito. A gente tem respeito quanto ao que ela propõe, como ela também tem esse respeito quanto a cada um de nós e quanto à equipe. A gente sempre se reúne em equipe e tudo o que a gente decide é em equipe [...]. (Enfermeira 1)

Outras características capitais para o matriciamento são também relacionadas à postura da equipe. A importância de equipamentos, medicamentos, fluxos e rotinas padronizadas é relativizada:

[...]. O comprometimento e a participação dos diferentes profissionais, porque a gente sabe que o dentista vai lidar com paciente com transtorno mental mais cedo ou mais tarde, o nutricionista vai precisar lidar também, a agente de saúde e assim por diante. Todo mundo tem que saber lidar [...]. (Psicóloga)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática pública de saúde é atravessada por eixos de tensões e contradições. Existe tensão entre a perspectiva estratégica da interdisciplinaridade, caminho para a integralidade da atenção, e o combate tático do corporativismo, cidadela da sobrevivência material de cada profissão. Existe contradição entre os projetos de reconstrução da subjetividade e reabilitação social e as condições para sua realização em uma sociedade que fundamenta sua produção de riqueza na alienação do trabalhador e na negação de sua subjetividade.

Os contextos concretos de tensões e contradições das práticas de saúde impõem a trabalhadores, usuários e gestores grandes desafios, destaca-se que muitos deles ultrapassam suas possibilidades de intervenção. O apoio matricial emerge como um dispositivo capaz de amparar esses atores na busca por superar, ou ao menos amenizar, essas contingências por meio da transformação de suas relações de saber e poder.

O discurso do grupo focal ressoou a narrativa dos profissionais/pesquisadores. O apoio matricial instiga os trabalhadores a repensar suas concepções de saúde e doença

e suas práticas. Mas o desejo por reflexão e inovação não se distribuiu de modo uniforme na equipe. Alguns profissionais apresentaram resistência à implantação do dispositivo, optando pelo conformismo diante da situação atual do processo de trabalho.

O diálogo foi bastante eficaz para mediar a organização do trabalho da equipe. Ao ser estabelecido um consenso entre a equipe de referência e de apoio matricial sobre os princípios gerais da atenção psicossocial e do matriciamento, observou-se que o planejamento das ações ocorreu de modo orgânico, criativo e flexível.

O Município tem como meta do Plano Municipal de Saúde implantar o matriciamento em saúde mental em todas as unidades de saúde básica até 2017. A execução plena dessa proposta é desafiadora, pois a adesão e colaboração dos servidores é fundamental para que o apoio matricial não se limite a uma tática para filtrar o acesso dos usuários ao CAPS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATASUS. **Informações de Saúde**. Available from: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Access on: 08 Jun. 2015.

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará**.

Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br/>>. Acesso em 23 de outubro de 2013.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CHIAVERINI, D.H. (Org.) *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Banco de Dados Agregados / Sistema IBGE de Recuperação Automática-SIDRA**. Disponível em:<<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/default.asp?z=t&o=1&i=P>>. Acesso em:10 de junho de 2015.

JORGE, M. S. B. *et al.* A transversalidade de olhares na aplicabilidade para o cotidiano do SUS: inovações e potencialidades. In: JORGE, M. S. B. *et al.* (Org.). **Matriciamento em Saúde Mental: múltiplos olhares na diversidade da integralidade do cuidado**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2012. Cap. 10. p. 291-306.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-44,2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MEYER, J. Pesquisa-ação. In: POPE, C.; MAYS, N. (Ed.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 11. p. 135-146.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 1999.

SAMPAIO, J. J. C. *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e

ético. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-94, 2011.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão**: o processo saúde/doença mental como objeto da Epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

TORRANCE, H. *Qualitative Research, Science, and Government: Evidence, Criteria, Policy, and Politics*. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). *The Sage handbook of qualitative research*. 4. ed. Los Angeles: Sage, 2011. Cap. 34. p. 569-580.

TECNOLOGIA EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DO RISCO DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

Rithianne Frota Carneiro
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Geraldo Bezerra da Silva Junior

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal (APN) tem sido foco de investigação no Brasil e no mundo. Desde a medicalização do parto no século XVIII, as políticas relacionadas à saúde materno-infantil vieram se intensificando para abranger desfechos positivos em saúde, desde a concepção até a gestação e o puerpério, que são fenômenos fisiológicos naturalmente esperados no desenvolvimento da espécie humana, mas sujeitos a intercorrências desfavoráveis (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

A APN adequada consiste em prevenir, em diagnosticar, e em tratar eventos indesejáveis na gestação, no parto e no puerpério (UCHOA *et al.*, 2010). Essa atenção é fundamental à redução da morbimortalidade materna e infantil, portanto a qualidade desses cuidados está diretamente relacionada à saúde integral de mães e de conceptos (WHO, 2005).

A APN de qualidade destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido, quando se busca reduzir as taxas de mortalidade materna (MM) e perinatal (COSTA, 2010). O principal objetivo da atenção nesse período é acolher a mulher desde o início da gravidez, propiciando bem-estar materno, fetal e o nascimento de uma criança saudável (BRASIL, 2006).

De acordo com o Manual Técnico para Atenção Qualificada e Humanizada do Pré-Natal e Puerpério (MTAQH), todas as gestantes encaminhadas para os diferentes serviços de saúde deverão levar consigo o Cartão da Gestante (CG), portando as informações sobre o motivo do encaminhamento e os dados clínicos de interesse. Da mesma forma, deve-se assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, que está de posse de todas as informações necessárias para o seu seguimento. O CG é um instrumento de informação que garante o vínculo das Unidades Básicas de Saúde (UBAS) aos hospitais, às maternidades, às casas de parto, às residências de parto domiciliar (feito por parteira) de referência e aos serviços diagnósticos, conforme definição do gestor local (BRASIL, 2002). Todas essas informações sobre o seguimento da gestante devem ser anotadas no prontuário e no CG, como parte da atenção qualificada e humanizada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

O CG foi criado no Brasil em 1988, com o propósito de armazenar informações, facilitando a comunicação entre os profissionais que realizavam a APN, e os que realizavam o parto nas maternidades (BRASIL, 1988). O preenchimento do CG é obrigatório a partir da primeira consulta de pré-

natal (PN), e este deve ser entregue à gestante, que deve portá-lo sempre, sendo fundamental para sua referência e contrarreferência (BRASIL, 2005). O Enfermeiro deve orientar as mulheres e aos seus familiares sobre a importância do PN, realizar o cadastramento da gestante no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e fornecer o CG devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta) (BRASIL, 2012).

À medida que o parto se tornou mais seguro para a mulher, o foco de atenção para redução de risco tornou-se o feto, fazendo com que os profissionais de saúde se tornassem advogados fetais, devendo monitorizar, avaliar e julgar o comportamento materno em relação ao feto, o que pode estar refletindo na prioridade de registro das informações no CG (JORDAN, 2009).

O processo de tomada de decisão em saúde pública é diretamente dependente da disponibilidade de informações. A informação, habitualmente, é resultante da geração, análise e divulgação de dados que são processados pelos sistemas de informação. Os sistemas de informação, no entanto, não funcionam adequadamente e, por serem fragmentados e complexos, não são capazes de responder às necessidades particulares dos países e não atendem às expectativas globais (ABOUZAHIR, 2005).

Assim, o registro da atenção prestada à gestante espelha a prática de saúde e estabelece a ligação entre a estrutura de atendimento e os resultados da atenção, bem como a qualidade desses registros refletem na APN prestado e influencia as condutas subsequentes (DOOLEY, 2012).

De acordo com o estudo de Barreto (2012), o CG é subutilizado como instrumento de intercomunicação profissional na assistência pré-natal ao parto e puerpério, em relação às determinações do MTAQH ao PN e puerpério. O autor evidenciou discordâncias entre o registro no CG e a informação verbal da mulher puérpera em relação ao uso de antibioticoterapia e hospitalizações durante a gestação, que devem ser motivo de preocupação, não apenas por romper a filosofia da APN, mas, sobretudo, pelo peso dessas informações na assistência ao parto e ao puerpério.

Assim, a falta de registro das informações no CG faz com que seja rompida a integração entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, o que é crucial, uma vez que, mesmo nos casos em que houve acompanhamento PN adequado, com ou sem agravos associados, a indisponibilidade das informações referentes a esse período causa uma ruptura da história gestacional, fragilizando assim todas as ações realizadas até o momento do nascimento, interferindo na qualidade do PN.

Dalmáz *et al.* (2011) afirmam que mulheres assistidas no PN adequadamente são detectadas os possíveis fatores de risco de forma precoce, portanto, elas podem assumir ações preventivas, diminuindo a chance de desenvolver a síndrome hipertensiva. Caso contrário, as mulheres têm um aumento de quatro vezes no risco de desenvolver complicações da HA. Para nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que relatou esta associação no Brasil. Um estudo anterior realizado por Audibert *et al.* (2010) em uma população brasileira revelou que o baixo grau de escolaridade e nível socioeconômico são fatores que dificultam o acesso ao

PN. Os resultados desses implicam na necessidade imperante de re(planejamento) de estratégias de acesso das mulheres ao sistema de saúde, com vista à promoção de sua saúde e bem-estar, sobretudo impactando na redução da taxa de morbimortalidade materna e perinatal.

Organizações Internacionais, Nacionais e pesquisadores apontam que, alguns dos principais problemas associados à baixa redução da MM em alguns países podem estar relacionados ao baixo acesso ao planejamento reprodutivo, à baixa qualidade do PN e à falta de busca ativa de gestantes faltosas às consultas (CEARÁ, 2014).

O número de mortes maternas de um país se constitui em um dos indicadores de sua realidade social, inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano, um desafio para os serviços de saúde, os governos e a sociedade. Os índices da MM nos países em desenvolvimento são preocupantes. Porém, apenas 5% dos países desenvolvidos, como por exemplo, os Estados Unidos e o Canadá apresentam dados inferiores de 9 (nove) óbitos por 100 mil nascidos vivos (CEARÁ, 2014).

No Brasil, desde o final da década de 1980, iniciativas vêm sendo desenvolvidas com o propósito de melhorar a cobertura e a qualidade das informações sobre mortes maternas. As duas principais causas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão arterial (HA) e a hemorragia (causas diretas). Entre as causas indiretas, a de maior importância epidemiológica tem sido a doença do aparelho circulatório. Para o Ministério da Saúde, na pré-eclâmpsia e em síndromes hemorrágicas há alto índice de morte materna (BRASIL, 2007).

Entre 1990 e 2010, no Brasil, as alterações no padrão de causas específicas de morte materna mostram uma redução de 66,0% no risco de morrer por HA; de 69,3% por hemorragia; de 60,4% por infecção puerperal; de 81,9% por aborto; e de 42,5% por doenças do aparelho circulatório que complicam a gravidez, o parto e o puerpério, mostrando que apesar de todo o avanço na tentativa de redução da RMM continuamos ainda com os índices elevados de MM aquém das metas estabelecidas (BRASIL, 2010).

Quando se analisa a RMM por Coordenadoria Regional de Saúde no Estado do Ceará (CRES), 5 (22,7%) foram considerados como muito alta, ou seja, com RMM acima de 150 óbitos por 100.000 nascidos vivos (NV) - Caucaia, Sobral, Tauá, Crateús e Camocim. Foram consideradas como de alta mortalidade entre (50 a 149 óbitos) por 100.000 NV 12 (54,5%) CRES: Fortaleza, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Tianguá, Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte e Cascavel. As 4 (18,1%) CRES, com média mortalidade entre (20 a 49 óbitos) foram: Canindé, Maracanaú, Limoeiro do Norte e Acaraú (CEARÁ, 2014).

No Ceará, entre os anos de 1998 a 2013, foram confirmadas 1.892 mortes maternas por causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias, sendo 1.724 por causas obstétricas diretas ou indiretas, com uma média da RMM, no período, de 78,9 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) (CEARÁ, 2014).

Em 2013, até fevereiro de 2014, foram confirmadas 117 mortes maternas, sendo 76 óbitos maternos declarados

e 41 de Mulheres em Idade Fértil (MIF), confirmadas como mortes maternas há registros de óbitos maternos em 15 (68,1%) das regionais de saúde e dos 60 (32,6%) nos municípios do Estado. O município com maior número de mortes maternas foi Fortaleza (CEARÁ, 2014).

Dentre as causas obstétricas diretas confirmaram-se, no período de 2010 a 2013, 263 mortes maternas, se destacando, em ordem decrescente, a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), 82 (31,2%), seguida das outras causas obstétricas diretas 77 (29,3%) que são as complicações do trabalho de parto e do pós-parto, que em uma análise mais detalhada poderiam ser enquadradas em causas específicas como SHEG, hemorragia antes do parto e pós-parto ou mesmo infecções puerperais (CEARÁ, 2014).

Comparando os dados anteriores com os anos de 2011 e 2012, a principal causa de morte, representando a metade dos óbitos maternos, foi por causas obstétricas diretas, destacando-se a SHEG (48,3%), principalmente a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia. Em segundo lugar, destacam-se as síndromes hemorrágicas antes e pós-parto, contribuindo com 23% dos óbitos, seguida pelo aborto (9,3%) e pelas infecções puerperais (6,7%) (CEARÁ, 2011). Enfatiza-se que a principal causa de morte representando 32,1% foi a SHEG, sendo a eclâmpsia, pré-eclâmpsia, e hipertensão materna, as principais causas (CEARÁ, 2012).

A diminuição da mortalidade infantil é uma das metas do milênio (USA, 2011). No Brasil, a mortalidade infantil ocorre principalmente no período neonatal, e sua diminuição exige o aprimoramento dos cuidados de PN e da qualidade assistencial no momento do parto. Essas medi-

das têm sido prioritariamente previstas e propostas para as Regiões da Amazônia Legal e Nordeste, onde a mortalidade infantil é mais elevada (VICTORA *et al.*, 2011).

Portanto, permanecem os desafios para alcançar os objetivos do milênio, com os quais o Brasil se comprometeu: alcançar cobertura da atenção ao PN, parto e puerpério; melhorar a qualidade da atenção na gestação, parto e puerpério; diminuir as complicações decorrentes da gravidez indesejável, por meio de uma política adequada de reprodução; incentivar o parto normal e redução da cesárea desnecessária; fortalecer institucional e politicamente os comitês de prevenção à morte materna (CEARÁ, 2014).

Além de ser um instrumento para o registro de dados do PN, parto e puerpério, o CG, também poderia ser uma Tecnologia Educativa (TE) com o objetivo de promover a saúde da gestante por meio de medidas de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HA e de outros agravos à saúde, durante o ciclo gravídico-*puerperal*. Como TE, possibilitaria a equipe de saúde na manutenção de um controle rigoroso da gestante às condutas de PN, identificando os fatores de risco da HA, orientando quanto às necessidades de prevenção e/ou controle de alterações e, conseqüentemente, contribuindo para a redução da MM e perinatal.

Merhy (2002) refere-se à tecnologia como saber que, se já tem a grande qualidade de propiciar atos técnicos (transformações das coisas por sua intervenção manual), é construído, valorizado e visto, sobretudo, pelo que possui de conhecimento complexo: “um conhecimento do tipo teoria, uma teoria sobre práticas ou modos de praticar”.

Merhy (2002), ao propor: as tecnologia leves, que associa as relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; as tecnologia leveduras, que seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo; e as tecnologia duras, quais sejam, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais.

A visão de tecnológica na área da saúde, como área de conhecimentos e práticas, teve início nos anos 70 nos Estados Unidos, vinculada às atividades do legislativo americano e a seguir se desenvolveu nos países da Europa Ocidental como parte da gestão dos sistemas de saúde, notadamente naqueles com sistemas de saúde pública e de cobertura universal (Suécia, Holanda, Reino Unido) (BANTA 1993).

No Brasil, o incentivo à pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde consta na Lei Orgânica da Saúde desde 1990, e políticas científicas e tecnológicas específicas para a área da saúde foram iniciadas em 1994 (BRASIL, 1994). A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTISIS), formalizada em 2004, incluiu estratégias que envolvem tecnologias em saúde como instrumento que contribui para o aprimoramento da capacidade regulatória do Estado na incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde.

A PNCTISIS é parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), formulada no âmbito do SUS. Essa política é pautada nos princípios constitucionais do SUS devendo corresponder ao compromisso político e ético com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em consonância com o controle social.

O compromisso de combater a marca da desigualdade no campo da saúde (aumentar os padrões de equidade do sistema de saúde) deve ser o primeiro fundamento básico da PNCTISIS e deve orientar todos os seus aspectos, todas as suas escolhas, em todos os momentos, possuindo como objetivo maior, contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País.

A PNCTISIS adota como diretriz a necessidade de aumentar a capacidade indutora do sistema de fomento científico e tecnológico. Como recomendou a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (1994), concordamos que a pesquisa em saúde deve aproximar-se da PNS, então devemos propor o aumento de sua capacidade de induzir, com base numa escolha racional de prioridades.

No Brasil, o setor público procurou dar conta da produção e oferta contínua de novas tecnologias em saúde que geram forte demanda para sua incorporação no SUS pelos profissionais, gestores e população, em um cenário de recursos financeiros e de gestão sempre insuficientes, sendo responsável por manter um sistema de atenção à saúde efetivo, eficiente e equitativo. A contínua construção e redefinição das instâncias e formas pelas quais o setor público se organizou são semelhantes ao observado em outros países. Desde os anos 80, organizações ou instâncias responsáveis pela realização e uso das tecnologias em saúde foram implantadas por países desenvolvidos, com o objetivo de orientar a introdução de intervenções efetivas nos serviços de saúde, contextualizadas aos processos decisórios (GARRIDO, 2008).

Mediante a problemática da morbimortalidade materna e perinatal associada à síndrome hipertensiva, à necessidade de intervenções educativas com vista à prevenção e/ou controle dos fatores de risco dessa síndrome, e à utilização do CG somente como instrumento de registro de informações, optou-se por este estudo com o objetivo de construir uma tecnologia educativa na prevenção e/ou controle do risco da hipertensão na gravidez a partir das experiências da Equipe Saúde da Família na assistência pré-natal.

PASSOS METODOLÓGICOS

DESENHO DO ESTUDO

Estudo metodológico de natureza quantitativa por meio de questionário aplicado aos profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) sobre a construção de uma Tecnologia Educativa (TE). Polit, Beck e Hungler (2004) conceituam estudo metodológico como aquele que investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa, centrada no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados com vistas a melhorar a confiabilidade e a validade desses instrumentos.

LOCAL

O estudo foi realizado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) situadas na Secretaria Executiva Regional VI (SER) VI, em Fortaleza-CE. Optou-se por esta SER, por ser a maior, pois atende 29 bairros, com uma população estimada em 600 mil habitantes, correspondendo

a 42% do território de Fortaleza e onde se concentra o maior número de UAPS.

POPULAÇÃO-ALVO

Participaram 90 (noventa) profissionais integrantes das EqSF, lotados nas SER citadas e que acompanhavam o PN a partir de 2 (dois) anos. Dentre os participantes, 68 (sessenta e oito) eram enfermeiros e 22 (vinte e dois) eram médicos, que aceitaram colaborar com a pesquisa.

Vale ressaltar que nas SER havia 94 (noventa e quatro) EqSF, com 188 (cento e oitenta e oito) profissionais, que corresponderam equitativamente ao número de enfermeiros e médicos.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO COLETIVA DA TE ELABORAÇÃO DA TE

A TE foi elaborada com base na literatura sobre as condutas preventivas e de controle dos fatores de risco da hipertensão arterial na gestação. As condutas preventivas incluíam: alimentação saudável – ingestão moderada de sal, uso de gordura vegetal, predomínio de carnes brancas e de vegetais, abstinência ou consumo diário máximo de 100mL de bebida que contém cafeína, fracionamento das refeições diárias (seis); abstenção de vícios – alcoolismo, tabagismo e drogas ilícitas; exercício físico regular, gerenciamento do estresse; sono e repouso adequados; comparecimento sistemático às consultas, uso regular da medicação prescrita (se for o caso), dentre outras.

ENCAMINHAMENTO DA TE À EQUIPE DE SAÚDE PARA CONSTRUÇÃO COLETIVA

A TE foi encaminhada aos participantes do estudo para o registro de suas contribuições, uma vez que, certamente, detinham vasto conhecimento na temática decorrente da experiência no acompanhamento do PN. Para tanto, incluiu-se no estudo, os profissionais envolvidos no acompanhamento às gestantes a partir de 02 (dois) anos.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, contatou-se com os coordenadores das UAPS para dar ciência do estudo e da coleta de dados. A seguir, foram distribuídos os documentos pertinentes à coleta de dados aos profissionais e aprazadas as datas para o recebimento deles. Esses procedimentos ocorreram nos meses de agosto a outubro de 2014.

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados contidos nos instrumentos respondidos pelos participantes foram organizados e processados pelo programa SPSS (*Statistic Package for Science for Social Science*, versão 20), representados em quadros. A análise dos resultados baseou-se na estatística analítica e descritiva, utilizando-se dos testes estatísticos a fim de alcançar os objetivos propostos, sobretudo de validade e confiabilidade do instrumento. Os dados qualitativos gerados das justificativas complementaram a análise dos dados quantitativos.

ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza-UNIFOR sob o Parecer nº 875374. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS) (BRASIL, 2012) que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Os participantes foram orientados sobre a natureza e os objetivos da pesquisa, sobre o anonimato e que poderiam retirar o consentimento no momento que desejassem. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo.

TECNOLOGIA EDUCATIVA NA PREVENÇÃO E/OU CONTROLE DO RISCO DA HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

CONDUTAS PREVENTIVAS E/OU CONTROLE DOS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

<i>Alimentação adequada</i>	
	Uso adequado de sal (evitar linguiça, salsicha. Cozinhar os alimentos com pouco sal).
	Uso de gordura vegetal (margarina).
	Predomínio de vegetais na alimentação diária (comer mais frutas e verduras).
	Predomínio de carnes brancas (comer frango ou peixes, quatro ou mais vezes por semana).
	Redução das massas nas refeições (arroz, macarrão, pão)
	Refeições fracionadas (5 a 6 por dia) - café da manhã, lanhe das 9h, almoço, lanche das 15h, jantar e ceia.
	Uso de adoçantes dietéticos (qualquer marca).
	Uso adequado de café (até 02 xícaras pequenas ao dia).
<i>Abandono de vícios</i>	
	Evitar o uso de cigarro e outras drogas (maconha, crack, cocaína).

	Evitar o consumo de bebidas alcoólicas
	<i>Exercício físico regular (conforme indicação médica)</i> Caminhada ou hidroginástica
	<i>Sono e repouso adequados</i> Sono (08 a 10 horas por noite), Repouso (02 a 03 horas durante o dia)
	<i>Consumo de líquidos adequado</i> Tomar de 08 a 10 copos de líquidos (água, sucos naturais, água de côco). Evitar refrigerantes
	<i>Controle do estresse (buscar opções de lazer)</i>
	<i>Comparecimento rigoroso às consultas de pré-natal</i>
	<i>Medida da Pressão arterial (fora da UAPS)</i>
	<i>Autoexame na busca de edema (inchaço)</i>
	<i>Evitar a automedicação</i>
	<i>Uso regular da medicação prescrita (sefor o caso)</i>

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para possibilitar a análise, agruparam-se os resultados em caracterização dos participantes, construção coletiva da TE, e avaliação geral da Proposta da Tecnologia Educativa.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Tabela 1: Distribuição dos profissionais segundo dados pessoais e profissionais. Fortaleza-CE, 2014. (n = 90)

Dados pessoais e profissionais	<i>f</i>	%
Profissão		
Enfermeiros	68	75,5
Médicos	22	24,5
Sexo		
Masculino	17	18,0
Feminino	73	82,0
Idade (anos)		
Até 39	65	72,2
40 – 59	20	22,2
60 anos ou mais	05	5,6
Tempo de Formação/Exercício Profissional (anos)		
Até 09	47	52,2
10 – 19	28	31,1
20 ou mais	15	16,7
Tempo de atuação na Atenção Básica/Atuação no Pré-Natal (anos)		
02 – 07	60	66,6
08 – 13	15	16,7
14 ou mais	15	16,7
Pós-Graduação		
Especialização	51	56,6
Residência	09	10,0
Mestrado	11	12,2
Doutorado	02	2,2

De acordo com a Tabela 1, a predominância dos participantes da pesquisa era de enfermeiros (75,5%); sexo feminino (82,0%); em relação à EqSF predominou a faixa etária de até 39 anos (72,2%); tempo de formação acadêmica e o exercício profissional até 9 anos era de (52,2%), e de atuação na atenção básica e no acompanhamento PN de 02 a 07 anos é de (66,6%); cursava Pós-Graduação *latu sensu* - especialização (56,6%).

Com relação à avaliação do perfil detectou-se um predomínio de profissionais do gênero feminino sobre o masculino, sendo a feminilização da força de trabalho na enfermagem recorrente (CANESQUI; SPINELLI, 2008). Além da categoria profissional citada por esses autores, o predomínio de mulheres no estudo na opinião de Pinheiro (2012), se deve provavelmente à maior participação da mulher no mercado de trabalho a partir da década de 70, quando houve a conquista de melhores empregos por parte das mulheres mais escolarizadas. Isto seria resultante não só das necessidades e pressões econômicas, como também das transformações demográficas, sociais e culturais pelas quais o Brasil e as famílias brasileiras vêm passando desde meados do século XX. Dentre estes podem ser citados: a queda da taxa de fecundidade, redução do tamanho das famílias; envelhecimento da população com maior expectativa de vida ao nascer, permanecendo uma diferença expressiva entre mulheres e homens; e o crescimento acentuado de arranjos familiares em que a pessoa de referência é do sexo feminino.

CONSTRUÇÃO COLETIVA DA TECNOLOGIA EDUCATIVA (TE)

Conforme o Tabela 2, a maioria dos participantes (enfermeiros e médicos) concordava com as condutas preventivas e/ou de controle da hipertensão na gravidez (HG).

Levando em consideração as orientações para prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HG, é importante destacar que a ação educativa baseada na troca de experiências e conhecimentos de forma ética, flexível, dinâmica, complexa, social, reflexiva, terapêutica, construída na interação entre seres humanos, pode se concretizar como instrumento de socialização de saberes, promoção da saúde e prevenção de agravos (ZAMPIERI *et al.*, 2010).

Mesmo que as orientações tenham sido fornecidas às gestantes pela EqSF nas consultas de PN, realizadas pelo médico e pelo enfermeiro, somente algumas dessas foram abordadas, ocorrendo disparidades nas condutas abordadas à gestante. Dessa forma, para prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HG é necessário que a EqSF aborde todas as condutas e conscientize a gestante da importância de segui-las.

O enfermeiro, como protagonista do processo educativo no PN, tem participação fundamental na qualidade da APN e na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Isso corrobora com o estudo de Andrade (2013) ao afirmar que este(a) profissional é quem melhor desenvolve suas atividades, de forma a atender às necessidades de saúde, mostrando uma maior interação com as gestantes através do acolhimento, da escuta e da relação humanizada prestada.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

De acordo com a Tabela 2, em relação à alimentação saudável, os médicos concordavam totalmente com as condutas em uma variação percentual de 63,6% a 100,0%. Todavia, os enfermeiros manifestaram a mesma opinião em uma faixa de 66,1% a 98,0%, excetuando o *uso de adoçantes dietéticos* (35,2%).

Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros (n = 68) e dos médicos (n = 22) segundo a avaliação das condutas preventivas e/ou de controle dos fatores de risco da Hipertensão na gravidez. Fortaleza-CE, 2014. (n = 90)

Condutas preventivas e/ou de controle dos fatores de risco da Hipertensão na gravidez	Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Discordo	
	E ¹	M ²	E ¹	M ²	E ¹	M ²
	f %	f %	f %	F %	f %	f %
<i>Alimentação saudável</i>						
Ingestão adequada de sal	67 98,0	22 100,0	01 1,4	-	-	-
Ingestão de gordura vegetal	39 57,3	14 63,6	23 33,8	05 22,7	06 8,8	03 13,6
Preferência por vegetais	66 97,0	20 90,9	02 2,9	02 9,0	-	-
Preferência por carnes brancas	62 91,1	20 90,9	06 8,8	02 9,0	-	-
Redução de carboidratos complexos	60 88,2	19 86,3	08 11,7	03 13,6	-	-
Refeições fracionadas (5 a 6/dia)	65 95,5	20 90,9	03 4,4	02 9,0	-	-
Uso de adoçantes dietéticos	24 35,2	12 54,5	34 50,0	10 45,4	10 14,7	-
Uso adequado de café (até 100mL/dia)	45 66,1	13 59,0	19 27,9	07 31,8	04 5,8	02 9,0
<i>Abstenção de vícios</i>						
Tabagismo	57 83,8	20 90,9	02 2,9	01 4,5	09 13,2	01 4,5

Uso de bebida alcoólica	56 82,3	20 90,9	03 4,4	-	09 13,2	01 4,5
Uso de drogas ilícitas	57 83,8	21 95,4	02 2,9	-	09 13,2	01 4,5
<i>Exercício físico regular (Caminhada ou hidroginástica)</i>	67 98,5	22 100,0	01 1,4	-	-	-
<i>Sono e repouso adequados</i>						
Sono (08 a 10h por noite)	68 100,0	22 100,0	-	-	-	-
Repouso (02 a 03h durante o dia)	57 83,8	19 86,5	08 11,7	02 9,0	03 4,4	01 4,5
<i>Ingestão hídrica adequada (a partir de 2.000mL/dia). Água e sucos naturais. Evitar refrigerantes</i>	67 98,5	21 95,4	01 1,4	-	-	-
<i>Gerenciamento do estresse (opções de lazer)</i>	64 94,1	22 100,0	04 5,8	-	-	-
<i>Comparecimento sistemático à consulta de pré-natal</i>	68 100,0	22 100,0	-	-	-	-
<i>Medida da Pressão arterial (fora da UAPS)</i>	56 82,3	17 77,2	10 14,7	05 22,7	02 2,9	-
<i>Autoexame na busca de edema</i>	56 82,3	16 72,7	12 17,6	04 18,1	-	02 9,0
<i>Abstenção da automedicação</i>	67 98,5	20 90,9	01 1,4	02 9,0	-	-
<i>Uso regular da medicação prescrita (se for caso)</i>	65 95,5	22 100,0	03 4,4	-	-	-

¹E- Enfermeiro ²M – Médico

A concordância parcial dos enfermeiros variava de 1,4 a 11,7% nas condutas. Porém, os médicos somente concordaram parcialmente com as condutas em uma faixa de 9,0 a 45,4%, excluindo a conduta ingestão adequada de sal.

Cerca de 10 (31,8%) enfermeiros discordaram do uso de adoçantes dietéticos, 06 (8,8%) da ingestão de gordura vegetal e 04 (5,8%) do uso de 100mL de café diário. Quanto aos médicos 03 (13,6%) discordaram da ingestão de gordura vegetal e 02 (9,0%) de uso adequado do café (100mL).

O período gestacional é uma fase muito importante na vida da mulher e requer alguns cuidados especiais (BERTIN *et al.*, 2006). A gestação é um período que impõe necessidades nutricionais aumentadas, e a adequação nutrição é primordial para a saúde da mãe e do bebê.

Gestantes devem consumir alimentos em variedades e quantidades específicas, considerando as recomendações dos guias alimentares e as práticas alimentares culturais, para atingir as necessidades energéticas e nutricionais, e as recomendações de ganho de peso (WHO, 2005).

A gestação é um período crítico, quando uma boa nutrição é um fator chave para influenciar na saúde de ambos, mãe e bebê. As mulheres necessitam obter um estado nutricional antes e depois da gestação, para aperfeiçoar a saúde materna e reduzir o risco de complicações e doenças crônicas (KAISER; ALLEN, 2008).

Postula-se que a dieta durante a gravidez pode modular na criança o desenvolvimento do sistema imunológico e, mais tarde, doenças alérgicas. Estudos anteriores têm examinado vários fatores dietéticos durante a gravidez, incluindo frutas e legumes, peixes (CHATZI *et al.*, 2006) , e óleo de peixe (OLSEN *et al.*, 2008), manteiga e margarina (NWARU *et al.*, 2009), amendoim (NWARU *et al.*, 2009), e laticínios e consumo de leite (NWARU *et al.*, 2009), em relação à doença alérgica na criança. Recentemente, foi realizada uma análise da relação entre o consumo de leite e iogurte durante gravidez e chiado, asma e rinite alérgica em dinamarquês um estudo de Coorte Nacional Nascimento (DNBC) (MASLOVA *et al.*, 2012). Descobrimos que a mais forte é a associação mais consistente entre maternal

baixo teor de gordura ingestão de iogurte e asma infantil e rinite alérgica. Esses resultados sugeriram um agente causal específico para iogurte de baixo teor de gordura.

O *Institute of Medicine-IOM* (2009) determinou faixas de ganho de peso de acordo com o índice de massa corpórea (IMC) pré-gestacional. Para as mulheres que iniciavam eutróficas, o ganho de peso deve ser entre 11,5–16kg; para as com sobrepeso, entre 7–11,5kg, e para as obesas, no máximo 7kg. Essas limitações têm como objetivo uma gestação saudável e um bom resultado obstétrico e neonatal. Apesar dessa recomendação, não é incomum mulheres ganharem mais peso que o recomendado. Nos últimos 10 anos, vários autores têm relatado altas incidências de ganho de peso excessivo na gestação. Stulbach *et al.* (2007) observaram que 37% das mulheres estavam acima das recomendações do IOM ao término da gestação. Stuebe *et al.* (2009) encontraram 51% de gestantes ganhando peso excessivo nessa fase.

Sabe-se que a gestante e o bebê competem pelos nutrientes e calorias, e por este motivo é necessário que as mulheres tenham uma alimentação equilibrada em nutrientes para si e para seu bebê. Mais importante que consumir muita quantidade de alimentos é priorizar a qualidade que está sendo consumida, reduzindo a ingestão de gordura, preferência por vegetais e carnes brancas e diminuindo a ingestão de carboidratos. A saúde e o peso do bebê ao nascer estão relacionados com o estado nutricional da gestante. A dieta durante a gestação pretende prover os nutrientes e a energia necessária para o desenvolvimento do feto e da placenta e para o incremento dos tecidos, tais como útero, as mamas, o sangue e a gordura corporal adicional. Genericamente, recomenda-se um adicional na ingestão calórica de 300kcal/ dia

ao requerido para manter o peso materno ideal durante o estado não gravídico (COSTA *et al.*, 2011).

Alguns excessos no cardápio podem desencadear alterações graves na saúde da gestante e do bebê, como o sal, por exemplo. Especialistas alertam que seu consumo de sal não deve exceder os 6g diários recomendados pela OMS. Quem ultrapassa esse limite pode sofrer com a retenção de líquidos, uma das causas dos inchaços durante a gravidez. Dessa forma, o exagero no consumo do ingrediente ainda pode desencadear a HG ou agravá-la, caso a mulher já sofra com o problema (IOM, 2009).

Levando em consideração a ausência de grande parte de produtos industrializados que estão disponíveis no mercado, nas tabelas de composição nutricional, surgem limitações em precisar, por exemplo, a quantidade de sódio na alimentação. A ingestão diária de sal varia consideravelmente, e em função disso, a avaliação dietética de sódio, por si só, é complexa. Ao se observar que as diferenças na adição de sal aos alimentos não são consideradas e que, muitas vezes, os alimentos industrializados não fazem parte da tabela nutricional (MELERE *et al.*, 2013).

As grávidas necessitam ter uma dieta fracionada, evitando o jejum prolongado (maior do que 6 horas), prejudicial ao feto e que também pode acarretar mal-estar na mãe devido à hipoglicemia. Também deve evitar encher o estômago de uma vez, o que pode acarretar mal-estar e azia, devido à digestão mais lenta da gestante e refluxo do estômago para o esôfago. Assim, as náuseas e vômitos, sintomas comuns no início da gravidez, podem ser diminuídos (STUEBE *et al.*, 2009).

No estudo realizado por Borgen *et al.* (2012), a ingestão de açúcar foi maior em mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia do que em mulheres saudáveis e de alimentos com alto teor de açúcar adicionado, bebidas carbonatadas e não carbonatadas açucaradas foram significativamente associados com aumento do risco de pré-eclâmpsia, tanto de forma independente e combinado, com ou para as bebidas combinadas, em comparação com nenhuma ingestão. Contrariamente a isto, a ingestão de alimentos ricos em açúcares naturais, como frutas frescas e secas, foi associada com a diminuição do risco de pré-eclâmpsia, ele mostrou ainda que é muito importante o aconselhamento dietético geral para incluir frutas e reduzir a ingestão de bebidas adoçadas com açúcar durante a gravidez.

Petherick *et al.* (2014) investigou nos anos de 2007 a 2010, a relação entre a ingestão de bebidas (AS) Cola (SS) e adoçadas artificialmente com açúcar durante a gravidez e o risco de parto pré-termo (PTD), e ficou evidenciado que as mulheres que bebiam quatro xícaras por dia de bebidas à base de Cola SS tinham maiores chances de um PTD quando comparadas com as mulheres que não consomem essas bebidas diariamente. Conclui-se que o consumo diário de bebidas SS Cola durante a gravidez está associado a aumentos na taxa de PTD.

Adoçante é um aditivo que proporciona doçura aos alimentos, pode ser calórica natural ou não e/ou artificial. Bebidas adoçadas com adoçantes não calóricos (ENC) têm um consumo de energia não significativo para necessidades calóricas diárias de um indivíduo. Para cada ENC foi determinada uma dose diária aceitável (DDA) em mg/kg de peso

corporal. O México é um país onde coexiste desnutrição e sobrepeso/obesidade; levando em consideração esse contexto 21% da energia consumida na dieta no México vêm das bebidas, por isso é considerado para substituir o consumo de bebidas doces, ingestão calórica adoçado artificialmente com adoçantes não calóricos é uma estratégia para reduzir o consumo de quantidades excessivas de calorias. Entre a população, gestantes e adultos saudáveis mais velhas, há evidência para justificar a restrição do uso de bebidas artificiais (TANDEL, 2011).

A cafeína é um alcaloide de planta e é provavelmente a substância farmacologicamente ativa mais frequentemente ingerida no mundo. As fontes mais comumente conhecidas de cafeína são café, semente de cacau, nozes de cola e chá. A cafeína constitui uma parte substancial de muitos medicamentos, tais como comprimidos, analgésico, supressores de apetite, diuréticos e estimulantes. Após estudos em animais, a ingestão de cafeína durante a gravidez tem sido sugerida como um fator de risco para desfechos reprodutivos adversos. Essa hipótese é biologicamente plausível, baseada no fato de que a cafeína ingerida pela mãe é rapidamente absorvida a partir do trato gastrointestinal e encaminhado para a corrente sanguínea, atravessa facilmente a placenta, e é distribuído para todos os tecidos fetais, incluindo o sistema nervoso central (MATIJASEVICH, 2005).

A cafeína é a substância do café mais estreitamente relacionada com a pressão arterial. Cerca de 80% da população mundial consome cafeína diariamente através do café, chás e refrigerantes, sendo o café a fonte mais importante, contribuindo com 71% da cafeína da dieta dos americanos.

Estima-se que uma xícara de 150mL de café contenha de 66 a 99mg de cafeína no café infusão, 66 a 81mg de cafeína no instantâneo, 48 a 86mg de cafeína no fervido, de 58 a 76mg de cafeína no expresso e de 1,3 a 1,7mg de cafeína no descafeinado (BONITA *et al.*, 2007).

Mais de 99% da cafeína consumida por via oral é absorvida pelo trato gastrintestinal, atingindo, em sessenta minutos, a corrente sanguínea e, em seguida, exercendo suas ações fisiológicas. Sua principal ação fisiológica é como antagonista da adenosina, um potente neuromodulador endógeno, com efeito, principalmente, inibitório. Em função da semelhança estrutural, a cafeína compete pelos receptores da adenosina produzindo estímulo no Sistema Nervoso Central (SNC), aumento agudo da PA e aumento da velocidade metabólica e da diurese. No sistema cardiovascular, produz aumento agudo do débito cardíaco, vasoconstrição e aumento da resistência vascular periférica. Contrariamente a esses efeitos indesejáveis, alguns estudos *in vitro* têm demonstrado atividade antioxidante da cafeína Bonita *et al.* (2007) o que a tornaria um protetor em potencial contra os efeitos citados no sistema cardiovascular.

Em revisões recentes por Bonita *et al.* (2007) são discutidos diversos estudos experimentais e epidemiológicos que procuraram verificar a associação entre HAS e cafeína; tais estudos concluem por associação positiva, negativa ou nenhuma associação. Esses resultados conflitantes podem ser explicados por diversos vieses, tais como o tabagismo (p. ex. bebedores de café fumam mais), o estresse, o consumo de álcool, a frequência de ingestão da bebida, o *status* da HAS, a genética, a forma de obtenção do dado de ingestão quantita-

tiva de café, os métodos de preparo, fontes e tipos de café, a presença de substâncias antioxidantes no café e a tolerância à cafeína, entre outros (LIMA *et al.*, 2010).

ABSTENÇÃO DE VÍCIOS

A maioria dos profissionais concordou com as condutas relacionadas à abstenção de vícios – tabagismo, álcool e outras drogas (ilícitas). Os enfermeiros concordaram totalmente em uma variação percentual de 82,3 a 83,8%; e os médicos de 90,9 a 95,4%.

No entanto, houve concordância parcial de enfermeiros em uma faixa de 2,9 a 4,4%, e dos médicos somente na *abstenção do tabagismo* (4,5%).

Contudo, 09 (13,2%) dos enfermeiros discordavam de cada conduta de abstenção de vícios, e 01 (4,5%) médico também apresentou o mesmo posicionamento.

Em um estudo realizado na avaliação do índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras, o componente “consumo de álcool” foi excluído do original *Alternate Healthy Eating Index* (AHEI), em função do consumo de álcool não ser recomendado na gestação (MELERE *et al.*, 2013).

O uso de substâncias nocivas à saúde no período gravídico-puerperal, como drogas lícitas e ilícitas, deve ser investigado e desestimulado, pois crescimento fetal restrito, aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no concepto, além de risco de HG, entre outros, podem estar associados ao uso e abuso dessas substâncias. As gestantes que têm por hábito consumir tais substâncias devem ser tratadas como de risco (MCDERMOTT *et al.*, 2009).

Analisando as causas de mortalidade infantil, observa-se, nos últimos anos, uma diminuição da taxa total de óbitos por causas infecciosas e, em contrapartida, há aumento da proporção de mortes atribuíveis às malformações congênitas (MATHIAS, 2008). Entre os possíveis causadores dessas malformações, além de fatores ambientais, encontram-se outras drogas como álcool e fumo (ROCHA, 2013).

Rocha (2013) no seu estudo relata quanto ao consumo de fumo na gestação e que os valores encontrados estavam bem próximos ao da literatura, com 15,9% em trabalho também realizado em Fortaleza (OPALEYE, 2010).

O tabagismo, durante a gravidez, ainda é bem frequente, apesar de seus efeitos deletérios serem amplamente difundidos para as mulheres e apesar de estar diminuindo gradativamente com passar dos anos, de 35,6% em 1982 para 25,1% em 2004 (SANTOS, 2008).

EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR

Quanto ao *exercício físico regular* houve concordância total dos médicos (100,0%) e 67 (98,5%) enfermeiros mostrando a importância do exercício físico na gravidez. Somente 01 (1,4%) enfermeiro concordou parcialmente com a prática regular do exercício físico.

As mulheres sedentárias apresentam um considerável declínio do condicionamento físico durante a gravidez. Além disso, a falta de atividade física regular é um dos fatores associados a uma susceptibilidade maior a doenças durante e após a gestação (HAAS *et al.*, 2005). Há um consenso geral na literatura científica de que a manutenção de exercícios de intensidade moderada durante uma gravidez

não complicada proporciona inúmeros benefícios para a saúde da mulher (SMA, 2002).

Apesar de ainda existirem poucos estudos nesta área, exercícios de intensidade leve a moderada podem promover melhora na resistência e flexibilidade muscular, sem aumento no risco de lesões complicações na gestação ou relativas ao peso do feto ao nascer. Consequentemente, a mulher passa a suportar melhor o aumento de peso e atenua as alterações posturais decorrentes desse período (SMA, 2002).

O exercício físico (aeróbico) auxilia de forma significativa no controle do peso e na manutenção condicionamento, além de reduzir riscos de diabetes gestacional e hipertensão na gestação, condição que afeta as gestantes. A ativação dos grandes grupos musculares propicia uma melhor utilização da glicose e aumenta simultaneamente a sensibilidade à insulina.

Os estudos também mostram que a manutenção da prática regular de exercícios físicos apresenta fatores protetores sobre a saúde mental e emocional da mulher durante e depois da gravidez.

SONO E REPOUSO

Os enfermeiros (100,0%) e os médicos (100,0%) concordaram totalmente com a quantidade *08 a 10 horas de sono* para a gestante, e a maioria desses, 83,8% e 86,5%, respectivamente, concordaram totalmente com o *repouso diário de 02 a 03 horas*.

Por conseguinte, 08 (11,7%) enfermeiros e 02 (0,9%) médicos declararam concordar parcialmente com o repouso diário de 02 a 03 horas.

Entretanto, 03 (4,4%) enfermeiros e 01 (4,5%) médico discordaram da importância do repouso diário para a gestante como fator necessário para prevenção de risco da hipertensão na gravidez.

Com relação ao sono, nos três primeiros meses de gestação a mulher pode sentir um cansaço e um sono quase que incontroláveis. São as mudanças hormonais da gravidez. Portanto, é importante orientar a mãe que sempre que puder descansa, tendo em vista que mulheres que dormiram menos ou interromperam severamente o sono no final da gestação são significativamente mais propensas a ter trabalhos de partos mais longos e cesarianas (BRASIL, 2006d).

INGESTÃO HÍDRICA ADEQUADA

Cerca de 98,5% dos enfermeiros e 95,4% dos médicos concordaram totalmente com a *ingesta hídrica adequada*. Somente 01 (1,4%) enfermeiro concordou parcialmente.

Durante a gravidez, a gestante deve habituar-se a ingerir, pelo menos, dois litros de líquidos ao longo do dia, para garantir uma hidratação adequada. Dessa maneira, podem-se evitar vários problemas comuns da gravidez, como a constipação intestinal, a infecção urinária e a retenção de sal e líquidos no organismo (inchaço). Além disso, uma boa hidratação propicia uma boa circulação sanguínea, principalmente para o útero e para a placenta, melhorando as condições nutricionais da criança (BRASIL, 2006).

González (2013) relata que no México, a definição de uma dieta correta é determinada de acordo com as disposições da 043 Norma Oficial Mexicana (Norma Oficial Me-

xicana NOM-043-SSA2-2005, serviços básicos de saúde, promoção e educação para a saúde em relação aos alimentos, e os critérios para fornecer orientação), onde contempla que ela deve ser completa, segura, suficiente, variada e adequada. Os seres humanos precisam beber água para manter a homeostase, que pode vir de diversas fontes e, por sua vez, ser uma fonte de energia em diferentes graus.

GERENCIAMENTO DO ESTRESSE

Entretanto, no *gerenciamento do estresse*, 64 (94,1%) enfermeiros e 22 (100%) médicos concordaram totalmente com esta conduta para prevenção da HG.

Todo estresse produz um estado de tensão no corpo, que desaparece assim que a pressão é aliviada. Por outro lado, a tensão pode se tornar crônica e, dessa forma, persistir mesmo após a remoção da pressão, assumindo um endurecimento muscular, uma couraça, termo que representa uma defesa corporal. Portanto, “essas tensões musculares crônicas perturbam a saúde emocional através do decréscimo de energia do indivíduo, restringindo sua motilidade (ação espontânea e natural e movimento da musculatura), limitando sua autoexpressão” (LOWEN, 1985, p.13).

É sabido que todas as pessoas passam por eventos estressantes na vida, mas cada uma responde de determinada maneira. Algumas são mais sensíveis, ao passo que outras são mais resistentes. Entretanto, independente da sensibilidade e da resistência, alterações fisiológicas poderão ocorrer, fazendo com que o organismo mais sensível ao estresse responda de forma crucial ao complexo interjogo existen-

te entre o meio interno e o ambiente. Enquanto algumas pessoas são capazes de superar estresses significativos como a perda de um ente querido, desemprego, dificuldades nos relacionamentos conjugais, familiares, financeiras ou sociais, outras reagem com uma ativação fisiológica maior aos acontecimentos (XIMENES *et al.*, 2008).

As ações de saúde desenvolvidas durante a atenção ao pré-natal devem dar cobertura a toda população de gestantes, a continuidade no atendimento e avaliação. Seus objetivos são de prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas fetais, bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Destaca-se, ainda, a importância de oferecer apoio emocional e psicológico ao companheiro e à família, para que estes também estejam envolvidos com o processo de gestar, parir e nascer (XIMENES *et al.*, 2008).

Durante muito tempo acreditava-se que o feto vivia num mundo isolado, impenetrável e inacessível ao ambiente fora do útero da mãe. Considerava-se o útero como um lugar absolutamente silencioso e que o feto vivia num estado nirvânico de plena satisfação e felicidade, protegido pelas espessas camadas abdominais. Sabe-se hoje que fumo, álcool, drogas e qualquer outro tipo de substância injetada ou ingerida pela mãe atingem o feto. O mesmo se pode dizer da emoção e do estresse, que fazem com que a mãe descarregue em seu corpo hormônios que irão atravessar a placenta e alterar o ambiente em que o bebê está sendo formado e provocar vários problemas, tanto físicos, quanto psicológicos (PAPALIA; OLDS, 2000).

Um estudo recente indica que uma gravidez estressante pode levar a um aumento do risco de morte fetal. Outro estudo mostrou *links* de estresse à gravidez a um aumento das alergias e asma para o bebê (XIMENES *et al.*, 2008).

O estresse também pode afetar negativamente a mãe. O estresse pode causar problemas digestivos, problemas cardíacos, dores de cabeça e uma série de outros problemas de saúde relacionados. O estresse pode até mesmo diminuir o sistema imunológico e diminuir a sua resistência a doenças e enfermidades (XIMENES *et al.*, 2008).

Durante a gravidez, algumas causas de estresse podem incluir não ter apoio suficiente emocional, não se sentindo pronto para ser mãe, lidar com complicações ou ter uma gravidez de alto risco, ou reconhece que sua gravidez está trazendo de volta as questões não resolvidas do seu passado.

COMPARECIMENTO SISTEMÁTICO ÀS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Os profissionais médicos concordaram totalmente quanto ao *comparecimento sistemático à consulta de pré-natal*.

No ano 2000, o MS, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tendo por finalidade assegurar a qualidade do acompanhamento PN (BRASIL, 2006), com o compromisso de melhorar a saúde das gestantes e reduzir a mortalidade infantil até o ano de 2015, para alcance dos objetivos do milênio propostos pela Organização das Nações Unidas

(ONU). Com PHPN foi regulamentada as principais atividades a serem desenvolvidas durante qualquer acompanhamento de PN em todo Brasil, incluindo seu início até o 4º mês, realização de seis ou mais consultas, durante todo período gestacional (BRASIL, 2006c).

Contudo, um acompanhamento eficaz de PN vai muito além da quantidade de encontros que a gestante tem com profissionais de saúde. A OMS avalia que um PN realizado com número reduzido de consultas bem conduzidas, em gestações de baixo risco, pode ser tão efetivo quanto à realização de várias consultas (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

A APN tem como objetivos principais assegurar uma evolução normal da gravidez; preparar a mãe para um parto, puerpério e lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco, para que seja possível prevenir as complicações mais frequentes da gravidez e do ciclo puerperal (SANTOS NETO *et al.*, 2012) .

Apesar da maior parte das gestações não apresentarem complicações, esse evento determina uma série de alterações fisiológicas que podem agravar doenças pre-existentes ou mesmo desencadeá-las, comprometendo não só a saúde da mulher gestante como a do feto (DOOLEY, 2012).

As doenças desencadeadas pela gestação têm sido associadas a altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, nos países em desenvolvimento (FREEDMAN, 2005). Como a delimitação entre uma gestação normal e a possibilidade de risco não é muito precisa, melhores resultados perinatais estão associados a um maior número de consultas, bem como o início precoce do PN, segundo os

índices de adequação do PN. Dessa forma, se não houver acompanhamento profissional adequado com qualidade, o processo reprodutivo se torna uma situação de risco, tanto para a mulher, como para o feto (KHAN *et al.*, 2006).

A falta ou assistência inadequada durante o PN podem trazer graves consequências para a saúde da mãe e do feto. Gestantes que frequentaram os serviços de atenção PN apresentaram número menor de casos de complicações, demonstrando a relação entre APN e o bem-estar do recém-nascido. Mesmo quando o nascimento ocorre no hospital. A inadequação do cuidado PN acarreta um maior risco para resultados adversos da gravidez (BEECKMAN *et al.*, 2011).

MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL (FORA DA UAPS)

A maioria dos enfermeiros (82,3%) e médicos (77,2%) concordaram totalmente com a *medida da Pressão Arterial (fora da UAPS)*. No entanto, 12 (14,7%) enfermeiros e 5 (22,7%) médicos concordaram parcialmente com a conduta. Ressaltamos que 2 (2,9%) enfermeiros discordaram.

A *medida da Pressão Arterial (fora da UAPS)* é de grande importância, pois fornece um número grande de medições fora do ambiente institucional, e possibilitará a prevenção ou o diagnóstico de HG. Para que a gestante obtenha uma medida eficaz, é necessário que a EqSF a oriente sobre os procedimentos de medida, os profissionais e os locais adequados para a sua realização.

AUTOEXAME NA BUSCA DE EDEMA

O *autoexame na busca de edema*, foi acordado por 82,3% dos enfermeiros e 77,2% dos médicos. Todavia, houve 17,6% de enfermeiros e 18,1% de médicos que concordaram parcialmente com essa conduta. Inclusive, 2 (9,0%) médicos discordaram.

Edema é um acúmulo de líquido no espaço intersticial, que ocorre como a filtração capilar ultrapassa os limites da drenagem linfática, produzindo sinais clínicos e sintomas perceptíveis. O rápido desenvolvimento do edema corrosão generalizada associada à doença sistêmica requer diagnóstico e tratamento em tempo hábil. A acumulação do edema crônica em uma ou ambas as extremidades inferiores, muitas vezes indica insuficiência venosa, especialmente na presença de edema e deposição de hemossiderina dependentes (KATHRYN *et al.*, 2003).

Edema gestacional, no final da gravidez secundária, ocorre um aumento da congestão venosa nas pernas causada pela pressão exercida mecanicamente pelo útero para a cava inferior e íliaca obstruindo o fluxo linfático prejudicando a reabsorção de fluido para o compartimento intravascular. Embora o edema grave na gravidez seja raro, revisões de literatura revelam a sua natureza complexa. Os diagnósticos diferenciais incluem doenças e distúrbios que ou são causadas pela gravidez ou agravada por ela, como a desnutrição, doença renal ou hepática, pré-eclampsia, diabetes. Avaliação física inicial deve avaliar a extensão do edema. A circunferência das pernas deve ser medida a partir de um ponto definido, ponto de referência predeterminado, para comparar simetria e curso de progressão ou resolução (REYNOLDS, 2003).

Segundo o mesmo autor, relata que para avaliar edema na gestante é necessário realizar uma avaliação nutricional, incluindo a investigação de ingestão calórica diária, a adequação de todos os grupos alimentares, e mais especificamente, a ingestão de proteína. A recomendação da quantidade de calorias e proteína ideal deve ser calculada para cada indivíduo, dando instruções específicas sobre as necessidades nutricionais como determinada pelo peso ideal e nível de atividade. Passar pelo aconselhamento nutricional é mais eficaz quando a mulher está estabelecida hábitos alimentares e preferências culturalmente. O ganho de peso deve ser monitorizado. Um nível de albumina sérica total, que é normalmente entre 3,5 e 5,0 g/dL, pode revelar deficiências em ingestão de proteínas. O edema secundário a insuficiência renal podem ser reconhecidos pelos testes de função renal adequada (ureia, creatinina, úrico ácido).

A gestante também deve ser avaliada para os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia: cefaleia, dor abdominal, ou alterações visuais. Monitorar de pressão arterial e funções renal e hepática.

ABSTENÇÃO DA AUTOMEDICAÇÃO

Cerca de 67 (98,5%) enfermeiros e 20 (90,9%) médicos concordaram totalmente com a *abstenção da automedicação*. No entanto, 1 (1,4%) enfermeiro e 2 médicos (9,0%) concordaram parcialmente.

Para aliviar o desconforto de alguns sintomas durante a gestação, muitas mulheres optam por se automedicar e se esquecem dos riscos à saúde da mãe e do feto, que ainda não tem capacidade de metabolizar as substâncias ingeridas

pela mãe, pois não possui os sistemas corporais plenamente desenvolvidos. Dessa forma, destaca-se a importância dos profissionais orientarem as gestantes para usar algum medicamento mediante orientação profissional (BRASIL, 2006).

É necessário lembrar que a exposição medicamentosa da gestante é estendida ao feto, e os efeitos sobre ele vão depender do fármaco, da gestante, da época de exposição durante a gravidez, da frequência e da dose total, podendo resultar em abortamento, morte ou malformação fetal. Sendo assim, o uso de medicações durante a gravidez deve ser antes de tudo, evitado (GUERRA *et al.*, 2008).

Porém, estudos têm demonstrado que esse uso é um evento cada vez mais frequente, durante a gravidez, e desencorajado esta prática, já que não se tem conhecimento dos níveis seguros do uso dessas substâncias no período gestacional (FREIRE, 2009).

Os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, possuem características que potencializam o risco teratogênico. Entre essas características, destacam-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, venda irrestrita de medicamentos em farmácias, falta de um sistema de farmacovigilância eficiente e a crença da população atual no poder dos medicamentos (BERTOLDI, 2010).

Com relação à automedicação, Rocha (2013) encontrou valores inferiores a outros estudos, como por exemplo, um trabalho realizado em Natal-RN constatou o uso de 12,2% de pelo menos um medicamento sem indicação médica, com destaque para a dipirona e ácido acetilsalicílico (AAS).

Guerra *et al.* (2008) ressaltam ainda que o consumo de medicamentos, independente da fonte de indicação (médica ou não médica), foi maior entre as mulheres com grau de escolaridade mais alta, que, teoricamente, teriam mais acesso a informações sobre os riscos da terapia medicamentosa ao feto.

Outra pesquisa evidencia 16,4% das medicações consumidas durante a gravidez por automedicação e, embora 43% das gestantes afirmarem terem sido alertadas quanto aos riscos, destas 50,0%, decidiram pela automedicação (BRUM *et al.*, 2011).

Rocha (2013) mostra que a maior frequência de automedicação no primeiro trimestre gestacional foi observada na classe dos anti-inflamatórios. Esse é um fator preocupante, pois uma boa parte dos anti-inflamatórios, como a dipirona bastante relatada pelas puérperas.

É importante ressaltar que, na suscetibilidade do feto às drogas, um fator fundamental a ser considerado é a idade gestacional, pois, no período de diferenciação embriológica, ou seja, o primeiro trimestre acredita-se que determinada substância tenha um efeito causador de alterações fetais com maior probabilidade (LOPES, 2010).

USO REGULAR DA MEDICAÇÃO

Cerca de 65 (95,5%) enfermeiros e os médicos concordaram totalmente com o *uso regular da medicação prescrita*.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as gestantes a partir da 20ª semana e mulheres

até o 3º mês pós-parto. Os suplementos de ferro serão distribuídos, gratuitamente às unidades de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios brasileiros, de acordo com o número de crianças e mulheres que atendam ao perfil de sujeitos da ação do programa. O suplemento deve ser administrado no mesmo horário todos os dias, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da refeição), de preferência com suco e nunca com leite. Caso haja esquecimento de suplementar na hora de costume, tomar o suplemento logo em seguida, e manter a mesma rotina habitual (BRASIL, 2001).

O uso do sulfato ferroso na gravidez muitas vezes é associado aos enjoos e às náuseas na gestante, podendo gerar resistência da gestante em continuar a suplementação. Portanto, é fundamental que a gestante seja orientada quanto à importância da suplementação de forma ininterrupta até o final da gestação (BRASIL, 2001).

Em casos de intolerância, orientar a gestante a tomar um comprimido de 60mg de ferro elementar pelo menos duas vezes por semana. As gestantes devem ser suplementadas também com ácido fólico, pois esta vitamina também tem papel importante na gênese da anemia em gestantes, de acordo com a conduta estabelecida pela Área Técnica Saúde da Mulher do MS (BRASIL, 2007).

Em relação à necessidade da suplementação do sulfato ferroso durante a gestação, se faz importante, pois se reconhece que a deficiência de ferro e a anemia ferropriva é o problema mais comum durante esse período, porém sua prevalência é desconhecida (SANTOS, 2007). O sulfato ferroso, em sua composição, contém 20% de ferro elementar,

sendo o restante constituído de sais hidratados. É indicado para prevenir e corrigir as deficiências de ferro, por exemplo, as anemias ferroprivas etiológicas ou idiopáticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições dos enfermeiros e dos médicos da EqSF possibilitaram a construção da Tecnologia Educativa (TE), em detrimentos do(a): consenso dos profissionais sobre a estrutura e composição da TE; viabilidade e aplicabilidade da PTE, inclusive com a ressalva de inserção no APN com a maior brevidade; e solicitação de modificações e acréscimos, porém algumas consideradas pertinentes.

Para os participantes, a TE contribui na prevenção e/ou controle do risco da hipertensão na gestação, pelas seguintes razões: guia norteador nas ações educativas em saúde e nas consultas no pré-natal, e de autocuidado para as gestantes e, sobretudo, uma ferramenta promotora de saúde. Para tanto, os profissionais recomendaram adivulgação e implantação da TE, em decorrência de seu ineditismo e da sua relevância para as gestantes e EqSF, e a incorporação no CG e no prontuário eletrônico, com a finalidade de melhorar a APN.

A construção da TE resgatou as experiências vivenciadas pelos profissionais, fazendo emergir o poder da criatividade, expressividade e, sobretudo, persistência mediante o cenário da educação em saúde, que é o foco das transformações que empoderam as pessoas na busca pela promoção da saúde e qualidade de vida. Portanto, a utilização de TE no acompanhamento de PN, possibilitará as gestantes o seu

engajamento no autocuidado, promovendo, assim, o melhor nível de saúde e bem-estar para si e para o feto.

A estratégia de saúde da família (EqSF) tem um importante papel dentro das comunidades, atuando como facilitadora desse processo, considerando que ocorre na atenção básica o primeiro contato dos usuários e familiares com o sistema de saúde, sendo o ponto inicial para as ações de prevenção e/ou controle dos riscos da hipertensão na gravidez. Com isso, os resultados dessa pesquisa poderão melhorar a assistência à saúde da gestante, diminuindo gastos desnecessários ao sistema de saúde e estimulando a EqSF a realizar cada vez mais estratégias educativas, imprescindíveis para a promoção da saúde da gestante, com a inserção em sua prática de tecnologias validadas ou novas.

REFERÊNCIAS

ABOUZAHAR, C.; BOERMA, T. *Health informationsystems: thefoundations of publichealth*. **Bull World Health Organ**.v.83, n.8, p.578- 583, 2005.

ANDRADE, I. R. C. **Atenção pré-natal: avaliação da estrutura, processo e resultado na prevenção de risco à saúde da gestante** [dissertação mestrado] Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 98 f. 2013.

ANDRADE, L.M.B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. (Acessos em: 19 nov. 2014). **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 3 n. 1, jan.2012.

AUDIBERT, F. *et al.* *Screening for preeclampsiausing first-trimester serum markersand uterineartery Doppler in nulliparous women.* **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 203, n. 4, p. 383. e1-383. e8, 2010.

BANTA, H. D.; LUCE, B. *Health care technology and its assessment: an international perspective*. New York: Oxford University Press; 1993.

BARRETO, F. D. F. P; ALBUQUERQUE, R. M. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, nº. 6 Rio de Janeiro. jun- 2012.

BEECKMAN, K. *et al.* *The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care*. **BMC Health Serv. Res.** [Internet]. 2011.

BERTOLDI, A.D. *et al.* *Medicine use among adolescents: the 11-year-follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study*. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 10, p. 1945-53, 2010.

BIRTH WEIGHT - *facts*. *Figure 1: Mean birth weight in live born children 1967–2008*. *The Norwegian Medical Birth Registry*: **The Norwegian National Institute of Public Health**. 9-11-2011.

_____ - *proportion with low and high birth weight: Figure 2: Proportion of children with high birth weight (4500 grams or higher)*. *The Norwegian Medical Birth Registry*: **The Norwegian National Institute of Public Health**. 9-11-2011.

BONITA, J. F. *et al.* *Coffee and cardiovascular disease: in vitro, cellular, animal, and human studies*. **Pharmacol. Res.** v. 55, p. 187-98. 2007.

BORGEN, I. *et al.* *Maternal sugar consumption and risk of pre-eclampsia in nulliparous Norwegian women*. **Eur. J. Clin. Nutr.** v. 66, n. 8, p. 920-5. Aug. 2012

BORODULIN, K. *et al.* *Physical Activity and sleep among pregnant women*. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**. v. 24, p. 45-42. 2010.

BRASIL. Portaria nº. 569, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS**. Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** [Internet]. Brasília (Brasil): Editora do Ministério da Saúde, 2009 [cited 2013 jan 31].

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher, Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Área Técnica Saúde da Mulher, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 2, p. 69-71, 2002.

_____. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. **Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Assistência pré-natal**. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Saúde; 1988.

_____. 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 União, Brasília; 2006 d.

_____. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 1983.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**, Brasília (DF), 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada:** manual técnico. Brasília (DF); 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – Documento Técnico,** Brasília, DF, 2005c.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Urgências e emergências maternas.** Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de situação em saúde:** guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília; 2009.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial. Sistêmica.** Brasília; 2006c. (Cadernos de Atenção Básica, 15).

_____. **A assistência pré-natal.** Manual Técnico. 3 ed. Brasília; 2000.

_____. COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da **I Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia em Saúde – I CNCTS.** Brasília; 1994.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p. 1881-92, 2008.

CEARÁ. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO CEARÁ - SESA. **Informe Epidemiológico – Mortalidade Materna.** Fev. 2012.

_____. **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna.** p.1-22. Fev. 2013.

_____. **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna.** p.1-22. Março. 2014.

_____. **Morte Materna: um evento prevenível e evitável.** Informe Semestral – Mortalidade Materna. p. 1-7. Mar. 2011.

CHATZI, L. *et al.* *Protective effect of fruits, vegetables and the Mediterranean diet on asthma and allergies among children in Crete.* **American Family Physician** v. 88, n. 2. 2007.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768-74, 2010.

DALMÁZ, C. A. *et al.* *Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy in southern Brazil.* **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 692-696, 2011.

DOOLEY, E. K.; RINGLER JR, R. L. *Prenatal care: touching the future.* **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 39, n. 1, p. 17-37, 2012.

FREEDMAN, L. P. *et al.* *Transforming health systems to improve the lives of women and children.* **The Lancet**. v. 365, n. 9463, p. 997-1000, 2005.

FREIRE, K.; PADILHA, P.C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 31, n. 7, p.335-41. 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.

GARRIDO, M.V. *et al.* *Health technology assessment and health policy-making in Europe current status: challenges and potential.* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies/ **WHO Regional Office for Europe**. 2008.

GONCALVES, C. V. *et al.* Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 34, n. 7, p. 304-309, 2012.

_____. *et al.* Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.24, n.8 , p. 1783-1790, 2008.

GONZÁLEZ, C. H. A. Y COLS. Posición de consenso sobre las bebidas con edulcorantes nos calóricos y su relación con la salud **Rev Mex Cardiol.** v. 24, n. 2, p. 55-68, 2013.

GUERRA, C. G. B. *et al.* Utilização de medicamento durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 30, n. 1, p. 12-18, 2008.

HAAS, J. S.; JACKSON, R. A.; FUENTES-AFFLICK, E. *et al.* *Changes in the health status of women during and after pregnancy.* **Gen Intern Med.** v. 20, p. 45-51, 2005.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines.* 2009 [cited 2013 Nov 12].

JORDAN, R. G.; MURPHY, P. A. *Risk assessment and risk distortion: finding the balance.* **Journal of Midwifery & Women's Health,** v. 54, n. 3, p. 191-200, 2009.

KARAM, R. A. S. **Modernização gerencial:** um caminho obrigatório para a consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde - A experiência do Projeto REFORSUS.: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas; Rio de Janeiro, 2002.

KATHRYN, P. *et al.* Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania SARAH PICKLE, M.D.; Rutgers Robert Wood Johnson Medical School, New Brunswick, New Jersey AMBER S. TULLY, MD, Cleveland Clinic, Cleveland. **Edema: Diagnosis and Management.** Ohio July 15, 2003.

KHAN, K. S. *et al.* *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review.* **The Lancet.** v. 367, n. 9516, p. 1066-1074, 2006.

LOWEN, A.; LOWEN, L. **Exercícios de bioenergética:** o caminho para uma saúde. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MASLOVA, E. *et al.* *Low-fat yoghurt intake in pregnancy associated with increased child asthma and allergic rhinitis risk: a prospective cohort study.* **Journal of Nutritional Science.** v. 1, p. 1-11. 2012.

MATHIAS, T. A. F.; ASSUNÇÃO, A. N.; SILVA, G. F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 42, n. 3, p. 445-53.2008.

MATIJASEVICH, A.; SANTOS, S. I.; BARROS, F. C. Does caffeine consumption during pregnancy increase the risk of fetal mortality? A literature review. O consumo de cafeína durante a gestação aumenta o risco de mortalidade fetal? Uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1676-1684, nov-dez, 2005.

MCDERMOTT, R.; CAMPBELL, S.; LI, M.; MCCULLOCH, B. *The health and nutrition of young indigenous women in north Queensland - intergenerational implications of poor food quality, obesity, diabetes, tobacco smoking and alcohol use.* **Public. Health Nutr.** v. 11, n. 6, p. 1-7, 2009.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** 2 ed.: Hucitec; p.113- 150. São Paulo, 2002.

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

NWARU, B. I. *et al. Maternal diet during pregnancy and allergic sensitization in the offspring by 5 yrs of age: a prospective cohort study.* **Pediatr Allergy Immunol.** v. 21, p. 29-37. 2009.

OLSEN, S. F. *et al. Fish oil intake compared with olive oil intake in late pregnancy and asthma in the offspring: 16 y of registry based follow-up from a randomized controlled trial.* **Am. J. Clin. Nutr.** v. 88, p. 167-175. 2008.

OPALEYE, E.S. *et al.* Avaliação de riscos teratogênicos em gestações expostas ao misoprostol. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 32, p. 19-35. 2010.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PETHERICK, E. S.; GORAN, M. I.; WRIGHT, J. *Relationship between artificially sweetened and sugar-sweetened cola beverage consumption during pregnancy and preterm delivery in a multi-ethnic cohort: analysis of the Born in Bradford cohort study.* **Eur. J. Clin. Nutr.** v. 68, n. 3, p. 404-407. Mar, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REYNOLDS, D. **Severe Gestational Edema** MSN© by the American College of Nurse-Midwives. 2003.

ROCHA, P. K. *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Rev Bras Enferm.** v. 61, n. 1, p. 113-115, 2008.

ROCHA, R. S. **Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado** [Dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará, 2011.

ROCHA, R. S.; SILVA, M. G. C. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 25, n. 3, p. 344-55, 2012.

ROCHA, R. *et al.* Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 2, p. 37-45. 2013.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal; Agreement between information from the Pregnant Card and the mother's memory of antenatal care. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 2, p. 256-266, 2012.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?. **Cad. Saúde Pública.** v. 28, n. 9, p. 1650-1662, 2012.

SANTOS, I. S. *et al.* *Mothers and ththeir pregnancies: a comparison of three population-based cohorts in Southern Brazil.* **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n.3, p. 381-389. 2008.

SANTOS, Z. M. A. S.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.** [online]. v. 17, n. 1, p. 90-97, 2008.

SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. **Hipertensão arterial**: abordagem para promoção do cuidado humano. Fortaleza (CE): Brasil Tropical; 2003.

SANTOS, Z. M. S. A.; BARROSO, M. G. T. A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha; p. 55 - 60. 2003.

SMA statement. *The benefits and risks of exercise during pregnancy.* **J. Sci. Med. Sport.** v. 5, p. 11-19, 2002.

STUEBE, A. M.; OKEN, E.; GILLMAN, M. W. *Associations of diet and physical activity during pregnancy with risk for excessive gestational weight gain.* **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 201, n. 1, p. 58. 2009.

TANDEL, K.R. *Sugar substitutes: health controversy over perceived benefits.* **JPharmacol Pharmacother.** v. 2, p. 236-243. 2011.

UCHOA, J. L. *et al.* Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade de gestantes atendidas em unidade de saúde da família. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 4, n. 1, 2010.

UNITED STATES. *Department of Health and Human Services. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans.* Washington; 2005.

UNITED. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC), & Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and pre-diabetes in the United States, 2011.* Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2011. v. 36, n. 6, p. 269-275, 2014.

VETTORE, M. V. *et al.* Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do

- Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**; v. 27, p. 1021-34, 2011.
- VICTORA, C. G. *et al.* *Maternal and child health in Brazil: progress and challenges.* **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO.* Geneva, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Maternal mortality.* Geneva; 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement).* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Networks; 2005.
- XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. Enferm.** v. 61, n. 5, p. 595-602, 2008.
- YAZDANI, S. *et al.* *Effect of maternal body mass index on pregnancy outcome and newborn weight.* **BMC Res. Notes.** v. 5, p. 34, 2012.
- YU, Z.B. *et al.* *Birth weight and subsequent risk of obesity: a systematic review and meta-analysis.* **Obes. Rev.**, v.12, p. 525- 542. 2011.
- ZAMPIERI, M.F.M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 140-166, jan. 2001.
- ZAMPIERI, M.F.M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, 2010.
- ZANCHI, M. *et al.* *Agreement between data from prenatal care cards and maternal recall in a medium-sized Brazilian city.* **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 1019-1028, 2013.

ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS

Indara Cavalcante Bezerra

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Jamine Borges de Moraes

Milena Lima de Paula

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

O acolhimento, além de uma tecnologia em saúde, apresenta-se como diretriz estruturante da Política Nacional de Humanização (PNH), trata-se de uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização para a resolução com a ativação de redes de compartilhamento de saberes e práticas. Acolher é, portanto, um compromisso de dar respostas às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

No bojo da discussão sobre as tecnologias do cuidado, é imprescindível considerar a tipificação proposta por Merhy (2002; 2007) e Merhy *et al.* (2006): (a) tecnologias duras têm em sua estrutura uma característica dada *a priori* como os equipamentos tecnológicos, tais como máquinas,

normas e rotinas; (b) leve-duras: duras são as representadas pelos saberes e os conhecimentos advindos da clínica ou da epidemiologia e a outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador e (c) leves dizem respeito aos aspectos inter-relacionais, como acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia.

Ao considerar as tecnologias leve-duras e leves, entende-se que o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro entre duas ou mais pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções que criam espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. Dessa 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 (2010), Merhy (2006; 2007) e Franco e Merhy (2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a integração e interação das equipes devem produzir cuidado resolutivo a partir da organização e gestão do trabalho em saúde, realizando acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Além disso, devem contribuir para ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção primária para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais.

A literatura tem destacado a problematização do acolhimento, como diretriz que orienta a mudança no modelo de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da

prerrogativa de ampliação e qualidade do acesso na Atenção Primária à Saúde (APS), aproximação dos serviços e comunidade, alargando os espaços para o diálogo e participação social, estabelecendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada para o sistema de saúde (GARUZI, 2014; MITRE *et al.*, 2012; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Nesse sentido, para consolidar a APS como acolhedora e resolutiva faz-se necessário avançar na gestão e coordenação do cuidado do usuário no cotidiano dos serviços. Isso inclui reconhecer a diversidade de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, articular-se às diversas equipes da Rede de Atenção à Saúde, entre elas as do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na possibilidade de interlocução de processos de trabalho, singulares às necessidades de saúde da população.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a integração e interação das equipes devem produzir cuidado resolutivo a partir da organização e gestão do trabalho em saúde, realizando acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Além disso, devem contribuir para ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção primária para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais.

Diante do compilar dos estudos revisados, observa-se que o acolhimento representa potencialidade diante da prática de fazer saúde no SUS. Com efeito, sua prática operacionaliza o processo de trabalho, podendo ser modulado com o cotidiano dos serviços. Portanto, faz-se necessário reforçar

a importância do acolhimento como estratégia para o planejamento, organização e produção do cuidado, no âmbito de ações e serviços de saúde na APS, a partir da ação das equipes de ESF e NASF.

O presente estudo objetivou analisar como vem sendo constituído o acolhimento no cotidiano dos serviços de atenção primária à saúde em busca da resolubilidade do cuidado, a partir dos discursos de profissionais do NASF e ESF.

REVISÃO DA LITERATURA

Torna-se imperativo reconstruir o modo de produzir e de operar as ações de saúde no SUS, urge a necessidade de assegurar o compromisso com a defesa da vida e com os direitos sociais plenos, e, ao mesmo tempo, dar a resolubilidade aos problemas identificados no dia a dia do trabalho, orientados para a autonomia dos usuários e das comunidades. Surge então, em meados da década de 90, o acolhimento, que ganha o discurso de inclusão social em defesa do SUS, uma tecnologia capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal, no resgate da equipe multiprofissional e na qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde (FRANCO *et al.*, 1999; MALTA *et al.*, 1998).

Em 2003, em clima democrático renovado com vistas às novas políticas sociais e econômicas que assegurassem o desenvolvimento econômico sustentável do país, distribuição de renda e inclusão social, foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde, que retoma o debate em torno da universalidade do acesso ao SUS, da valorização dos usuários

e dos trabalhadores na participação e na gestão do sistema. (BRASIL, 2004). Surge então, em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Humaniza SUS (PNH), que veio para afirmar a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, assegurar a inclusão de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde, e impulsionar ações para disparar processos no plano das políticas públicas para transformar os modelos de atenção e da gestão da saúde (SANTOS-FILHO *et al.*, 2009).

Neste novo cenário, o acolhimento ganha o discurso oficial do Ministério da Saúde se configurando como uma das diretrizes de maior relevância da PNH para operacionalização do SUS; que propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho, além de mudanças estruturais na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e de decisões coletivas (BRASIL, 2006).

Uma das publicações pioneiras sobre o acolhimento na APS foi realizada por Franco *et al.* (1999), que propõem discuti-lo como uma diretriz operacional, pautada nos princípios do SUS para atender a todas as pessoas que procuram os serviços, garantindo a universalidade no acesso; buscar a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir a escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade; além de qualificar a relação dos profissionais com os usuários, sob parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Os autores destacam que o aco-

lhimento deve alcançar a dimensão da gestão do processo de trabalho, pois ele só será “possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe, [...], pois a mudança no processo de trabalho pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz”, Franco *et al.* (1999, p. 17).

Nesse sentido, a compreensão de acolhimento passa, a relação profissional-usuário e atribui a si a importância de ser uma das diretrizes do SUS, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), que considera o acolhimento um processo técnico e constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde (BRASIL, 2010).

A importância da contribuição do acolhimento como um dos dispositivos para efetivação do cuidado integral proposto pelo SUS se estabelece na proporção em que a PNH a define em diversas dimensões, assim como: o acolhimento no campo da saúde será considerado como uma “diretriz ética/estética/política construtiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, vínculo, do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (BRASIL, 2010; JUNGES *et al.*, 2012).

Como diretriz, acarretará a uma tecnologia do encontro, que estará em constante construção e fortalecimento, “portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde”; e, como ação técnico-assistencial, enfatiza a estruturação da prática e do processo de trabalho em saúde com foco nas relações, propondo adequações que visem à humanização a todos os níveis, sejam estas entre profissional/

usuário, usuário e sua rede social, profissional/profissional ou usuário/estabelecimento de saúde, “mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde” (BRASIL, 2010; JUNGES *et al.*, 2012).

Com efeito, a implementação e efetivação dessas dimensões do acolhimento refletem positivamente no cuidado ao usuário, habilitando-o a possuir uma maior autonomia diante do serviço de saúde e contribuem para a formação de modelos organizados e estruturados, por viabilizar um maior aproveitamento desses serviços, além de garantir o funcionamento do fluxo de atendimento sem entraves, no qual o usuário consegue ter um acesso facilitado, abrangendo o atendimento a uma demanda mais ampla com especificidades e necessidades diferentes, uma vez que o acolhimento e o acesso se complementam ao prover integralidade do cuidado (SOUSA *et al.*, 2008).

Nesse contexto, a APS tem como um de seus fundamentos e diretrizes o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento das demandas da população, numa lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Desse modo, a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são prerrequisitos fundamentais na resolutividade do cuidado na APS (BRASIL, 2012).

A reflexão sobre acolhimento permeia a ótica de ser “um dispositivo potente para atender à exigência de acesso,

que propicia vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, e questiona o processo de trabalho, ao desencadear subsídios para o cuidado integral e modificação da clínica” (BRASIL, 2013; SOUSA *et al.*, 2008).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva, por possibilitar o entendimento do fenômeno social e suas relações no campo da saúde. A presente investigação integra uma pesquisa mais ampla denominada “A produção do cuidado na estratégia saúde da família e sua interface com a saúde mental: os desafios em busca da resolubilidade”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

A pesquisa foi realizada em duas unidades de saúde nos municípios de Fortaleza e Maracanaú, Ceará, Nordeste do Brasil. Essas foram intencionalmente selecionadas por fazer parte da área de corresponsabilidade sanitária da instituição de ensino com a saúde da população dos municípios. Possuem as seguintes características: o Cenário I corresponde a um Município de 2.505.552 habitantes, com cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 42% da população e 30 equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Já o Cenário II está localizado na região metropolitana de Fortaleza, com população estimada em 209.057 habitantes, uma cobertura da ESF de 94% da população e seis equipes de NASF (BRASIL, 2010; IBGE, 2015).

Para obtenção das informações foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada, combinada com a ob-

servação sistemática do campo, no ano de 2012, período no qual foram entrevistados profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre eles enfermeiros, médicos, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros.

Para a análise foram utilizadas informações de 14 entrevistas concatenadas às observações registradas no diário de campo. Os participantes foram entrevistados no próprio local em que prestavam o atendimento de saúde, respondendo a questões previamente elaboradas em um roteiro, que abordavam temas sobre como vem se constituindo o acolhimento em seu cotidiano, em busca da resolubilidade do cuidado em saúde.

Para preservar o anonimato dos informantes, os trechos das falas, utilizados para ilustrar a análise, foram identificados com a categoria profissional do entrevistado, equipe a qual está vinculada à atenção primária, e códigos alfanuméricos, para descrever os cenários.

Assim, denominaram-se: Enfermeiro ESF/CI (Enfermeiro vinculado à equipe da ESF no cenário I), Fisioterapeuta NASF/CII (Fisioterapeuta vinculado à equipe do NASF no cenário II).

Para inclusão no estudo, utilizou-se como critério estar vinculado a uma equipe multiprofissional dos serviços na atenção primária, seja o NASF ou a ESF de um dos municípios, com no mínimo um ano de atuação, e informar a participação na prática de acolhimento na unidade em que atua.

Antes da realização do trabalho de campo, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP da Universidade Estadual do

Ceará – UECE, recebendo parecer favorável com parecer nº 10245206-7.

Os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinaram autorizando a participação na pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme recomendações do Conselho Nacional de Saúde. Após a autorização, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Para organização das informações, seguiram-se três etapas estabelecidas por Minayo (2010) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, que inclui classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares.

A análise final foi orientada pela análise hermenêutica seguindo os pressupostos de Cecília Minayo (2010). A técnica hermenêutica baseia-se em dois movimentos interpenetráveis: o gramatical e o psicológico. O momento de interpretação gramatical analisa o discurso, o uso das palavras, os conceitos. O momento psicológico transcende o sentido objetivo das palavras, e se dá quando o intérprete se propõe a reconstruir as “intenções” do sujeito que proferiu as palavras. Essas duas dimensões possuem uma forte ligação, deixando evidente a visão hermenêutica de que há uma estreita conexão entre pensamento e linguagem (OLIVEIRA, 2012). Do material empírico analisado, emergiram duas categorias centrais: acolhimento no direcionamento do fluxo de usuário na unidade e reorganização do processo de trabalho; acolhimento como atitude humanizada: conversa, escuta, necessidade e corresponsabilização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do exposto, apresentam-se as informações obtidas junto aos profissionais da ESF e NASF, categorizadas em aspectos observados na efetivação do acolhimento no cotidiano dos serviços da atenção primária em busca da resolubilidade do cuidado.

ACOLHIMENTO NO DIRECIONAMENTO DO FLUXO DE USUÁRIO NA UNIDADE E REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

O acolhimento, neste cenário, é entendido como uma diretriz para orientar o fluxo do usuário na unidade de saúde em busca de resolubilidade para seu problema. No entanto, esse direcionamento exige uma reorganização do serviço e integração da equipe multiprofissional na “mudança da unidade como um todo”.

Nesse sentido, o fluxo de acesso aos serviços dos usuários inicia na recepção, por isso os profissionais referem à necessidade de “treinamento” dos atendentes desse setor. A preparação para a atividade de acolhimento revela sua dimensão técnica como uma forma de direcionamento que favorece o acesso aos serviços na busca por resolubilidade.

O acolhimento não é uma coisa apenas da primeira consulta, se o paciente vier diariamente na unidade, independente do que o trouxe aqui ele deve ser bem acolhido; o acolhimento não começa nem comigo, começa na recepção, onde o atendente é treinado pra realizar e destinar os problemas para serem solucionados. (Enfermeiro ESF/CII).

O fluxo é organizado através do acolhimento, desde a entrada do paciente no posto que tem uma pessoa que é denominada “Posso Ajudar?”, e ele já recebe o paciente lá fora, encaminha pro acolhimento e do acolhimento ele é encaminhado para os outros setores. (Enfermeiro ESF/CI).

O acolhimento pelo profissional da unidade se faz através de um direcionamento informativo, a segunda etapa desse acolhimento é a verificação dos sinais vitais pela auxiliar de enfermagem, [...] e após isso uma pré-consulta, na verdade é uma consulta de enfermagem, que pode ser uma pré-consulta médica de acordo com a necessidade. (Médico ESF/CI).

O contato inicial com o serviço de saúde é fundamental para direcionar o paciente, além da prerrogativa de que este contato pode determinar a continuidade na busca pelo serviço, pois a existência de barreiras tende a restringir o acesso e a resolubilidade do cuidado.

Com isso, é dada a devida importância de capacitar os trabalhadores para lidar com uma demanda específica, a partir de uma compreensão ampliada dos problemas de saúde da população. Esses estão inseridos num contexto social que envolve uma população diversificada, e muitas vezes, fragilizada por algum comprometimento da saúde. Tais aspectos fortalecem a necessidade da existência do acolhimento em todo o processo como estrutura do serviço.

Pesquisadores compartilham a ideia de que o acolhimento é uma ferramenta assistencial que perpassa os limites

do consultório, devendo ser iniciado na chegada do usuário à instituição (SILVA; ALVES, 2008). Portanto, é fundamental preparar os profissionais para acolher estes sujeitos, propondo um ambiente receptivo e terapêutico adequado para a implantação de uma assistência de qualidade, baseada em estratégias de organização burocrática, como por exemplo, adoção de medidas que favoreçam a marcação de consultas e a garantia de que todos sejam atendidos igualmente. Enfim, medidas acolhedoras imediatas à chegada do usuário que busca o serviço básico de saúde.

No entanto, tais medidas não devem se fixar num fluxo burocrático da porta de entrada da unidade. Alguns autores destacam a dificuldade dos profissionais de saúde de compreender o acolhimento como uma estratégia que ultrapassa a limitada noção de “triagem administrativa” ou “triagem humanizada” (MITRE, 2012; SANTOS; SANTOS, 2011). A ação restrita à recepção e encaminhamento das demandas que chegam à unidade de saúde descaracteriza o modelo de atenção com o ideal de integralidade de resolubilidade do cuidado proposto na ESF. Desse modo, o acolhimento deve perpassar a noção de dispositivo que favoreça a desburocratização, o acesso e continuidade dos fluxos nos serviços de saúde.

Diante disso, exige-se uma reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde, fortalecendo posturas que reflitam sobre o cotidiano dos serviços e problematizem a participação social (MITRE *et al.*, 2012; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Tal reflexão foi observada no campo empírico, com a implicação dos profissionais nesse processo de mudança,

avaliando e identificando dificuldades na realização do acolhimento. Dentre estas, destacam-se a integração do médico da equipe de saúde da família, do Serviço de Assistência Médico Estatístico (SAME), grande demanda de famílias que ficam sob a responsabilidade da equipe e perfil de cada profissional.

No que diz respeito à participação da equipe multiprofissional, observou-se que o acolhimento estava centrado na figura do médico, a presença desse profissional era a condição para realização do processo. Takemoto e Silva (2007) evidenciaram que o trabalho em saúde tem obedecido a uma lógica centrada no trabalho médico e na realização de procedimentos, o que descaracteriza a mudança no modelo de cuidado proposto pela Atenção Primária à Saúde que, por sua vez, preconiza o enfoque ao usuário/famílias e suas necessidades.

O acolhimento está mais ou menos né, não existe o acolhimento ainda implantado aqui na unidade de saúde, aquele acolhimento mesmo, do jeito que é pra ser, não existe. [...]. Os problemas [...] no momento é a falta de médico. Não existe médico suficiente pra implantar o acolhimento. O entrave estava sendo o médico, mas a gente chegou a conclusão de que não precisa do médico na equipe acolhedora, pode ser o enfermeiro ou outro profissional, a gente está sensível a isso. (Enfermeiro ESF/CI).

O acolhimento [...] aqui no posto [...] tem um grande problema que é o SAME, por conta realmente da falta do acolhimento

em si. Então há alguns meses atrás a gente começou a notar que o negócio não estava legal. Então nós decidimos assumir o acolhimento, reunimos as outras enfermeiras e houve uma certa resistência porque elas diziam que o médico tinha que estar presente. Nós então dissemos que mesmo com a ausência do médico, os outros profissionais podiam tomar de conta do acolhimento. A gente vai montar uma equipe [...], aí cada dia vai ter uma equipe de acolhimento, [...] uma equipe montada de acolhimento para ficar no primeiro bloco, inclusive vai ter membro do NASF, vai ter enfermeiro, auxiliar de enfermagem, alguém do “Posso Ajudar?”. Aí a gente vai acolher realmente todo dia todo mundo que chegar, dando seus diversos encaminhamentos. Já passamos pra coordenadora né o que tem que ser mudado [...] a gente vai ter que mudar a unidade como um todo. [...] (Enfermeira ESF/CI).

Sabe-se que o acolhimento não deve representar mais uma oferta de serviços da unidade de saúde. Este se configura como um momento de interação entre profissionais e usuários, com a finalidade específica de lidar com a necessidade de saúde, estabelecendo vínculo e produzindo cuidado (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Para isso, deve envolver todos os setores da unidade de saúde, deve disponibilizar a máxima potência para acolher as demandas, escutando e fazendo encaminhamentos adequados⁵, especialmente o SAME, uma vez que este é res-

ponsável em fornecer informações sobre as famílias, organizar os prontuários e viabilizar os processos de trabalho das equipes. Além disso, a utilização do dispositivo de acolhimento para resolubilidade do cuidado exige que se articulem saberes e práticas que se complementem, a partir da atuação da equipe multiprofissional.

Desse modo, a mudança no processo de trabalho envolve a autoavaliação dos profissionais implicados no cuidado prestado na unidade de saúde, estes devem ser capazes de repensar estratégias de enfrentamento das dificuldades, exercendo um papel de protagonistas no cotidiano dos serviços. Nesse aspecto, percebe-se uma convergência nas ações dos enfermeiros da ESF, no sentido de programar a “equipe de acolhimento” ou “equipe acolhedora” para efetivação do acolhimento na unidade.

Alguns autores (GARUZI *et al.*, 2014; TAKEMOTO; SILVA, 2007) fazem considerações sobre a mudança do processo de trabalho da equipe de enfermagem na realização do acolhimento. Esses afirmam que a enfermagem ficou responsável pelos acolhimentos dos centros de saúde investigados em sua pesquisa, no entanto, este processo traduziu-se em triagem, refletiu uma lógica médico-centrada, marcada pela baixa resolubilidade e baixa autonomia da enfermagem.

Desse modo, vê-se como alternativa a um acolhimento centrado em uma categoria profissional, a “equipe acolhedora” ou “equipe de acolhimento” que deve ser composta por diversas categorias profissionais, não devendo ficar restrita caso existam falhas na composição da equipe, rompendo com o modelo reducionista de cuidado. Além disso, a articulação com a equipe do NASF conota a valorização

da contribuição de cada profissional no estabelecimento do cuidado, ampliando as estratégias de acolhimento na APS.

A conformação do trabalho em equipe multidisciplinar na ESF busca romper os antigos paradigmas centrados na figura do médico, possibilitando uma maior abrangência na assistência, viabilizando a integralidade do cuidado e a resolubilidade. Os profissionais que compõem essa equipe contribuem para uma melhor organização do serviço, contemplando a complexidade de problemas que emergem nas necessidades do usuário, ampliando a intervenção, pois este meio configura uma maior articulação de saberes e de discussões¹⁵. Porém, construir este modelo interdisciplinar requer integração entre os membros da equipe.

Outro aspecto observado como dificuldade para os serviços na realização do acolhimento foi a grande demanda de famílias que ficam sob a responsabilidade da equipe e o perfil de cada profissional.

O acolhimento é um nó. [...]. Já aconteceram várias capacitações, sensibilização, humanização, mas é o perfil do profissional que é complicado de trabalhar. A gente sempre está valorizando e lembrando esse acolhimento, mas é difícil. A minha equipe era pra cuidar de 1.000 famílias, mas cuida de 2.970 famílias. Fica inviável devido ao fluxo. [...]. (Enfermeira ESF/CI).

A dificuldade do trabalho com acolhimento em saúde advém da complexidade em que se inserem as relações humanas. Exige-se, além do trabalho em equipe, a responsabilização de cada profissional com o usuário e a demanda

trazida por ele, e, por sua vez, o sofrimento decorrente da responsabilidade por acolher (e supostamente dar resposta a) os problemas dos usuários¹. Para tanto, é evidente a necessidade de sensibilização e escuta do outro, o reconhecimento da pessoa e suas singularidades, e isto está cada vez mais difícil no contexto dinâmico em que os serviços de saúde se inserem, numa lógica em que prevalece produção-consumo-descarte.

Diante desse cenário, reitera-se o acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, como estratégia necessária para favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2010).

A postura acolhedora do profissional é fator importante para a resolubilidade do cuidado, porém não existe treinamento específico para exercer determinada atitude, a contribuição pode se dar por meio da educação permanente, problematizando o processo de trabalho e propondo soluções coletivas e inovadoras (MITRE *et al.*, 2012; SANTOS; SANTOS, 2011; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Essa elevada quantidade de usuários que buscam diariamente a ESF sobrecarrega as equipes e dificulta a resolubilidade do cuidado. Aspectos como um atendimento humanizado, resolutivo, com ideal de integralidade, voltado para a família e seu território social são precariamente contemplados, deixando a desejar desde a receptividade dos usuários, dos quais muitos são mal acolhidos, diante das dificuldades que infligem às próprias diretrizes do sistema de saúde.

Como enfrentamento a essas dificuldades, os demais profissionais da equipe de saúde da família e do NASF reorientam seu processo de trabalho, com ênfase na equipe e atendimentos grupais, sala de espera, nos quais são discutidos temas diversos com os usuários, como o fluxo na busca pela unidade de saúde, descrição de atendimentos, sintomas de patologias, além da possibilidade de esclarecimento das dúvidas dos usuários.

E às vezes a gente [...] tenta fazer esse acolhimento na sala de espera, [...] geralmente a gente faz com vários temas diferentes. [...] aborda a motivação [...] fala como vai ser o atendimento, como se procede, ou então se a gente tiver em campanha, a gente fala sobre a campanha [...] se um tem dúvida sobre como é realizado o processo dentro da unidade [...]. (Fonoaudiólogo NASF/CII).

[...] a gente faz o trabalho em grupo, que é o papel do NASF. [...]. Tem apresentação, palestras educativas, [...] teve sala de espera com apresentação dos profissionais, explicando sobre a patologia, sintomas, quando procurar a unidade de saúde e assim vai. (Fisioterapeuta NASF/CII).

O acolhimento eu faço da seguinte maneira, [...] eu faço o exame e vou falar pro paciente: - você tá com isso, precisa melhorar isso. Sempre procuro explicar o que eu estou fazendo também, procuro sempre tá perguntando: - Está passando bem? Essa é

a forma que a gente busca o acolhimento, e nas palestras que a gente às vezes faz, de quinze em quinze dias. (Dentista ESF/CII).

Sabe-se que a efetivação da atenção primária como porta de entrada para a rede de serviços do SUS está condicionada à capacidade de acolhimento e resolubilidade de cuidado dispensado ao usuário. Desse modo, além da equipe da ESF, a APS congrega esforços das equipes do NASF, na realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (2012) enfatiza ainda que os NASF devem ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção primária, incluindo ações de promoção de saúde, na busca do fortalecimento do protagonismo de grupos sociais e suporte à organização do processo de trabalho. Dentre essas ações, visualiza-se o acolhimento como estratégia de envolver a população, discutindo temas pertinentes à sua realidade e, dessa forma, aproximando serviço e comunidade, produzindo vínculo, confiança e responsabilização.

O modelo de atenção à saúde, resolutivo e produtor de cuidado, demanda investimentos, compromisso e criatividade para implementação do acolhimento, sendo essencial integrar saberes e práticas não apenas da equipe multiprofissional, mas também da comunidade, representada pelos usuários e seus familiares. Assim, o novo perfil de profissionais e novos olhares para a compreensão ampliada dos problemas de saúde.

ACOLHIMENTO COMO ATITUDE HUMANIZADA: CONVERSA, ESCUTA, NECESSIDADE E CORRESPONSABILIZAÇÃO

A aproximação e observação dos cenários em investigação permitiu identificar outro aspecto na efetivação do acolhimento no cotidiano dos serviços da atenção primária em busca da resolubilidade do cuidado. Denominou-se como dimensão da atitude humanizada, que inclui a conversa entre profissional e usuário, escuta e identificação das necessidades dos usuários na condução do processo de cuidado. Esta dimensão representa a necessidade de qualificar a relação profissional/usuário.

Às vezes a gente faz o acolhimento, muitas vezes dentro do consultório o paciente chega pra fazer uma terapia fonoaudióloga [...] e acontece dele não querer fazer a terapia, ele quer conversar, ele quer ser acolhido né. Então, o que é que acontece, eu converso mais com eles sobre o que aconteceu o que tá acontecendo no cotidiano deles [...]. (Fonoaudiólogo NASF/CII).

[...] geralmente a gente realiza no próprio consultório e a gente tem noção do que é uma consulta humanizada, a gente tenta realizar dentro das limitações do número de pacientes, de tempo, a gente tenta [...]. Alguns pacientes a gente tem que demandar mais tempo, porque são pacientes que têm alguns problemas familiares, alguns problemas mais complicados demandam mais tempo e a gente tenta fazer um aco-

lhimento priorizando quem a gente nota que tem mais necessidade. (Enfermeira ESF/CII).

[...] o acolhimento que a gente faz é o acolhimento sem ser o que a Secretaria de Saúde determina, prioriza ou define. O acolhimento que a gente faz é o acolhimento mesmo, da gente, eu enquanto pessoa e profissional tenho pacientes para atender e aí eu vou conversando com esse paciente, vou vendo a prioridade, [...]. Então, vai no desenrolar da conversa a necessidade do paciente pra gente estar vendo o que é que ele precisa. E se preciso for eu vou para qualquer canto pra tentar resolver. (Enfermeira ESF/CI).

Nesse sentido, discutir o acolhimento na ótica da humanização remete ao contexto das relações humanas, que inclui a tecnologia leve e leve-dura, baseadas na troca de informações e saberes entre profissionais (equipe multiprofissional) e entre o trabalhador e o usuário/familiar, possibilitando o diálogo horizontalizado, habilitando a interação social.

Essas ações ampliam as possibilidades de resolubilidade, uma vez que, durante o diálogo entre o profissional e o usuário, muitas informações e desabafos podem emergir para a solução do problema ou até mesmo a adoção da cultura e do saber popular, possibilitando, assim, “conexões para a construção coletiva” da assistência (COELHO; JORGE, 2009).

Em consonância, Duarte *et al.* (2013) afirmam que os profissionais fazem o grande diferencial na resolubilidade da assistência, muitas vezes não alcançada somente pelas tecnologias duras ou pela qualidade da infraestrutura, mas por valores ou atitudes incorporados em sua prática, favorecendo o cuidado. Além desse, referem que os valores institucionais refletem na execução do trabalho de seu profissional, assim como, valores individuais refletem nos demais trabalhadores, facilitando na incorporação do compromisso e na responsabilização com as ações de saúde, favorecendo a manutenção do cuidado, confluindo para a resolubilidade.

Enquanto uma tecnologia leve, o acolhimento representa grande impacto na promoção à saúde, uma vez que estreita o vínculo, fortalece a ESF, mobiliza a sensibilidade dos profissionais da saúde, exigindo uma ação reflexiva, voltada à escuta e ao diálogo. Essa estratégia resguarda grande possibilidade para que a ESF torne-se a porta de entrada preferencial, contribuindo significativamente para a construção e consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SANTOS; SANTOS, 2011).

Nesse contexto, foi possível visualizar que as equipes sob investigação utilizam como ferramenta para resolubilidade do cuidado da atenção primária, a escuta ativa. Esta é descrita pelo profissional a partir do momento em que

“[...] o paciente vem direto na minha sala, [...] [dizendo:] - eu quero dar uma palavrinha. [...] então a gente faz uma escuta ativa desse paciente a gente tenta dar resolutividade de acordo com a demanda. [...]”

Utilizar a escuta como ferramenta no processo de trabalho pressupõe a ótica da tecnologia leve, na qual se estabelece a relação do diálogo, uma vez que o profissional escuta atentamente e discute com o paciente as possibilidades da assistência, esclarecendo dúvidas ou trazendo soluções compartilhadas.

Diversos pesquisadores (COELHO; JORGE, 2009; MITRE, 2012; SANTOS; SANTOS, 2011) consideram a escuta ativa dos usuários e suas demandas uma ação inovadora na postura dos trabalhadores envolvidos no cuidado na APS. Esta favorece a criação de instrumentos personalizados para as demandas singulares dos usuários, amplia os espaços de discussão e democratiza a assistência, além de promover o vínculo.

Desse modo, gerar vínculo entre o profissional e o usuário é uma maneira de estreitar o relacionamento entre ambos, com a finalidade de humanizar o cuidado, e de permitir uma melhor aceitação da doença e um compromisso no processo saúde-doença, a fim de envolver e comprometer o usuário, a família, o profissional e o sistema, em que todos são igualmente responsáveis pelo acompanhamento do usuário, na busca por um atendimento de acordo com a necessidade e por uma posterior autonomia do sujeito.

Diante disso, a compreensão de assistência resolutiva não se restringe à única possibilidade de curar doença, mas a toda e qualquer atitude diante do paciente, assim como a postura acolhedora, que agrega à assistência um aspecto humanizado.

A atitude acolhedora se expressa a partir da relação que se estabelece entre o profissional e o usuário, baseada em

atos, como por exemplo, conhecer este usuário pelo nome, escutar os motivos da sua vinda até o serviço, mostrar interesse ao escutá-lo e querer ajudá-lo (COELHO; JORGE, 2009). Cada usuário é único no seu universo de problemas agregando subjetividades que exigem do profissional atendê-lo na forma que se adéque à sua necessidade.

Em consonância ao acolhimento como atitude humanizada, pesquisadores afirmam que para alcançar os princípios da humanização, faz-se necessário constituir profissionais corresponsáveis juntamente com seus usuários, sendo todos articuladores do processo de solução e resolubilidade do cuidado, porém, para alcançar este aspecto, é necessário perpassar o paradigma biomédico, constituído pelo modelo centrado na doença como forma para estruturar o processo de trabalho (JUNGES *et al.*, 2012).

Além disso, tendo em vista a dificuldade de corresponsabilização e a relação usuário-comunidade-serviço, numa perspectiva de contribuir para a qualidade do acesso, integralização, acolhimento e humanização das relações, é preciso existir sensibilização profissional para que haja uma atenção qualificada no atendimento, favorecendo a integração dialógica, a autonomia e as tomadas de decisão.

Eu faço sempre uma pesquisa com a comunidade, eu escuto a comunidade, dou essa oportunidade do usuário dar a sua proposta de como ele quer ser consultado, como ele quer agendar a sua consulta. Isso me abriu um leque assim, me deu uma oportunidade, uma chance do problema não ficar só comigo. Ficar comigo e com ele. E a negociação, o compromisso ficar comigo e

com o usuário, então eu já estou tendo essa experiência, essa facilidade porque eu já tenho um vínculo muito grande, isso me ajuda porque eu já tenho um vínculo de muitos anos, talvez se fosse um ano talvez eu não conseguisse. [...]. (Médico ESF/CII).

O estímulo da participação do usuário na sua prática de cuidado infere a corresponsabilização, que, conforme mencionada pelo profissional, designa o compartilhamento da responsabilidade na busca da resolubilidade do seu problema de saúde, no qual todos os envolvidos assumem esse compromisso.

A corresponsabilização designa um papel fundamental no cuidado, uma vez que contribui para a efetivação do vínculo serviço-usuário, além de garantir o controle social das políticas públicas e a gestão dos serviços de saúde, confluindo para a premissa do acolhimento como diretriz, baseada no protagonismo dos sujeitos (os usuários, os profissionais de saúde e os gestores) envolvidos no processo de produção de saúde, propondo a necessidade de reorganizar o serviço, enfatizando a necessidade da criação de espaços interdisciplinares e democráticos de discussão (MITRE, 2012).

O acolhimento aparece como uma estratégia fundamental para a construção do novo modelo de APS, definido por critérios técnicos, éticos e humanos, no qual os profissionais devem receber a demanda, buscar formas de resolubilidade, mas que não resultará, necessariamente, na resolução completa dos problemas referidos pelo usuário. Ao profissional cabe dispensar a atenção ao usuário, a qual envolve escuta, valorização da queixa e identificação das necessidades individuais e coletivas (MITRE, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção de acolhimento como triagem ainda está presente nas práticas efetivadas no cotidiano dos serviços, o que reduz, desse modo, a potência dessa tecnologia na resolubilidade do cuidado.

Entretanto, passos tímidos se desvelam na construção da produção do cuidado quando o protagonismo da equipe do NASF é percebido na condução do acolhimento, o que abre espaço para diálogo e maior interação da equipe da APS com a comunidade. Essa estratégia anuncia-se como recurso promotor de autonomia dos usuários dos serviços e participação da comunidade.

A implicação dos profissionais das equipes da ESF e NASF congrega esforços para mudança no cotidiano dos serviços, valorizando a equipe multiprofissional, a escuta, o diálogo e a corresponsabilização diante das necessidades dos usuários. Tais ações rompem com o modelo de atenção centrado na doença e na figura do médico como o principal articulador do sistema, para aproximar-se do cuidado centrado no usuário e suas necessidades.

Portanto, o acolhimento constitui-se um dispositivo para resolubilidade do cuidado na atenção primária, na medida em que direciona o fluxo de usuários que buscam solução para seu problema de saúde, reorganiza o processo de trabalho das equipes da ESF e NASF e promove a inversão do modelo de cuidado.

É pertinente, pois, uma prática de educação permanente na atenção primária, que promova a estratégia de acolhimento como recurso e tecnologia em saúde, capaz de

aproximar profissionais, usuários e serviços, com intuito de efetivar a resolubilidade do cuidado no SUS.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. A. A, JORGE M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana: UEFS Editora; 2010. p. 139-59.

BARALDI, D. C, SOUTO B. G. A. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde.** 2011 jan/abr; 36(1): 10-7.

COELHO, M. O, JORGE M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2009; 14 (Supl 1): 1523-31.

DUARTE, E. D, DITZ, E. S, MADEIRA, L. M., BRAGA, P. P, LOPES, T. C. **O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde.** *Rev. Eletr. Enf [Internet].* 2012 jan/mar; [citado em 2013 jul 10]; 14(1): 86-94. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde.** Hucitec, São Paulo, 2010.

FRANCO. T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim-MG. In: MERHY, E. E. *et al.* **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3. ed. São Paulo: Hucitec. 2006, p. 37-54.

FRANCO, T. B, BUENO, W. S, MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad. Saúde Pública,** 1999; 15(2):345-353.

GARUZI, Miriane *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, Feb. 2014 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200009&lng=en&nrm=iso>. Access on 27 July 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=230440&search=|fortaleza>. Acesso em: maio/2015.

JUNGES, J. R, BARBIANI, R., FERNANDES, R. B. P, PRUDENTE, J. SCHAEFER, R. KOLLING, V. O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização. *Saúde Soc.* São Paulo. 2012; 21(3): 686-97.

LEITE, L. LOBO, B. LIMA, N. S, MENGARDA, C. F. Acolhimento multiprofissional em Estratégia de Saúde da Família: espaço de atuação para o profissional Psicólogo. *Revista de Psicologia da IMED.* 2010; 2(1): 276-87.

MALTA DC, FERREIRA LM, REIS AT, MERHY EE. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: Campo CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy É, organizadores. **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p 121-142.

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

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 15-35.

MERHY, E. E. *et al.* Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, 12ª Ed; Ed. Hucitec, 2010, 407p

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010..

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 2012-2013. Ministério da Saúde - Estado do Ceará, Região de Saúde Maracanaú; 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde (DF); 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed. 5ª reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF); 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009/Secretaria da Saúde – Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: MS; 2006

_____. **12ª. Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sérgio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: MS; 2004.

MITRE, S. M. ANDRADE, E. I. G, COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012; 17(8): 2071-85.

OLIVEIRA, M. M. **Metodologia Interativa: Um Processo Hermenêutico Dialético**. Interfaces Brasil/Canadá. 2012. ISSN: 1984-5677

- SANTOS, I. M. V, SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev salud pública**. 2011; 13(4): 703-16.
- SANTOS-FILHO, S. B, BARROS, M. E. B, GOMES, R. S. A **Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde**. Interface Comun. Saúde Educ. 2009; 13(Supl.1):603-613.
- SILVA, G. L, ALVES, S. M. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**. 2008 jan/mar; 11(1): 74-84.
- SOUZA, E. C. F, VILAR, R. L. A, ROCHA NSPD, UCHOA, A. C, ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2008; 24(Supl 1):100-10.
- TAKEMOTO, M. L. S, SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2007 fev; 23(2): 331-40.
- TESSER, C. D, NETO, P. P, CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010; 15(Supl 3): 3615-24.

ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA UTILIZADA NA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Kilma Wanderley Lopes Gomes

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Andrea Caprara

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica como pilar estruturante do Sistema Único de Saúde-SUS, “*entendido como uma política de estado*”, tem sido assumida pelo Ministério da Saúde- MS com prioridade. Entre os desafios refere o acesso e o acolhimento, à efetividade, à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, a capacidade de gestão, coordenação do cuidado (BRASIL, 2012).

A reorganização da atenção básica por meio da Saúde da Família é guiada pelos princípios organizativos do SUS, como estratégia para expansão e qualificação do sistema de saúde brasileiro. Busca ampliar a resolubilidade e a mudança na situação de saúde das pessoas de forma efetiva (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde tem como premissa a atenção básica para dar soluções efetiva as necessidades da população:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

O acesso aos serviços de saúde deve-se a forma como as pessoas buscam um sistema de prestação de cuidados de saúde, e como este se organiza, em seus vários níveis de complexidade e modalidade de atendimento (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A organização do serviço de saúde leva em conta a infraestrutura, a procura e disponibilidade de recursos ofertados, e é marcada por limitações ou facilidades que o paciente pode encontrar durante o percurso no sistema de cuidados a saúde, no intuito de resolver seus problemas (CAMARGO JÚNIOR *et al.*, 2008).

No ano de 2011, o governo federal por meio do Ministério da Saúde implantou o Programa de Valorização da Atenção Básica-Probav em todo o país, com objetivo de estimular a formação do médico para a real necessidade da população brasileira e levar esse profissional para localidades com maior carência para este serviço. A proposta é para o

médico atuar em uma equipe multiprofissional compondo uma equipe da Estratégia Saúde da Família, por um período de 12 meses, carga horária de 32 horas na unidade de saúde e 8 horas para educação permanente, ofertado pelo ministério da saúde por meio da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), curso de Especialização em Saúde da Família, no Ceará realizado pela Universidade Federal do Ceará-UFC.

O estado do Ceará conta com a participação de médicos distribuídos no interior, e na capital. O Prowab foi instituído na perspectiva de fortalecer o sistema de saúde organizando a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, no intuito de integrar todas as ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, com base na necessidade da população.

Dentre os princípios da Atenção Primária, a longitudinalidade é um dos atributos que orienta o cuidado das pessoas em diversos níveis, seja primário, secundário ou terciário, favorecendo o vínculo das pessoas ao serviço e aos profissionais ao longo do tempo, de forma a ser acompanhada em diversas situações desde a reavaliação a cura. (STARFIELD, 2002).

No ano de 2003, o MS criou a Política Nacional de Humanização (PNH), com um dos objetivos, enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde (PASCHE *et al.*, 2011). Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com diferentes dispositivos, entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”, entre eles o acolhimento com avaliação ou classificação de risco. Segundo o Ministé-

rio da Saúde, a humanização é entendida pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

A PNH emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2007).

Para o Ministério da Saúde, a PNH coloca-se como uma “política” que se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos (BRASIL, 2006; 2004).

A PNH propõe mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no modelo hospitalocêntrico). Ela se afirma como política pública de saúde com base nos seguintes princípios: a inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; e a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos e entre os grupos, isto é, a ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudanças nas práticas de saúde (PASSOS, 2006).

As diretrizes da PNH se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o

acolhimento com classificação de risco e ou avaliação de risco e vulnerabilidade, a defesa dos direitos do usuário, entre outras.

A implantação desses dispositivos se efetiva caso a caso, considerando-se a especificidade dos serviços, partindo sempre da análise dos processos de trabalho, processos que nunca se repetem.

A PNH se apoia em três princípios: a ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, favorecendo a capacidade de interferência mútua entre sujeitos e a sua capacidade de deslocamento subjetivo; a inseparabilidade entre gestão e atenção e, finalmente, a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos. Portanto, a PNH efetiva-se no cotidiano do trabalho, no encontro dos diferentes sujeitos.

Percebe-se um grande desafio na compreensão e na efetivação de seus dispositivos, em especial o acolhimento, uma vez que a utilização dessa tecnologia, implica na interferência do processo de trabalho.

Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo. É preciso manter os sentidos atentos, olhar também os sinais não verbais, para captar, o que se apresenta para além da demanda referida (BRASIL, 2012b).

Gomes e Pinheiro (2005, p. 291) buscaram um significado do termo acolhimento, e este não representava nas entrelinhas, o que nós da saúde propúnhamos, mas os termos adotados entravam em consonância com o que queríamos

como qualidades para uma atenção integral a saúde “atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto, físico, ter ou receber alguém junto a si”.

O modelo organizativo dos serviços de saúde em relação ao acolhimento encontra-se de forma diferenciada. Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento é um dispositivo que pode ser utilizado para reestruturar os serviços de saúde na perspectiva de garantir o acesso, realização da escuta humanizada e resolubilidade. Neste sentido, não há orientação para engessar os passos da organização do acolhimento, mas que sua aplicabilidade esteja na perspectiva do acolher com resolutividade.

Nesse sentido, o acolhimento propõe na sua implantação contribuir com as ações e práticas do serviço, no sentido de “estar com” ou “próximo de”, valorizando o paciente, os trabalhadores, de modo a contribuir não somente como uma ação pontual, mas sim como uma política de saúde. A proposta é que seja valorizado as práticas de atenção e gestão do SUS, apreciando a experiência concreta do trabalhador e usuário do serviço de saúde; instigar a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; incluir de forma motivadora por meio de atitudes e ações humanizadas, a rede do SUS, com a participação de todos os agentes produtores de saúde, gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2010a).

Campos *et al.* (2014), Franco, Bueno e Merhy (1999), Paim (2013) referem que o acolhimento é uma estratégia em elaboração agregada às políticas de saúde do País com

a finalidade de contribuir com a reorganização do modelo de atenção, tendo como foco a organização do processo de trabalho, fluxo e funcionamento do serviço de saúde.

OBJETIVO

Descrever a experiência da implantação da tecnologia acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade no processo de trabalho em Equipes de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência onde adotou-se como abordagem de trabalho a pesquisa intervenção, método de investigação que envolve o planejamento e a implementação de interferências no campo das mudanças e inovações – destinadas a produzir avanços, melhorias, nos processos de aprendizagem dos sujeitos que delas participam – e a posterior avaliação dos efeitos dessas interferências. Utilizou a observação participante para coleta das informações nos espaços de atenção dos profissionais de saúde, as quais foram registradas em um diário de campo.

A experiência ocorreu em uma cidade do interior do estado do Ceará-Brasil, no período de março a junho de 2014. Inicialmente houve uma avaliação da supervisora da instituição de ensino, responsável pelo acompanhamento pedagógico do profissional médico, pelo gestor e membros da comissão estadual coordenadora do Programa de Valorização da Atenção Básica-Provab junto aos médicos e a coordenadora da atenção básica do município, sobre o processo

de trabalho dos médicos participantes deste programa junto à sua equipe de Saúde da Família. Foram detectados problemas no processo de trabalho, dentre eles, deficiência no processo de trabalho da equipe, principalmente em relação ao planejamento das atividades, inexistência do uso da tecnologia acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, ocasionando diferentes situações limites, como: demanda excessiva para o profissional médico, baixa resolutividade da equipe, deficiência na integração da equipe, insatisfação dos profissionais de saúde, usuários e gestores, falta de agenda para acompanhamento das doenças crônicas, dentre outros.

Foram realizadas oficinas, a primeira com a equipe da Saúde da Família, incluindo o profissional médico do Programa de Valorização da Atenção Básica-PROVAB, supervisor e gestores local. E a segunda com todos os profissionais das três equipes, médico, enfermeira, agente comunitário de saúde e a supervisora do Provab. Inicialmente foi apresentada uma proposta e pactuação da realização de oficina de capacitação para o uso da tecnologia acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade. A equipe foi organizada em três grupos: acolhimento e organização da agenda, saúde materno infantil, visita domiciliar e atenção ao paciente com doenças crônicas, entre elas, hipertensão arterial e diabetes mellitus, e para desencadear as discussões, foram levantadas questões norteadoras. Os grupos socializaram os resultados e cada subgrupo contribuía no processo a partir do que era apresentado como proposta. Após discussões nas oficinas, elaborou-se um consolidado com os produtos, e apresentado e discutido com a secretaria de saúde do município no intuito de efetivar as ações programadas.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Por meio da observação participante, e relato dos profissionais foi possível compreender a dinâmica do serviço, as funções dos profissionais ali envolvidos, o fluxo dos usuários e a necessidade de intervenção para a implantação da tecnologia acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade na saúde da família.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999):

À medida que nos aproximamos dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e com os seus trabalhadores, para verificarmos o seu funcionamento, vamo-nos surpreendendo com a descoberta de que, sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de ações clínicas.

A reflexão sobre a prática do acolhimento possibilitou a aceitação da equipe de revisitar sua agenda, as necessidades de serviço dos pacientes, e a discussão sobre o processo de intervenção com foco na tecnologia leve, valorização da comunicação entre equipe e usuário para a implantação do acolhimento. Todas as ações discutidas foram baseadas nas necessidades da comunidade, na relação construída entre profissionais e equipe.

Ressaltamos as seguintes intervenções: pactuação quanto a organização da agenda; valorização e ressignificação do papel dos Agentes Comunitários de Saúde-ACS, os

quais ficaram encarregados de orientar a comunidade sobre o atendimento de acordo com a agenda elaborada e proposta pelo grupo, com organização da consulta programada do pré natal, dos pacientes com hipertensão e diabetes *Mellitus*.

Silva (2012) chama atenção para a necessidade de *“acessarmos o dever revolucionário das palavras de ordem, se não expressarmos no coletivo?”* foi neste sentido que as oficinas funcionaram, proporcionando novos agenciamentos, novas propostas e motivação dos participantes para mudança da prática.

O acolhimento foi determinado como tecnologia de avaliação de risco e vulnerabilidade realizada pela enfermeira; programou-se uma reunião mensal para avaliação e planejamento das ações a serem realizadas no mês seguinte com toda a equipe; a realização de atendimento dos grupos prioritários, seguindo as orientações do Ministério da Saúde. Um dos ganhos para a comunidade foi o agendamento de atendimento nas áreas distantes pelos profissionais de saúde. Na primeira avaliação realizada percebeu-se melhoria na organização do processo de trabalho da equipe, integração da equipe, satisfação de todos os trabalhadores de saúde, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde, pois sentiram maior valorização em serem incluídos na reorganização do processo de trabalho da equipe. Para melhor atender a população de áreas distantes foi programado um turno por semana, com objetivo de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, assim como criar vínculo da comunidade com os profissionais de saúde.

CONCLUSÕES

Torna-se necessário que as equipes possam refletir e analisar seu processo de trabalho, de modo que garanta o acesso da população aos serviços de saúde na Atenção Básica, e maior resolubilidade. O Proverb é um programa que valoriza as ações da atenção básica, o monitoramento das ações realizadas mensalmente contribui para o crescimento da equipe. O planejamento mensal se faz necessário com a presença de todos os profissionais. Ressaltamos que as experiências de acolhimento de fato vivenciadas no cotidiano também dos trabalhadores precisam ser percebidas como tecnologia de produção do cuidado para trabalhadores e usuários, assim poderão inserir o acolhimento como dispositivo de fundamental na prática assistencial em unidades de atenção primária. O acolhimento favorece tanto o acesso, como a organização do serviço e a integração profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, **Anexo – Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (DF); 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. **Diretrizes para a organização dos**

serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **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). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da -Saúde. **Documento Base.** 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

CAMPOS, R. T. O. *et al.* **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários.** Saúde e Debate. Rio de Janeiro, v. 38, nº especial, P. 252-264, OUT 2014, DOI: 10.5935/0103-1104.2014S019.

CAMARGO JÚNIOR, K. R.; CAMPOS, E. M. S.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S58-S68, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/11.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.** v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun, 1999.

MORI, M., OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 627-640, 2009.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: **Políticas e Sistema de Atenção no Brasil** (orgs). In: GIOVANELLA, L. *et al.*, 2.ed. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2013.

PASCHE, D. F., PASSOS, E. HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: **trajetória de uma política pública Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4541-4548, 2011.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da estratégia saúde da família**: uma cartografia da micropolítica. 2012. 199 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR), Doutorado em Saúde Coletiva. Fortaleza- CE, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

MEIOS DE COMUNICAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE: ALCANCE DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE POR ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Teresa Cristina de Freitas
Thereza Maria Magalhães Moreira
Ítalo Lennon Sales de Almeida
Raquel Sampaio Florêncio

INTRODUÇÃO

A comunicação é um ato comum a todos os seres humanos e uma área do conhecimento, e, assim sendo, relaciona-se com outros âmbitos da vida e campos teóricos. As áreas da comunicação e da saúde sempre estiveram interligadas, de forma que os meios de comunicação são imprescindíveis para a promoção da saúde.

O cidadão tem três direitos básicos: o direito à saúde, à informação e à comunicação. De forma que, interligando a comunicação à saúde, esta se configura como forma de garantir que estes direitos sejam atendidos e que a saúde, como provedora de qualidade de vida e cidadania, alcance toda a população. Assim, os meios de comunicação representam um instrumento, que pode proporcionar maior alcance de informações essenciais à sociedade no que diz respeito à sua

saúde, como políticas de prevenção, campanhas de vacinação, entre outros (ALMEIDA, 2012).

Desse modo, os meios de comunicação têm papel fundamental na propagação de mensagens sobre saúde. Entretanto, a simples transmissão informações, como índices de contaminação, divulgação de campanhas ou notícias institucionais não representam o que compreendemos por educação em saúde.

Faz-se necessário ir além da informação, construindo conhecimentos que incentivem a participação social, o pensar coletivo e formando, assim, multiplicadores que irão discutir o conhecimento adquirido para as suas redes sociais sejam elas digitais ou não (AKIRA; MARQUES, 2009).

Diante do conhecimento do poder dos meios de comunicação, os profissionais da saúde têm utilizado ferramentas do espaço digital como um instrumento para veicular informações acerca de doenças, prevenção, educação de estudantes e outros assuntos. Além disso, as pessoas tendem a servir-se desses espaços para buscar informações sobre doenças, expor seus sentimentos e suas experiências com o processo de adoecimento, compartilhando com outras pessoas que estão vivenciando algo parecido. Assim, as mídias, além de potentes instrumentos de divulgação de informações, também proporcionam espaços interativos entre os indivíduos (CRUZ *et al.*, 2011).

Os meios de comunicação têm muito a oferecer na área de enfermagem; no entanto, as possibilidades reais de benefícios, dependem do esforço do profissional em saber conduzir essas interações paciente/mídia para que tais ocorram efetivamente.

Dessa forma, foi objetivo do estudo verificar a frequência com que adultos jovens escolares viram, leram ou ouviram mensagens sobre saúde em meios de comunicação. Entende-se que as condições crônicas são um problema de saúde pública e isso tem sido agravado pelo fato das mídias exercerem grande influência sobre os hábitos alimentares e promover o sedentarismo. Influenciam estilo de vida e, principalmente, comportamento alimentar. O Enfermeiro dentro de suas responsabilidades como educador, deve ter este vasto conhecimento para informar e aconselhar os pais a respeito da influência da TV nas escolhas alimentares de seus filhos, além de dar subsídios para elaboração de estratégias de intervenção contra sua disseminação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado na cidade de Fortaleza/Ceará/Brasil, nas escolas que são de responsabilidade da Secretaria de Educação do Estado do Ceará.

A amostra do estudo foi composta 795 adultos jovens escolares de Fortaleza-Ceará, ou seja, aqueles com idade compreendida de 20 a 24 anos, de acordo com a OMS e com o marco legal brasileiro (BRASIL, 2007; OMS/OPAS, 2005), matriculados em alguma instituição educacional de ensino regular ou Ensino de Jovens e Adultos de Fortaleza-Ce.

Os dados foram coletados a partir de um instrumento desenvolvido pelos pesquisadores obtendo-se os seguintes dados: sexo, idade, raça, estado civil, hábito de leitura de jor-

nais, acesso à internet e frequência das mensagens de saúde em meios de comunicação.

Foram realizadas análises descritivas de frequência simples e relativas. Também foi utilizada medidas de tendência central para se obter a média das idades.

Tão logo os dados foram coletados, seguiram para a construção do banco de dados em *software* específico, onde foram tabulados e analisados. O programa estatístico utilizado foi o Statistical Package for Social Science – SPSS, versão 18.

O projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Ceará, pelo qual foi aprovado sob protocolo de número 662.105/2014, seguindo os critérios éticos e legais em todas as fases do estudo, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

O grupo estudado era composto em sua maioria por mulheres (54,7%) e a média entre as idades foi de 21,16 anos, com desvio padrão de $\pm 1,45$ ano. Quanto à raça, observou-se que a maioria dos estudantes se autodeclaravam como não brancos (84,8%). No total de frequências relacionadas ao estado civil, obteve-se que a maioria dos participantes eram solteiros (77,5%).

No que diz respeito, ao hábito de leitura de jornais, apenas 37,4% dos estudantes responderam que têm esse hábito no seu dia a dia. Já com relação ao acesso à internet 80% dos estudantes relataram ter acesso a este meio de co-

municação. Em relação às mensagens sobre saúde em meios de comunicação, verificou-se que 61,1 % dos jovens adultos viram raras vezes ou nunca mensagens em folhetos, 64,7% viram mensagens na televisão semanalmente, 54,7% escutaram raras vezes ou nunca mensagens sobre saúde em rádio, 50,7% leram raras vezes ou nunca mensagens em jornais, 58% leram raras vezes ou nunca esse tipo de mensagem em revistas, 76,5% assistiram raras vezes ou nunca conferências sobre saúde e 42,5% viram semanalmente mensagens sobre saúde na internet.

Tabela1: Frequência de visualização de mensagens de saúde em meios de comunicação por jovens adultos escolares de Fortaleza-CE (n=795).

Variáveis	f	%
Folhetos		
Semanalmente	181	22,8
Mensalmente	97	12,2
Raras vezes ou nunca	486	61,1
Não soube informar	31	3,9
Televisão		
Semanalmente	514	64,7
Mensalmente	124	15,6
Raras vezes ou nunca	143	18,3
Não soube informar	14	1,8
Rádio		
Semanalmente	209	26,3
Mensalmente	122	15,3
Raras vezes ou nunca	435	54,7
Não soube informar	29	3,6
Jornal		
Semanalmente	231	29,1
Mensalmente	130	16,4
Raras vezes ou nunca	403	50,7
Não soube informar	31	3,9

Revista		
Semanalmente	152	19,1
Mensalmente	153	19,2
Raras vezes ou nunca	461	58,0
Não soube informar	29	3,6
Conferências		
Semanalmente	68	8,6
Mensalmente	73	9,2
Raras vezes ou nunca	608	76,5
Não soube informar	46	5,8
Internet		
Semanalmente	338	42,5
Mensalmente	115	14,5
Raras vezes ou nunca	320	40,3
Não soube informar	22	2,8

DISCUSSÃO

Os meios digitais de comunicação têm ganhado importante destaque quando o assunto é promoção de saúde, pois se trata de um meio de propagação de mensagens, que alcança mundialmente diversas populações, trazendo possibilidades de interações entre diversas sociedades, eliminando barreiras físicas e motivando diferentes culturas.

A internet foi um dos meios de comunicação que mais se destacou no estudo. Este serviço é uma das mídias sociais que mais se expandiram, nas últimas décadas, tornando o seu acesso cada vez mais fácil, o que acaba se relacionando com o declínio do hábito de leitura de jornais, que vem diminuindo cada dia mais na população atual. Um estudo realizado com alunos do curso de Enfermagem de uma instituição privada de ensino superior de Belo Horizonte que procurava anali-

sar as habilidades de leitura e o letramento desta população, mostrou que muitos dos participantes não tinham o hábito de leitura nesse veículo de comunicação, mostrando dificuldades de leitura e entendimento por não reconhecerem a estrutura de um jornal (RIBEIRO, 2009).

O estudo tinha a intenção de compreender melhor determinados aspectos de leitura através de questionários e testes práticos de leitura e, também, de analisar a frequência do hábito de leitura nessa população. São poucos os estudos realizados que abordam essa temática com adultos jovens escolares, e estes, também, merecem atenção, principalmente quando o assunto é saúde, pois, assim como os universitários, os alunos dessa faixa etária também estão expostos a diversas vulnerabilidades, que podem estar presentes no ambiente escolar, de trabalho e até no domiciliar. E essas situações de vulnerabilidades podem ser prevenidas através da informação, que está presente em diversos meios de comunicação, inclusive nos jornais, revistas e folhetos que, na maioria das vezes, necessitam do hábito da leitura para que haja sua correta compreensão.

Já em relação à frequência em que as mensagens de saúde são disseminadas, percebemos que a televisão ainda tem sido o meio de comunicação de maior influência na atualidade. Um estudo realizado Santos et al. (2012), que procurava analisar a influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar mostrou que nem sempre a televisão pode ser um meio confiável de disseminação de mensagens de saúde, uma vez que há um grande número de divulgação de produtos, que são atrativos e que estão associados a estilos de vida desejáveis, induzindo a escolha das pessoas

pelas ideologias capitalistas e não pelos benefícios que esse proporciona. O aprendizado obtido por meio dessas mídias repercutem sobre a alimentação, autoimagem, saúde individual, valores, preferências e desenvolvimento psicossocial.

Hábitos inadequados podem ser fatores de risco para doenças crônicas. Estudos recentes têm identificado hábitos alimentares pouco saudáveis, especialmente entre as pessoas pertencentes às classes econômicas mais favorecidas, que possuem maior acesso aos alimentos e à informação, sendo a dieta adotada usualmente rica em gorduras, açúcares e sódio, com pequena participação de frutas e hortaliças (LEVY *et al.* 2010).

Um estudo realizado por Alvarenga *et al.* (2010), que avaliou a influência da mídia em universitárias brasileiras evidenciou que a influência da mídia sobre essa população é igual, apesar das diferenças culturais existentes entre as diversas regiões do país mostrando que esse resultado de similaridades faz sentido quando se observa que a população brasileira é exposta aos mesmos programas de televisão, revistas, filmes, modismos e notícias.

Com isso, percebe-se que a televisão é um veículo de informação em massa que aproxima as diferentes culturas e sociedades, principalmente quando falamos de padrões estéticos e corporais, o que nem sempre pode ser significado de um estilo de vida saudável. Ou seja, apesar de ser um meio bastante utilizado, nem sempre a descrição de saúde que as mídias e programas televisivos transmitem podem ser considerados, uma vez que a maioria dos programas se utiliza da persuasão para que o telespectador possa adquirir o produto que está sendo vendido.

É inquestionável a forte influência da mídia sobre os comportamentos adotados pela sociedade moderna. Com isso, surge a discussão sobre o impacto dos meios de comunicação de massa sobre o sistema de saúde da população. Visando analisar parte dessa relação, pesquisadores têm estudado o papel da mídia na dinâmica dos serviços de saúde. Resultados de estudos vêm demonstrando o alcance populacional da mídia em diversos níveis sociais e sua influência sobre o sistema de saúde (AKIRA; MARQUES, 2009).

O papel da escola é imprescindível para o acesso aos meios de comunicação e mudanças de comportamento, pois o ambiente escolar deve oferecer recursos para que os alunos tenham acesso aos diversos meios de interação, ampliando o conhecimento e aprendizagem. Além disso, a escola deve ser incentivadora do hábito de leitura e letramento da população, promovendo o acesso à informação, corroborando para a promoção da saúde e de hábitos de vida saudáveis.

CONCLUSÃO

Os meios de comunicação constituem poderosa fonte de influência sobre a sociedade em diversos aspectos, incluindo a utilização dos recursos de saúde. Embora vários deles sejam conhecidos e utilizados, a televisão ainda é o meio de comunicação de maior alcance de informações e mensagens sobre saúde. No entanto, percebe-se que ainda é necessário um maior investimento em programas que promovam a divulgação de hábitos saudáveis de vida ou a introdução de sinais de alerta para o consumo indiscriminado de produtos que podem causar mal à saúde. Além disso,

o ambiente escolar deve estimular a utilização dos meios de comunicação como forma de acesso a informações, ampliando o conhecimento através de formas mais interativas de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

AKIRA, F., MARQUES A. C. [O papel da mídia nos serviços de saúde]. **Revista da Associação Médica Brasileira** [São Paulo]. v. 55, n. 3, p. 246-246, 2009.

ALMEIDA, M. A. **A promoção da saúde nas mídias sociais** – Uma análise do perfil do Ministério da Saúde no Twitter [Trabalho de conclusão de curso]. Goiânia: Universidade Federal de Goiânia, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia, 2012.

ALVARENGA, M. S. *et al.* Influência da mídia em universitárias brasileiras de diferentes regiões. **J Bras Psiquiatr.** v. 59, n. 2, p. 111-118, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. 1 ed. Brasília, DF: SAS; 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/12. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CRUZ, D. I. *et al.* O uso das mídias digitais na educação em saúde. **Cadernos da FUCAMP.** v. 13, n. 10, p. 130-142, 2011.

LEVY R. B. *et al.* Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 15, n. 2, p. 3085-97. 210.

OMS. Organização mundial de saúde. Organização pan-americana de saúde. Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital. 2005.

RIBEIRO, A. E. Navegar sem ler, ler sem navegar e outras combinações de habilidades do leitor. **Educação em revista**. v. 25, n. 3, p. 75-102, Dez. 2009.

SANTOS, C. C. *et al.* A influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. **Cogitare Enfermagem**. v. 17, n. 1, p. 65-71. Jan/Mar, 2012.

PARTE II

INOVAÇÕES TRANSDISCIPLINARES

ECOSSAÚDE: UMA ESTRATÉGIA INOVADORA TRANS-DISCIPLINAR PARA O CONTROLE DA DENGUE

Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta

Krysne Kelly de Oliveira França

Elaine Neves de Freitas

Mayara Natércia Veríssimo de Vasconcelos

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

As novas complexidades introduzidas no campo da saúde impõem uma reflexão sobre as estratégias ideais para solucioná-las. Mas como intervir na complexidade? Que estratégias invocar quando a problemática não se deve apenas ao campo da saúde? Como viabilizar abordagens que integrem a proteção da saúde e do meio ambiente?

Sob essa perspectiva nos deparamos com as doenças emergentes e reemergentes. Essas foram conceituadas pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) nos Estados Unidos da América como doenças infecciosas causadas por novos micro-organismos ou mesmo que ressurgiram após declínio e controle de sua incidência.

Barreto e colaboradores (2011) sistematizam os principais sucessos e insucessos no controle das doenças infec-

ciosas no Brasil e concluem que doenças tiveram insucesso no controle (tal como a dengue e a leishmaniose visceral) são transmitidas por vetores com perfis epidemiológicos variados e a complexidade de seu controle se dá quando sua proliferação está associada a áreas de rápida urbanização e de habitações de baixa qualidade. Desse modo, os esforços não se encontram apenas no setor saúde. As abordagens diante dessa problemática devem ser plenamente integradas a políticas amplas que incorporem a mobilização da sociedade, educação ambiental e da saúde, melhorias em habitação e saneamento e esforços para evitar mais desmatamento.

Para além da rotulação sobre um tipo de doença como emergente ou reemergente, o que se torna claro nessa discussão é que os problemas apresentados pela sociedade globalizada, sejam eles políticos, econômicos ou sociais, são bastante complexos e precisam ser analisados levando em consideração o contexto em que se encontram para que eles possam ser solucionados de modo eficaz. Os desafios encontram-se ancorados em fenômenos como o dilema da degradação socioecológica *versus* avanço econômico, a deteriorização dos sistemas de saúde, a globalização e transformação rápida dos padrões de comportamentos sociais (MINAYO; MIRANDA *et al.*, 2002).

Consoante a esses fatores, existe ainda uma inadequação do sistema que fragmenta o conhecimento em elementos desconjugados, aglomerados em torno de disciplinas. Para Morin (2002) o pensamento redutor dá ênfase aos elementos, não às totalidades em contraposição, o pensamento complexo a um só tempo separa e associa, reduz e complexifica, articulando diferentes saberes, compreendendo o contexto, as relações conflituosas e as tensões entre partes e todo.

Essa fragmentação do pensamento redutor, ainda hegemônico, impede que olhares diferenciados se aproximem e se complementem na busca por soluções permanentes da realidade de saúde e doença com a qual se depara. Além disso, tem-se que esses problemas, ao se apoiarem em realidades multidimensionais, transculturais e transdisciplinares, exigem, para o seu entendimento, não só um olhar vertical, mas também um olhar transversal.

Assim, surge a ideia de transdisciplinaridade. Nessa abordagem, não significa apenas que as disciplinas colaboram entre si, mas também que existe um pensamento organizador que ultrapassa as próprias disciplinas, na busca de uma compreensão dos complexos problemas que assolam nossa sociedade.

INOVAÇÕES TRANSDISCIPLINARES E A POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO NA DENGUE

Morin (2011) afirmou que quando os objetos estudados são fragmentados e, em seguida, seus pedaços são encaixotados em determinadas disciplinas, surgem sérias questões que podem prejudicar a compreensão e, por conseguinte, a resolução dos problemas essenciais que a humanidade precisa cuidar, pois eles são multidimensionais, globais, transversais e, portanto, polidisciplinares.

A complexidade do setor saúde não permite uma abordagem dos problemas realizada de forma fragmentada, por estruturas setorializadas. Para enfrentar de forma eficiente os problemas de saúde em que vive a população, somente ações coletivas, intersetoriais, transdisciplinares e que proporcionem o desenvolvimento de autonomia nos sujeitos

podem apresentar resultados satisfatórios. O caminho para a estruturação de ações coletivas mais complexas, que deem conta da realidade e de suas diversas nuances, é a articulação intersetorial e transdisciplinar (WIMMER *et al.*, 2006)

Ao longo dos tempos, existiram muitos estudos referentes ao tema. Para Nicolescu (2000), é muito difícil encontrar uma origem segura para o termo transdisciplinaridade. Para o autor, teria sido Niels Bohr, em um artigo de 1955, sobre a unidade do conhecimento, o primeiro a empregar a expressão ou a ideia da expressão transdisciplinaridade. Todavia, a fonte mais segura é um documento redigido por Piaget (1972, *apud* JAPIASSU, 1976) em um colóquio da UNESCO, de 1972, sobre interdisciplinaridade. É dele a famosa passagem em que se afirma que da etapa das relações interdisciplinares se pode esperar suceder uma etapa superior que será transdisciplinar, que não se contentará com a obtenção de interações ou reciprocidades entre pesquisas especializadas, mas situará essas ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estáveis entre essas disciplinas.

Um ano marcante foi 1994, quando foi realizado o I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, no Convento de Arrábida, Portugal. Edgar Morin, Basarab Nicolescu e Lima de Freitas escreveram a Carta da Transdisciplinaridade, na qual temos uma definição do conceito transdisciplinar: Artigo 3: “(...) a transdisciplinaridade não procura o domínio sobre várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa (...)” (IRIBARRY, 2003). Porém, tentar compreender a realidade dessa maneira, não é tarefa fácil. Morin já ressaltava: “(...) que no decorrer dos anos escolares, nossa educação nos ensinou a separar, compartimentar, isolar e, não unir conhecimentos” (MORIN, 2004, p. 42).

No serviço de saúde de forma geral, existe uma prática segmentada que aparece no processo de trabalho interprofissional das equipes, a qual vem colidir com a possibilidade da integralidade, um dos princípios orientadores do SUS. A integralidade, como uma diretriz e também como um conceito central na construção do SUS, quer significar um processo de trabalho que compreende a construção de uma política pública traduzida como um sistema co-operativo entre sujeitos trabalhadores, gestores e usuários na realização de diretrizes e ações coletivas organizadas por lógicas voltadas para a garantia dos direitos sociais (PAIM *et al.*, 2006). Portanto, a busca da integralidade, “implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo”, contrariando o modelo flexneriano ainda presente no contexto de saúde atual (SILVA JUNIOR, 1998).

Todavia, esse diálogo será muitas vezes pautado pela necessidade de refletir sobre a solução de um determinado problema. Uma vez um problema irresoluto em um campo de conhecimento, esse é levado para outra área de conhecimento, de modo que se instaure um diálogo a partir das dificuldades trazidas pelo problema e do desafio que sua solução representa (IRIBARRY, 2003).

A transdisciplinaridade, além de ser muito importante para a realização de um trabalho em equipe, no qual, diversas profissões dialogam em busca da solução de um problema, havendo uma integração entre os saberes técnicos, também é favorável a consideração dos saberes populares, pois eles também estão inclusos no complexo contexto da saúde.

O profissional de saúde, o sanitarista, o educador, etc. podem – e devem – apoiar a comunidade para que ela mesma vença as suas dificuldades, e estas não devem ser ditadas por um único setor, mas construídas numa discussão inter-setorial que fortaleça um processo de tomada de consciência e de enfrentamento dos problemas vividos na realidade cotidiana pela comunidade (WIMMER *et al.*, 2006).

Muitos problemas que existem na sociedade tornam-se praticamente impossíveis de serem resolvidos se não houver: 1) A valorização e incorporação da sabedoria local; 2) O esforço transdisciplinar da equipe das unidades básicas de saúde e 3) As parcerias com outros setores transversais ao setor saúde (WIMMER *et al.*, 2006).

A transdisciplinaridade, por exemplo, deveria ser empregada para tentar solucionar o problema das epidemias de dengue. Não basta que as equipes de saúde apenas se mantenham nos postos de saúde atendendo a demanda populacional com sintomas de dengue. É preciso que haja uma interação e integração transdisciplinar entre as diversas áreas de conhecimento envolvido nessa situação.

É preciso adentrar o contexto da população acometida pela epidemia, observar, questionar e analisar, para, somente então, tentar, unidos a sabedoria popular, encontrar uma estratégia para redução do número de casos de dengue. É preciso que haja uma construção coletiva das estratégias de intervenção.

A fim de estudar estratégias inovadoras e transdisciplinares para o controle do dengue, o presente trabalho pretende analisar uma intervenção baseada na Ecosaúde para o controle da dengue.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O estudo de natureza qualitativa descrito nesse artigo é parte de uma iniciativa de pesquisa multicêntrica. A iniciativa analisou intervenções a partir de um desenho de estudo de *clusters*-randomizados para a melhoria da prevenção da Dengue e Doença de Chagas e é liderada pelo *Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases* (TDR) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo International Development Research Centre (IDRC).

No Brasil, a iniciativa concentrou os esforços na melhoria da prevenção dos casos de Dengue e os locais foram selecionados na cidade de Fortaleza-Ceará. Para a seleção dos locais do estudo foram sorteados aleatoriamente por meio de quadrículas do mapa de Fortaleza através do software *AutoCad map* e o software *ArcView 3.3*, de forma que cada quadrícula correspondia a um local com cerca de 100 imóveis. Cada quadrícula correspondia a um *Cluster* traduzido ao português como um Agregado. Assim, a pesquisa seguiu com a seleção de 10 agregados que recaiu nos seguintes bairros: Centro, Papicu, Granja Lisboa, José Walter, Messejana, Passaré, Parreão, Pici, Quintino Cunha, e Vila Ellery.

A intervenção esteve alicerçada pelos princípios da Ecosáude (mais intimamente aos princípios da Participação, Sustentabilidade e Transdisciplinaridade) e a fase inicial teve como finalidades:

a) Capacitar comunidades urbanas, a partir do estímulo a ações de manejo ambiental com focos recipientes descartados, em que foram encontradas formas imaturas do vetor da dengue, tanto em suas casas como no seu entorno.

b) Promover atividades multissetoriais que permitam que os agentes de controle do dengue e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família desempenhem o papel de líderes da população e educadores.

c) Estimular a parceria entre comunidades urbanas específicas de Fortaleza e os múltiplos serviços urbanos do Município de Fortaleza baseando-se no manejo de resíduos sólidos para contribuir para o controle de vetores urbanos.

d) Estimular a comunidade por meio de um enfoque de equidade de gênero a estabelecer estratégias efetivas e sustentáveis quanto ao controle da doença.

O presente trabalho faz referência à segunda fase desenvolvida por este projeto Multicêntrico. Assim, finalizada a primeira etapa do estudo, seguiu-se com a seleção de mobilizadores sociais de cada agregado, sendo dez os participantes (um por agregado), quatro homens e seis mulheres. Estes foram selecionados para repensar suas práticas como mobilizadores ou educadores sociais e participarem da prevenção e do controle do dengue somando conhecimentos entomológicos, conhecimentos patológicos e epidemiológicos com os saberes populares e a dimensão contextual.

O intuito dessa fase foi capacitar os mobilizadores sociais segundo os ideais da Ecosaúde e propor estratégias de educação voltadas à comunidade, intervindo em comércios, igrejas, escolas, mercantis e outros. Os participantes estiveram incluídos em oficinas de educação em saúde sobre o processo de trabalho do mobilizador/educador social, acerca da temática da Ecosaúde, a importância do Empoderamento da população local e sobre ações de controle saudáveis ao ambiente e às pessoas.

Os encontros e oficinas foram realizados dentro do espaço da universidade e contou com a participação dos mobilizadores e dez coordenadores (pesquisadores na área) que ficaram responsáveis por acompanhar o trabalho desses profissionais, fazendo visitas regulares ao bairro correspondente de cada mobilizador, auxiliando em possíveis dúvidas.

A coleta das informações foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas. Estas foram transcritas e analisadas segundo a análise de conteúdo temática (MINAYO, 2008). Inicialmente, os “dados brutos” foram transcritos literalmente e seguiu-se com a leitura das entrevistas transcritas, que se deu com leituras flutuantes seguidas por leituras exaustivas. Essas leituras confluíram em uma etapa importante em que os pesquisadores elencaram as relações entre as experiências e interpretaram o significado dessa inovação para os participantes. Quando às relações e interpretações emergiram do discurso, foi possível então distingui-las em unidades categoriais presentes em nossos resultados.

O projeto de pesquisa que refere o presente documento teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará-UECE e seguiu às recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOSE E DISCUSSÕES

ECOSSAÚDE E TRANSDISCIPLINARIDADE: A VISÃO DO MOBILIZADOR SOCIAL SOBRE A INTERVENÇÃO

A experiência vivida na transdisciplinaridade entre os pesquisadores e mobilizadores sociais desse estudo produ-

ziu efeitos aceitáveis por parte dos profissionais. Tratou-se de um movimento onde a universidade buscou não apenas pesquisar observando, interrogando, mas atuando de modo significativo, partilhando e recebendo, de modo horizontalizado, saberes, interagindo com os sujeitos do processo.

Essa ação promovida pela universidade interferiu no olhar dos profissionais acerca das questões do meio ambiente. Conduzi-os à compreensão de um trabalho, muitas vezes já realizado, porém sem o conhecimento apropriado das questões.

[...]. Foi um período em que eu tirei muitas dúvidas, porque a gente só via dengue, dengue, mas não sabíamos o que poderia acontecer né... no meio ambiente. Pra mim foi muito interessante [...] (Mobilizadora Quintino Cunha).

[...]. Era um trabalho que a gente já desenvolvia só que, depois, quando a universidade entrou com os pesquisadores, reforçou esse projeto do ecossaúde. Trabalhar a prevenção, a promoção da saúde, se preocupando também com o meio ambiente [...] (Mobilizadora José Walter).

A proposta de uma corresponsabilidade entre profissionais, gestores e demais atores sociais é vista como algo favorável, mas implica muito mais em uma atuação do morador nesse processo de mudança. Alguns profissionais se abstraem de outras responsabilidades que não são papel da comunidade, mas de ações políticas que garantam um aparato social passível de melhores estruturas àquela, de modo

que não se tenha um único “culpado” pelas condições ambientais que se instalam atualmente na sociedade como todo e, conseqüentemente, pelo dengue.

[...] esse trabalho, ele tem muito a contribuir nesse processo de mudança, esse... essa visão nova, dessa... dessa corresponsabilidade, né? Do morador com as políticas de saúde, né? Como ele pode contribuir para que ele possa ter assim, uma vida mais saudável [...] (Mobilizador Passaré).

A Ecossáude apresenta a participação como sua característica principal, pois acredita que sem a participação não é possível adquirir o envolvimento da comunidade nas questões relacionadas com a saúde. E, assim, as principais soluções devem partir da troca do conhecimento (comunicação) e a análise dos problemas em conjunto, com envolvimento da comunidade e metodologias que verifiquem hipóteses e levem à ação (LEBEL, 2003).

A PARTICIPAÇÃO E AS RELAÇÕES DE PODER: UMA DISCUSSÃO NO CONTEXTO DA DENGUE

[...]. Eu acho que o que foi bom da ação foi a mensagem da participação [...] (Mobilizador Quintino Cunha).

O discurso acima revela a mudança paradigmática vivenciada pelo Mobilizador Social. Sabe-se que com a complexidade dos problemas de saúde pública, o foco dos envolvidos passou a ser, não apenas a comunidade e os profissionais de saúde, mas também diversos atores e setores que

devem participar no processo de busca de soluções (BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008; ROZEMBERG, 2006).

Conceitualmente, o processo de participação social em saúde é definido como um processo inclusivo de diferentes atores (indivíduos, grupos sociais, instituições e organizações sociais) em prol de direitos e usufrutos de bens e serviços na sociedade e na tarefa de promover a saúde da população (OLIVEIRA, 2009). Dentre tantas vertentes, destacam-se desde uma participação abertamente manipulada até uma participação que respeita as diferenças da figura do outro. O que não se questiona é que a participação é uma condição para a conquista e a garantia de direitos como saúde, alimentação, transporte, moradia, educação e trabalho (STRECK, 2010).

A dengue e seus programas verticais e campanhas determinam um pouco dessa participação abertamente manipulada da população. O debate ocorre por mídias e é reproduzido pelos profissionais de controle da doença, de forma que essa participação não passa de uma participação em seu primeiro nível na classificação de Stone (2000), pois insere os indivíduos em palestras e oficinas e “culpabilizam” a população por não compreender a doença e não assumir o compromisso de colaborar com o seu combate.

Segundo Oliveira *et al.* (2011), de uma forma geral, em seu estudo, deixou claro que o poder não ocorre de forma compartilhada, com corresponsabilidade nas ações de promoção de saúde, interferindo negativamente na criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. A relação de poder com a população também é verticalizada.

Os profissionais não estimulam a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações. Percebem o usuário como alguém que precisa de conhecimento, transferindo a culpa de seus problemas de saúde a eles.

Mas, então, de quem é a culpa pela incidência da doença? E quem é detentor do poder do controle? Na verdade, com a experiência da intervenção foi possível observar a possibilidade de compartilhamento de saberes em detrimento da visão reducionista e culpabilizadora vivenciada pelo controle tradicional da dengue.

[...]. Antigamente, nas palestras do nosso trabalho, a gente falava sobre o que é dengue, sobre os sintomas. Hoje em dia não, todo mundo sabe os sintomas, a gente vai logo de cara explicando sobre os cuidados com os criadouros [...] (Mobilizador Quintino Cunha).

À luz de Foucault, o poder não é uma propriedade, nem uma coisa pela qual não se pode apreender nem conquistar. O poder é uma rede imbricada de relações estratégicas complexas, não estar localizado, é um efeito que invade todas as relações sociais. Não se limita a exclusão nem a proibição. O poder produz de forma positiva sujeitos, discursos, saberes, verdades, realidades que penetram todos os eixos sociais, multiplicando, assim, as redes de poder que em constante transformação geram relações e inter-relações entre as diferentes estratégias (DÍAZ, 2006).

Quando o trabalho em equipe transdisciplinar é demandado, visando uma maior eficácia na intervenção das

ações preventivas e de promoção da saúde, é necessário construir o processo de trabalho coletivo.

Ocorrendo a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, criando vínculos de confiança, compromisso e respeito. Estimulando a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

OS DESAFIOS DA ECOSSAÚDE PARA O CONTROLE DA DENGUE

Construir relações no âmbito universitário foi possível e gerou inquietações favoráveis nos profissionais participantes, mas, ao conduzir a proposta para ação, ou seja, guiá-la para uma intervenção junto à comunidade, a abordagem em Ecos saúde colidiu com aspectos relevantes dentro da pesquisa.

As ações foram realizadas pelos mobilizadores, mas nem todos conseguiram um envolvimento da comunidade, seja pela questão estrutural do bairro como ausência de espaço para reuniões ou pela violência que se destaca no local. Ao que se apresentam, em alguns bairros, as pessoas têm necessidades maiores, diria até em termos vitais, como alimentação, e isso procede num incômodo que constrange o mobilizador em suas intervenções e limita suas práticas.

[...] negativo as parcerias no bairro que não houve. Apenas no centro comunitário que tive apoio, e ainda as escolas e igrejas não abriram esse espaço para mim, a falta de posto de saúde na região também é um

problema em potencial... Não tive oportunidade de firmar minhas ações... é uma área extremamente urbanizada e altamente violenta, no meu ponto de vista, a violência tem mais relevância para os moradores da região que a dengue [...] (Mobilizadora Papicu).

[...] morrem muitos adolescente por causa das droga e disputa do tráfico. Me sinto impotente trabalhando a problemática da droga em um lugar onde as pessoas não têm nem o que comer. Pra eles esse é o problema, não ter o que comer no dia [...] (Mobilizadora Granja Lisboa).

Conforme ressalta Cavalcanti (2013), a dengue não possui uma única causa, envolvendo um conjunto de elementos sociais e ambientais que favorecem a transmissão da doença e a dispersão do mosquito transmissor, por isso requer para o seu controle soluções integradas que levem em conta as inter-relações entre os componentes ambientais, sociais, culturais, econômicos, agregando a participação de diversos atores sociais.

O autor lembra ainda que “conseguir a mesma disponibilidade, sensibilização ou interesse em colaborar, principalmente para uma ação que deverá ser longa e duradoura” é um grande desafio (CAVALCANTI, 2013, p. 97). A afirmação do autor revela exatamente aquilo que se configura na pesquisa, pois as ações propostas, embora revestidas da vontade, interesse e determinação dos profissionais participantes, não se mantêm duradouras, tendo em vista, possivel-

mente, os aspectos já destacados e isso culmina num esfacelamento dos sentimentos mobilizadores outrora dispensados ao trabalho.

[...]. Muda só naquele momento, temos que amedrontar as pessoas. Durante o pico as pessoas se sensibilizam com as questões da dengue... mas depois volta tudo novamente. Infelizmente não tem uma continuidade [...] são pouquíssimas as mudanças, num retorno de uma visita está tudo igual, eles não se preocupam com a questão do lixo [...] (Mobilizadora Granja Lisboa).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vislumbrando um modelo sanitarista-campanhista, o controle do dengue ao longo dos anos configurou-se com características centralizadoras e verticalizadas. Embora os programas mais atuais de controle da doença reconheçam a importância de intervenções participativas na comunidade, essas atividades ainda assim concentram em difundir informações sobre a prevenção sem articular saberes e supondo que após a comunicação haverá mudanças de hábitos. Quando isso comumente não ocorre, o profissional (agente sanitarista ou mobilizador social) se vê frustrado e culpabiliza a população por não seguir suas recomendações.

Inovações em saúde nesse âmbito são estimuladas e, assim, ressalta-se estratégias que compreendam a complexidade da dengue, que busquem a integração de saberes e reconheçam uma participação social e a corresponsabilidade para sua prevenção.

Não podemos esperar que o pesquisador entre no campo simplesmente para solucionar problemas específicos, mas esperamos dele, em uma pesquisa que parte da participação, a contribuição para alargar o olhar da comunidade. E, assim, mais do que respostas, a mesma necessita de colaboração para formular as perguntas (STRECK, 2010).

O presente estudo propôs a formação em Ecosauúde de mobilizadores sociais para intervir no dengue. Com os discursos, observou-se que os mobilizadores apoiaram a nova abordagem e reconheceram que os desafios são diversos. As novas práticas de participação social estimuladas visam o reconhecimento do contexto e dos significados da doença para a população.

Para além da responsabilização do morador pelos números de casos da doença, os mobilizadores sociais envolveram-se em um debate sobre novas estratégias para inserir o morador na discussão sobre a doença e buscar novas soluções para o bairro.

A experiência tem demonstrado que os esforços de participação se esbarram em uma complexidade que tange a relação entre saúde, ambiente e doenças transmissíveis por vetores. Para tanto, as possibilidades se alinham a uma integração transdisciplinar, com ações de controle vetorial racional, reconhecendo os saberes locais, a fim de construir uma autonomia comunitária.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L. *et al.* Sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet**, 47-60, 2011.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais no Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 403-409, 2008.

CAVALCANTI, L. P. G. Complexidade das Intervenções para o controle do dengue. In: CAPRARA, A; LIMA, J.W.O; PEIXOTO, A. C. R (org.). **Ecossáude, uma abordagem eco-bio-social**: percursos convergentes no controle do dengue. Fortaleza: Ed.UECE, 2013.

DÍAZ, R. G. *Poder y resistencia en Michel Foucault. Tábula Rasa*. Bogotá - Colombia, n. 4, p. 103-122, enero-junio de 2006.

IRIBARRY, I. N. O Diagnóstico Transdisciplinar como dispositivo para o trabalho de inclusão. Em C. R. Batista & C. Bosa (Orgs), **Autismo e educação**: reflexões e proposta de intervenção (p. 73-91). Porto Alegre: Artmed, 2000.

JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LEBEL, J. **Health an ecosystem approach**. Canadá: International Development Research Centre, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 10 ed. 2008

MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 37-49.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 19 ed, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011,128p.

_____. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 6 ed. 2002.

NICOLESCU, B. *Transdisciplinarity and complexity: levels of reality as source of indeterminacy*. **Bulletin interactif du CIRET (Centre de Recherche et Etudes Transdisciplinarité)**. v. 15, p. 71-75, 2000.

- OLIVEIRA, H. M; MORETTI-PIRES, R. O; PARENTE, R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico Arendtiano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.15, n.37, p.539-50, abr./jun. 2011.
- OLIVEIRA, M. L. Participação e controle social: conceitos, propósitos e perspectivas de um processo educativo em saúde coletiva. **Revista de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul**, v. 3, n. 1, p. 89-98, 2009.
- SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1998.
- STONE, L. *Cultural influences in Community Participation in Health. Social Sciences and Medicine*, v. 35, n. 4, p. 408-417, 2000.
- STRECK, D. R. Educação popular e pesquisa participante: a construção de um método. In: STRECK, D. *et al.* **Leituras de Paulo Freire: contribuições para o debate pedagógico contemporâneo**. Brasília: Liber livro Editora, p. 171-197, 2010.
- WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006.

LETRAMENTO EM SAÚDE E NAVEGAÇÃO DE PACIENTES NA SAÚDE COLETIVA: ALICERCES PARA A CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Daianne Cristina Rocha

Nara de Andrade Parente

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Maria da Penha Baião Passamai

Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos

Soraia Pinheiro Machado Arruda

INTRODUÇÃO

Embora não haja um conceito unanimemente aceito de letramento em saúde, o mesmo pode ser definido como “o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde” (RATZAN; PARKER, 2000). Sorensen *et al.* (2012) propuseram um modelo conceitual integrado um pouco mais completo, onde é requerido que o indivíduo possua 4 tipos de competências: acesso (habilidade para procurar, encontrar e obter informações em saúde); compreensão (habilidade para compreender as informações que são acessadas); avaliação (habilidade para interpretar, filtrar, julgar e avaliar

as informações em saúde acessadas); e aplicação (habilidade para comunicar e usar as informações na tomada de decisão na manutenção e melhora da saúde).

Diversos estudos têm evidenciado que é frequente o baixo nível de letramento em saúde (PARKER *et al.*, 1995; DE WALT, 2004; IOM, 2004; JOVIC-VRANES *et al.*, 2009; WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES - WHCA, 2010). Tal situação pode comprometer o estado da saúde individual e coletiva (ISHIKAWA *et al.*, 2008; WHCA, 2010) resultando, conseqüentemente, em maiores taxas de hospitalização (BAKER *et al.*, 2002; OLNEY *et al.*, 2007), mau gerenciamento da própria saúde e do processo de adoecimento, com baixa adesão às medidas de promoção e prevenção de doenças e uso de medicamentos e, finalmente, baixos níveis de conhecimento sobre doenças crônicas, serviços de saúde e saúde global (DE WALT, 2004; OLNEY *et al.*, 2007; ISHIKAWA *et al.*, 2008; JOVIC-VRANES *et al.*, 2009; WHCA, 2010; RAWSON *et al.*, 2009).

Sampaio *et al.* (2012) aferiram o letramento em saúde de 838 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Fortaleza, englobando tanto clientes de ambulatórios hospitalares como da atenção básica, encontrando alta prevalência (66,7%) de letramento insatisfatório (marginal e inadequado). Diante de tais achados, esse grupo de autores começou a pensar uma forma de interferir na realidade encontrada e maximizar o processo de promoção da saúde. Nessa perspectiva, considerou-se realizar uma capacitação de equipes de saúde para a abordagem educativa dos usuários do SUS, apoiada nos pressupostos do letramento em saúde.

Para tanto, foi também resgatado o conceito de navegadores de saúde, que pode ser entendido como “uma estratégia para melhorar os resultados do cuidado em saúde em populações vulneráveis através da eliminação de barreiras no diagnóstico e tratamento de câncer e outras doenças crônicas” (FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011).

Pensou-se em um modelo de capacitação que tanto respeitasse a situação de letramento dos usuários, como tornasse a equipe e pessoas da comunidade em navegadores de saúde ou amigos do usuário do SUS.

Assim, foi delineada uma pesquisa com base neste modelo - **Plano Alfa-Saúde** - no âmbito da Chamada 03/2012 - Programa de Pesquisa para o SUS: PPSUS Rede, do Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), na linha Recursos Humanos em Saúde Pública. A pesquisa foi aprovada e iniciada em novembro/2012 e finalizada em novembro/2014.

Dentre os grupos-alvo da capacitação planejada, foram incluídos os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atuam no Ceará, foco do presente capítulo.

Trata-se de uma proposta inovadora, ao pensar em capacitação de recursos humanos aliando, simultaneamente, pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores de saúde como melhor forma de aprimorar as ações de educação em saúde realizadas no SUS.

OBJETIVO

Descrever a repercussão sobre a prática profissional de uma capacitação realizada no contexto do Plano Alfa-Saúde, sob a ótica de profissionais do NASF do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção, com abordagem quali-quantitativa, realizado nas dependências do Centro Regional Integrado de Oncologia – CRIO, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – CCS-UECE e de um hotel reservado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA.

O universo do estudo é representado pelos profissionais que integram os NASF do Ceará. Segundo dados da SESA, até abril de 2012 havia, no Estado, 151 Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Foram convidados todos os coordenadores, sendo que cada um poderia trazer mais um integrante de seu NASF, de forma que a amostra englobou 302 profissionais.

Foram critérios de inclusão estar formalmente cadastrado como integrante do NASF e estar em condições físicas para se deslocar aos locais de capacitação. Por mudanças governamentais, o NASF de Fortaleza foi desfeito por ocasião do início do estudo, de forma que dos 302 integrantes previstos, restaram 226 e destes 188 (83,2%) constituíram a amostra final.

A capacitação foi desenvolvida abrangendo conteúdo de embasamento técnico e teórico. Como embasamento técnico foram enfocados os pressupostos do letramento em

saúde e da navegação em saúde como estratégia de ação educativa dirigida ao usuário do SUS a partir de sua aplicação aos integrantes do NASF. No embasamento teórico foram enfocados aspectos teórico-operacionais do letramento em saúde, navegação em saúde e atividades específicas de promoção em saúde, envolvendo tópicos do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011).

Adotou-se uma metodologia proativa, envolvendo todos os participantes, pesquisadores e recursos humanos em capacitação, sem discriminação de papéis. Assim, foi adotada a estratégia dos Círculos de Estudos, adaptado dos Círculos de Estudo em Letramento em Saúde (Health Literacy Study Circles) propostos por Rudd *et al.* (2005) e Soricone *et al.* (2007). Esse grupo de autores propõe 3 tipos de círculos, todos embasados no letramento em saúde, cada um com 15 horas de duração: um destinado à prevenção de doenças, um visando manejo de doenças crônicas e um destinado ao acesso e navegação em saúde. O conteúdo enfocado também foi adaptado à realidade local e público-alvo das capacitações. Foi ainda utilizado o Programa Navegador de Pacientes da American Cancer Society (FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011) como referencial, adaptado para doenças em geral.

Foram formadas turmas de até 45 pessoas, havendo 5 turmas de profissionais dos NASF. A capacitação ocorreu, para cada turma, duas vezes por semana, 8 horas por dia, totalizando 16 horas/aula de capacitação. Foram realizados 4 Círculos de Estudos com cada grupo, com duração de 4

horas cada círculo: 1º Círculo - Letramento em Saúde; 2º Círculo - Navegação em Saúde; 3º e 4º Círculos - Estilo de Vida Saudável, segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011).

Considerando o escopo do presente capítulo, serão detalhadas as estratégias adotadas para conhecer a visão dos participantes sobre a repercussão da capacitação sobre sua prática profissional.

Para tanto, os participantes fizeram uma avaliação imediata, após a capacitação, através do Bonequinho Alfa, que inclui 5 tópicos: que ideias você ganhou; que habilidades você ganhou; que ideias você gostou; que ideias foram mais úteis; e que ideias não foram úteis. Cada turma respondeu a cada uma das perguntas.

Uma subamostra de 20 participantes realizou, ainda, uma avaliação antes e 3 meses após a capacitação. Tal avaliação foi constituída por relatos de ações desenvolvidas nos dois períodos e a associação feita entre a prática e a capacitação realizada. Para tanto, foi adotada a estratégia metodológica dos Círculos de Diálogos, como descrito por Passamai *et al.* (2013), que articularam propostas de Bohm (2005) e Senge (2002).

Os diálogos foram gravados, mediante a permissão dos participantes. Para tal, foi utilizado um minigravador digital com editor de voz, marca Sony, modelo ICD-UX 523.

As práticas discursivas desenvolvidas durante os Círculos de Diálogo foram analisadas de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), como proposto por Lefèvre

e Lefèvre (2003). Para tanto, as gravações de cada círculo foram transcritas e inseridas no *software Qualiquantisoft*[®] para a identificação das ideias centrais (IC), categorias e respectivos discursos associados. Os discursos-síntese foram construídos a partir das IC, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2006).

Os DSCs de cada categoria foram confrontados, sempre que pertinente, com a avaliação da amostra maior, referente ao Bonequinho Alfa..

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará-UECE, sob número CAAE 05814812.8.3001.5051. Os participantes foram devidamente informados sobre ela e sua participação foi condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi impresso em duas vias: uma para o participante e outra para o coordenador do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise apresentada aqui corresponde aos Círculos de Diálogos praticados com uma subamostra de integrantes do NASF, em confronto com a avaliação de toda a amostra, referente ao Bonequinho Alfa, como já citado.

[...]. Eu fiquei satisfeita com o curso. Eu melhorei as técnicas esta questão de letramento de pacientes eu me toquei muito para isso. Eu vi que eu não sabia dar ne-

nhuma informação [...] o mais interessante é que o profissional não pode chegar com uma visão e impor para o paciente o que é melhor para ele. A questão do letramento levou a compreender mais o paciente [...] (DSC NASF).

Confrontando os discursos dos profissionais do NASF em Círculos de Diálogos realizados em dois momentos distintos, antes e depois da capacitação, pode-se perceber a relevante contribuição de educação continuada e formação dada pelas ações do Plano Alfa-Saúde. Para a presente análise, serão tomadas as categorias estabelecidas no DSC, que surgiram das ideias centrais oriundas das “falas” dos sujeitos, como se segue: i) Categoria 01: “O (des)conhecimento do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil” (pré e pós capacitação); ii) Categoria 2: “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o profissional, a equipe e o matriciamento” (pré e pós capacitação); iii) Categoria 3: “Aplicabilidade do Plano Estratégico para o Enfrentamento das DCNT: as debilidades” (pré e pós capacitação); iv) Categoria 4: “Aplicabilidade do Plano Estratégico para o Enfrentamento das DCNT: as fortalezas” (pré e pós capacitação); v) Categoria 5: “Promoção da saúde no local de trabalho: a educação como alicerce (pré e pós capacitação); vi) Categoria 06: “Promoção da saúde no local de trabalho: a diversidade de ações integradas” (pré e pós capacitação); vii) Categoria 7: “O NASF se capacita: o letramento e a navegação em saúde” (pós capacitação).

CATEGORIA 01: “O (DES)CONHECIMENTO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DCNT NO BRASIL”

Confrontando o conhecimento dos profissionais do NASF sobre o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o DSC no primeiro Círculo de Diálogo (pré-capacitação) revelou um conhecimento indutivo dos sujeitos entrevistados acerca do Plano, na medida em que apontaram ações específicas para descreverem “a estratégia”, como revela o discurso abaixo:

[...]. O que eu conheço sobre implantação da estratégia de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, hoje, no NASF, a gente já trabalha a questão de hipertenso, diabético e outras doenças. É um dos programas que estão tentando implantar agora que vem a academia da saúde, para enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis em alguns municípios que já estão aderindo para que isso aconteça, além dos programas voltados para o hipertenso, diabetes, problemas cardíacos. Eu acho que é isso mesmo [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

Além disso, os entrevistados confundiram o Plano “Estratégico” com a “Estratégia” Saúde da Família - ESF, denotando uma transposição de termos, neste caso “estratégia”, para duas propostas distintas, como mostra o segmento do DSC abaixo:

[...]. Uma das principais estratégias hoje utilizadas no país é a própria estratégia de saúde da família. Trabalha na parte diagnóstica e medicação, aplicação de medicamentos e tratamentos através de medicamentos por diagnósticos médicos. Como também a parte de orientação na tentativa de mudanças ou adaptações nas culturas de cada povo, em suas regiões, em suas localizações, mudando seus hábitos alimentares, tentando justamente evitar ou reduzir os riscos destas doenças crônicas. É conscientizar a população; adaptar suas atividades de vida diária, que é justamente isso que essa nova estratégia está sendo retrçada. O trabalho de estratégia hoje acontece pelo PSF, já que o NASF começou a ser implantado lá agora. Lá tem o HIPERDIA, e foi feito os outros planos do governo como o programa de saúde na escola. O plano em si eu não conheço, mas a gente atua mesmo sem conhecer. A gente sabe que nos PSF são trabalhadas todas as doenças crônicas não transmissíveis [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

Após a capacitação pode-se perceber no discurso dos entrevistados uma melhora a respeito da compreensão, acerca do “Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil”, revelando, inclusive, leitura a respeito do assunto tratado, como mostra o DSC abaixo, o que não foi capturado no discurso antes da capacitação:

[...]. Quando se fala de doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde preconiza muito o aspecto de prevenção e de promoção à saúde, todo o plano estratégico, quando fala de prevenção e promoção [...] o Ministério está incentivando muito a questão da alimentação saudável, das práticas corporais, mesmo até através de fornecer instrumentos aos municípios, como academia da saúde. Muitos municípios desde 2009 vêm se colocando em planos, em adesões às academias da saúde. Isso faz com que essas práticas que hoje são realizadas em locais até não muito apropriados no sentido de ter equipamentos, sejam feitas em local, e com equipe apropriada [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

CATEGORIA 02: “NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: O PROFISSIONAL, A EQUIPE E O MATRICIAMENTO”

Na análise dessa segunda categoria, pode parecer que houve pouca interferência das ações do Plano Alfa-Saúde na capacitação dos profissionais do NASF, porque os discursos dos sujeitos tiveram o foco bastante semelhante antes e após a capacitação, centrando-se em: i) Identidade profissional e o trabalho do NASF; ii) NASF como equipe multiprofissional e o matriciamento; iii) O trabalho do NASF que, por questões culturais, é mal interpretado.

Porém, confrontando os discursos dos sujeitos com a avaliação final da capacitação é possível visualizar os avanços

de competências e habilidades adquiridas pela capacitação, conforme discriminado mais adiante. Em seguida, estão elencados os discursos pré e pós-capacitação:

IDENTIDADE PROFISSIONAL E O TRABALHO DO NASF

[...]. Nós do NASF não temos aquela obrigatoriedade de estar fazendo ambulatório tão aprofundado, como se fosse um consultório particular. A missão do NASF não é essa. A proposta do NASF é uma clínica ampliada. O NASF não pode fazer o atendimento individual, só que os municípios querem que a gente acabe fazendo. A gente está lá no PSF, trabalha com a demanda espontânea, com quem está lá esperando atendimento [...]. Tem uma disparidade entre os profissionais da saúde. Existe o profissional da saúde e o médico. É uma disparidade impressionante, mas o NASF precisa ter um fortalecimento, ele existe e é importante igual ao PSF. É isso que tá faltando, o NASF é pró-ativo. A gente tem que mostrar a que veio; ele precisa ser fortalecido. Não sei como, mas ele precisa ser reconhecido como “eu vim pra ficar”, porque os nossos gestores sempre estão nos ameaçando que ele vai acabar, como ameaçam algumas vezes com o PSF [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

[...]. Nós fomos educados para a doença e não para a saúde. A gente faz muita visita, visita principalmente a acamado, a deficiente, a muitas coisas, mas esse atendimento individual que acho que muitas pessoas perceberam o relato na capacitação que muitos NASFs era sinônimo de atendimento individual, a gente tem pelo menos esse ponto positivo, a gente tinha muito de não ter [...]. Eu passei um semestre discutindo o que é SUS, o que é saúde e doença, então assim eu ainda tive essa, esse privilégio. Nossa formação ainda é muito hospitalocêntrica, muito clínica, muito consultório. Não é só a minha formação, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, a gente foi formada para uma elite, infelizmente. Hoje a gente vai ao psicólogo e é aquela coisa chique. Infelizmente, nós temos esta carga. Nós temos pouquíssimos livros que são as pesquisas nessa área. Nós somos realmente formados para uma elite; para atender no consultório. Não foi para dar palestra na escola, não foi para atender pessoas que não estão doentes. A atenção de promoção e prevenção. Nós fomos assim, nós somos guiados para ter uma pessoa já doente [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

NASF COMO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O MATRICIAMENTO

[...]. A gente tem focado muito nas equipes multiprofissionais. A gente conversa muito a respeito dos casos e procuramos estar sempre juntos na mesma unidade, a equipe inteira. Nós estamos procurando realizar o matriciamento com os ACS. Quando eu entrei no NASF eu não tinha experiência nenhuma de NASF. Então, eu me perguntei assim: E agora? O município não chega para você e diz: Olha, você vai fazer uma capacitação antes de entrar, para você estar aprendendo o que você vai fazer no NASF. Fui ler a cartilha das diretrizes; eu fui ver o que tinha sido feito antes de eu entrar. Lendo as diretrizes eu vi que seria um trabalho de prevenção e promoção à saúde. Também tem o matriciamento. Então, eu chamei: gente, vamos atrás de fazer o trabalho completo do NASF. A gente foi vendo que além desse trabalho com grupos, a gente tem que estar levando a prevenção e promoção à saúde. A gente tinha que trabalhar com os ACS, agentes comunitários de saúde, como também com os profissionais, médicos, dentistas, enfermeiros [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

[...] além de que a gente trabalha muito com intersetorialidade, trabalha com PSF, trabalha com CRAS. Uma das atribuições do NASF é o matriciamento é o ajunta-

mento dos NASFs, porque houve uma troca de experiência muito gratificante. Esse mito do atendimento é muito forte, não só pelo usuário, mas até pelo próprio profissional, porque é bem tranquilo eu ficar na minha salinha de ar-condicionado atendendo do que eu estar pegando transporte; indo para localidades distantes para estar fazendo essa promoção da saúde. Eu vou falar um pouquinho mais da prática, de como o NASF ele atua junto com as equipes. A gente teve uma melhorada agora com relação à integração da equipe do NASF e equipe do PSF, porque antes existia muito a questão do atendimento; só atendimento e as equipes de PSF não se detinham muito a questão de prevenção. Chegava, atendia, pronto. Não tinha aquela orientação básica. Muito superficial [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

O TRABALHO DO NASF É MAL INTERPRETADO (QUESTÕES CULTURAIS)

[...]. Outra questão é a precarização das nossas condições de trabalho. O nosso trabalho é de mudar cultura; mudança de hábitos não é fácil. Nós enfrentamos vários problemas da comunidade dizer: 'lá vem a turma da brincadeirainha'. Gente isso é sério não é? Da brincadeirainha! Por quê? Porque não viu o trabalho que ia impactar na qualidade de vida e de saúde dessa população.

Profissionais médicos diziam: “já vem esse povo para atrapalhar o meu serviço”. Nós já tivemos que ouvir duramente usuários dizer “ao invés de vir esse monte de gente para “pinotar”, que era a atividade física, para “pinotar”, contrate outro médico que nós estamos precisando aqui de outro médico”. Essa cultura é muito difícil. Eu vejo também muito a colocação dos próprios profissionais em si, porque quantos não foram para um NASF, para um CRAS, para um CREAS, sem saber o que era. Porque foi a porta de entrada do primeiro emprego, muitos assim, “eu vou tentar porque é concurso”, o concurso tem lá só o nome psicólogo, assistente social, enfermeiro [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

[...]. Porque é o enfermeiro que segura todos os PSF. Se ele for bacana, ótimo, se não for, coitado da população, mas é ele e o NASF. Então, o NASF ele cutuca o PSF para ele ir além de prestação de conta, “os diabéticos estão aqui eles estão só assinando (o documento provando que foi atendido) e o NASF eles querem deixar a gente nessas coisas que não trabalha, então, cheio de curvinhas nessa estrada [...]. (DSC-NASF, pós-capacitação).

Como referido anteriormente, embora os discursos antes e depois da capacitação tenham sido semelhantes, podendo levar a uma conclusão precipitada acerca da possível ausência de interferência das ações educativas do Plano

Alfa-Saúde, a avaliação da capacitação feita pelos entrevistados no fechamento das oficinas esclareceu essa questão, na medida em que mostrou que as ações educativas foram extremamente bem-sucedidas, sobretudo em relação ao trabalho do profissional do NASF, como extraído da avaliação do Bonequinho Alfa:

Ideias que ganhou: metodologia de abordagem e formação de grupos (100,0%); letramento/navegação em saúde, melhoria das ações, humanização (61,0%); incentivo à autonomia/autocuidado (39,0%).

Habilidades que ganhou: falar em público e como melhor abordar o usuário (100,0%); planejar ações, realizar atividades em grupo, relação interpessoal, trabalho em equipe, motivação e esperança, saber ouvir (61,0%); autocrítica e aplicar o conceito de letramento (39,0%).

Ideias que gostou: metodologia e estratégia para abordagem do usuário (100,0%); ser multiplicador, convivência/compartilhamento/envolvimento, navegação, tema obesidade e tema tabagismo (61,0%).

Ideias mais úteis: Letramento/Navegação, como melhor abordar o usuário, tema alimentação saudável (100,0%); temas hábitos saudáveis, obesidade e tabagismo, realizar atividades em grupo, compartilhar, metodologia geral (61,0%); treinamento em serviço (39,0%).

Ideias que não foram úteis: não ter tido a presença de todos os integrantes do NASF (61,0%); não houve (39,0%).

CATEGORIA 03: “APLICABILIDADE DO PLANO ESTRATÉGICO PARA O ENFRENTAMENTO DAS DCNT: AS DEBILIDADES”

O diálogo dos profissionais do NASF sobre aplicabilidade do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil forneceu à pesquisa Alfa-Saúde, em um primeiro momento, uma verdadeira escuta acerca dos entraves (as debilidades) encontrados para a operacionalização do referido Plano. A riqueza desses dados advém do discurso de profissionais que estão vivenciando em sua prática profissional, na Atenção Básica, a *práxis* de uma proposta a ser desenvolvida em longo prazo e sujeita a inúmeros fatores que transcendem o setor saúde, sendo por isso, de muita complexidade. Essa questão fica clara no discurso dos entrevistados que pode ser situado a partir das seguintes ideias centrais que emergiram nesta seção para análise dos discursos: i) a difícil integração entre as equipes dos profissionais de saúde (pré-capacitação); ii) aspectos culturais entravam as ações do NASF (pré e pós-capacitação); iii) a falta de infraestrutura (pré e pós-capacitação); iv) a demanda de usuários é muito grande (pré-capacitação); v) a falta de letramento em alimentação e nutrição dificulta as ações do NASF (pós-capacitação). A seguir, seguem os discursos reveladores de cada uma dessas ideias referidas.

A DIFÍCIL INTEGRAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

[...]. As dificuldades de como trabalhar da melhor forma e de fazer realmente o papel do NASF depende da parceira do pessoal

do PSF. É muito difícil a equipe Saúde da Família com o NASF. A gente tenta um dia assim... por mês nas unidades fazer reuniões com eles para que eles também possam participar, porque deve existir a interação do NASF com as equipes de cada unidade. A grande dificuldade é dessa interação do PSF com o NASF. Porque as ações sempre acontecem meio isoladas, por mais que a gente entre em contato, que solicite, que mande as circulares, mas sempre acontece essa dificuldade dessa interação. A parceria com a atenção básica, precisa ser fortalecida, porque ainda existe muita resistência, ou talvez limitações nesse olhar da integralidade, da interdisciplinaridade. Nós vemos resistência, não uma parceria muito estreita, entre médico e enfermeiro, porque o agendamento dos médicos às vezes faz com que se afaste do agendamento da enfermagem, ela tem que tá em cima, pedindo, porque na hora que coloca a medicação na mão, a evasão, ela é grande. O NASF está tentando fazer isso integrando toda a equipe, não só as do NASF como a da atenção básica. Se a equipe de Saúde da Família participasse junto com a gente era perfeito. O problema é que nós somos pessoas, e trabalhar com pessoas é complicado. Tem ACS que é intrigada com a rua inteira. Como a gente vai ser bem recebido numa casa se quem vai nos levar é a ACS e ela é inimiga da dona da casa? Esse

trabalho deve se dar de uma forma multidisciplinar, intersetorial. O NASF surge justamente para dar uma abrangência, o fortalecimento dessa atenção básica, uma perspectiva muito desafiadora. Por quê? A proposta é de um trabalho coletivo, um trabalho integrado. E o que a gente percebe na prática é como se fosse o NASF que não nos servisse, é uma porta de entrada, essa integração, essa articulação, fica assim um pouco desconectada, é como se nós não fizessemos parte da atenção básica, e nós viemos pra fortalecer essa atenção básica, nós somos a atenção básica, e a nossa missão é essa, é esse fortalecimento, é essa educação, é essa integração, e a gente que tem que dar conta disso tudo [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

ASPECTOS CULTURAIS ENTRAVAM AS AÇÕES DO NASF

[...]. É muito difícil isso, o gosto e a cultura. A população ainda só quer o medicamento, o médico ou a enfermeira. Eles vão para os PSFs para procurarem a medicação, para aferirem... A pior barreira que acho é cultural, porque a própria ACS prefere dar o remédio; a própria enfermeira quer logo o próximo da prevenção, porque ela chega tem 60 prevenções para ela fazer. Ela não se senta com a gente e espera que termine a palestra. Então, a pior barreira que

eu encontro lá é a barreira cultural, porque você tem nas atividades do PSF o planejamento familiar, tem unidade de saúde que é só entregar o anticoncepcional. A barreira cultural é realmente muito grande. Não só da população, mas também dos profissionais. A gente tem que lembrar também disso. Falta a sensibilização também dos profissionais de saúde. Aquela história de humanizar o profissional é muito feio, porque é muito difícil você humanizar um humano. Ensinar uma pessoa a ser humano, é complicado. Então, as barreiras tendem só a aumentar, apesar de lá a gente já tentar trabalhar com isso, então a barreira eu concordo que é mais cultural [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

[...]. O paciente chega já bem determinado do que ele quer; ele vai, “ah doutor, passe aí pra mim o remédio tal”; “ah, eu tô sentindo uma dor assim, passe pra mim aquele remédio”. Então, ele já sabe o remédio que ele vai ter que tomar. Ele já chega já dizendo o que ele quer. O médico ou a enfermeira, ela já tem uma orientação maior, antes que era só atendimento; então, agora já tem essa questão de orientar; de dizer, de ter uma orientação maior com relação ao paciente. Então, já mudou bastante isso [...]. Então, é um trabalho muito difícil, porque a gente esbarra com a questão cultural [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

A FALTA DE INFRAESTRUTURA

[...]. As dificuldades de como trabalhar da melhor forma e de fazer realmente o papel como o NASF [...] a dificuldade de carro. No nosso município a gente tem dificuldade de deslocamento. A dificuldade realmente que eu sinto é a parte estrutural. É a questão do carro, que a gente não tem. Eu tenho plena consciência de que se o NASF tivesse um carro para ele, a gente teria como trabalhar melhor. Porque tem dia que a gente vai para localidade, faz atividade nessa localidade, e fica lá até aparecer um carro para trazer a gente de volta. Se tivesse um carro a gente fazia a atividade, voltaria para o posto, atenderia, fazia demanda espontânea, então seria duas atividades numa manhã, que ajudaria o nosso trabalho melhor. Isso é fundamental, só que, assim, recai muito a questão estrutural dos municípios [...] como que você vai fazer trabalho de promoção NASF que referencia 8 unidades, 9 unidades de saúde, sem transporte? É fato. Transporte da sede que é perto, se a equipe tiver sensibilidade pode estar indo com o seu transporte, 3 km, 5 km não mata ninguém nem deixa ninguém mais pobre nem mais rico, mas tem equipes que ficam longe mesmo, 15 km, 20 km. [...] Não só a questão do transporte, mas da estrutura física em si, porque como o NASF veio como apoio, e veio depois, todas as unidades básicas de lá são bem estruturadas, mas

não tem esse espaço para o NASF, então, só sobra o quê? A sala de espera. É difícil. Como a gente vai fazer uma atividade educativa, uma oficina numa sala de espera? A gente não tem esse espaço. Então, a gente acaba tendo que esperar um dia que o médico falte, ou não esteja na unidade para a gente poder ocupar a sala dele. Muitas vezes acontece do enfermeiro ceder a sala dele; deixar de atender para gente poder atender, ou fazer a nossa atividade, e a gente acaba ficando um pouco frustrado com essa situação. Então, terapia mental gente, não dá para fazer em qualquer espaço. Tem que ter privacidade. Você vai ter que dar suporte; acontece choro; acontece depoimento. A gente não está tendo muito esse apoio. A gente busca salão paroquial, associações, mas eles também têm cronograma, e às vezes a prioridade, como o espaço é deles, quebra. E quando quebra essa sequência, para você reestruturar grupo, dificulta bastante. Então, a gente fica meio que com uma vontade de desistir, mas ao mesmo tempo não, eu vou mostrar para ele que eu tenho um objetivo para estar aqui [...]” (DSC-NASF, pré-capacitação).

[...]. Tirando aqueles postos que são ambulantes, que ele não tem a estrutura física aí cada dia é em uma casa de uma pessoa, é em uma igreja de outra, a gente tenta ir, mas aí também é aquela problemática aí se não tem carro aí não é nada convenient-

te nem a própria pessoa vai porque tem pontos que não são postos, são pontos de apoios, eles são ambulantes. [...] Acho que é uma coisa que tem que ser implementada, criar um espaço saudável, um espaço em que, onde a gente possa realizar oficinas com estrutura, porque a gente às vezes não tem uma estrutura legal. Se o CRAS tivesse a estrutura que era para ter, a gente faria esses momentos no CRAS, porque já faria até uma parceria, uma intersectoralidade, mas infelizmente não tem. Geralmente, os prédios são alugados; não existe um espaço amplo e isso já dificulta [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

A DEMANDA DE USUÁRIOS É MUITO GRANDE

[...]. Porque é uma demanda muito grande. [...] porque era muita gente e um barulho muito grande no posto. Acaba chegando muita demanda [...]. O município lá é enorme, muita gente, uma população gigantesca, nós não temos a referência da atenção secundária por exemplo. O paciente que eu visito se precisa do atendimento individual, se ele não vier para mim ele não vai para ninguém e o NASF não é porta de entrada, e ele tem que vir da equipe de Saúde da Família [...]. É uma demanda enorme, e tem os atendimentos individuais, que infelizmente na população é o mais válido, então superlota, e a gente não tem como

acabar com fila de espera. Cada dia que passa aumenta mais e a população só dá valor ao atendimento quando já tem uma patologia “não vou pra grupo não, porque eu quero ser atendido no consultório”. Eu quero bater realmente na mesma tecla. A gente hoje, eu atendo 47 pessoas, e é uma fila enorme na lista de espera. Como é que eles vão contratar novos profissionais? A gente sempre conversa... Ou a gente fica só no NASF e contratam outros profissionais pra ficar só no atendimento individual que nunca vai deixar de existir [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

A falta de letramento em alimentação e nutrição dificulta as ações do NASF.

CATEGORIA 04: “APLICABILIDADE DO PLANO ESTRATÉGICO PARA O ENFRENTAMENTO DAS DCNT: AS FORTALEZAS

Os profissionais do NASF foram bastante concisos quanto às fortalezas encontradas na aplicabilidade do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil. Poucas ideias centrais no discurso dos profissionais de saúde, que apontassem na direção de elementos positivos na aplicação do Plano, puderam ser capturadas, tanto na pré quanto na pós-capacitação. Para se conhecer as razões da escassez de pontos positivos identificados pelos profissionais, seriam necessários outros Círculos de Diálogo que tivessem essa questão específica como tema a ser dialo-

gado e aprofundado, mesmo porque a primeira ideia central que emergiu no processo dialógico da pré-capacitação desta 4ª Categoria - “*existe integração entre as equipes profissionais*” - se contrapõe ao discurso anterior em que os pesquisados apontaram “*a difícil integração entre as equipes dos profissionais de saúde*”, aludido na 3ª Categoria. Isso mostra que no processo de formação continuada desses profissionais outros momentos dialógicos devem ser proporcionados para que haja a oportunidade de se reelaborar, através da reflexão e do diálogo, a prática vivenciada por eles no campo da promoção da saúde e prevenção de DCNT.

Dessa forma, as ideias centrais identificadas no discurso dos entrevistados foram: i) existe integração entre as equipes dos profissionais de saúde (pré-capacitação); ii) é muito positivo ter diversidade de ações (pré-capacitação); iii) a relevância das ações de prevenção com mães-crianças (pós-capacitação). Abaixo estão os discursos representativos de cada ideia central mencionada.

EXISTE INTEGRAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

[...] Porque o médico participa, a enfermeira participa, desde quando tudo é bem planejado [...] não são todos os postos, mas eu consigo na maioria a participação do médico e do enfermeiro [...]” (DSC-NASF, pré-capacitação).

É MUITO POSITIVO TER DIVERSIDADE DE AÇÕES

[...]. Nosso maior desafio não era implementar ações, pelo contrário a gente conseguia fazer uma diversidade de ações. A gente queria que fossem ações longitudinais para realmente ter um impacto na vida daquelas pessoas que não fosse só em um dia de campanha, mas que fosse algo que perdurasse. A gente tenta trazer o ACS pra perto e foi assim que deu certo, por exemplo. A gente tem todo mês uma capacitação com os temas que eles trazem vindos da população [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

A RELEVÂNCIA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO COM MÃES-CRIANÇAS

[...]. Com relação ao PSE eu concordo aqui com a colega aqui que a gente tem tido bons resultados oportunidade de estar com as crianças desde cedo, fazendo um trabalho preventivo e também com as mães das creches. Que também é um trabalho preventivo porque é dentro de casa, na família [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

CATEGORIA 5: “PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO: A EDUCAÇÃO COMO ALICERCE

Os entrevistados manifestaram em seus discursos bastante dinamismo a respeito das ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT realizadas em seus ambientes

de trabalho. Isso mostra integração com a Estratégia Saúde da Família, principal organizadora da Atenção Básica, que desempenha, dentre outras funções, a articulação de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação - trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2009). Os discursos apresentados abaixo surgiram dos diálogos dos entrevistados, cujas ideias centrais identificadas foram: i) educação em saúde, nutrição e atividade física com hipertensos, diabéticos e outros grupos (pré e pós-capacitação); ii) educação com saúde vocal nas escolas (pós-capacitação); iii) estratégias de prevenção de DCNT com escolares (pós-capacitação).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NUTRIÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA COM HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E OUTROS GRUPOS

[...]. A experiência que eu quero relatar aqui é em relação a um trabalho que eu venho desenvolvendo. Momentos educativos, orientando na parte nutricional. O trabalho que é feito mais intensificado é com relação ao hipertenso e diabético [...] o festival de sucos, é realizado dentro dos postos de saúde, em escolas ou em creches. A gente mostra o que é que compõe aquele suco; quais são as vitaminas que existem e para que serve. São vários tipos de sucos. Dura em média uma hora. A gente faz cinco variedades de sucos, mostrando a importância do valor nutricional de cada

um. Isso para reduzir também o consumo de sucos industrializados e refrigerantes e também fazer o aproveitamento de coisas que se joga fora, que pode ser aproveitado. Outra experiência, da última campanha da gripe, em que participaram hipertensos diabéticos, pessoas idosas, gestantes, nutrizes e mães de crianças menores de 2 anos. Eu tive a oportunidade de fazer vários grupos para esclarecer a questão da alimentação saudável. Existe também um trabalho voltado para o pró-jovem. A gente se preocupa muito com a questão do diabetes na adolescência e a diabete gestacional. A gente trabalha com educação em saúde. É estratégia de educação mesmo. Na maioria das vezes é só educação alimentar. Eu trabalho muito com educador físico e geralmente vai a nutricionista e o educador físico para as ações. Ele faz atividade física na praça. [...]. O trabalho com orientação em saúde. A gente escolhe uma igreja, uma escola, um galpão, algum lugar que a gente possa se reunir junto com a população e fazer as orientações através de *slides*, ou então dinâmicas ou então oficinas. A gente consegue obter bons resultados através de oficinas, oficinas de mastigação, oficina de voz, teatrinho, fantoches com crianças [...]. A gente trabalha grupos de hipertensos, diabéticos. Qual a necessidade deles? e as perguntas básicas eram assim: O que eles conheciam sobre a hipertensão arte-

rial. A maioria conhece muito pouco; só sabe que a pressão está alta. Muitos deles procuram evitar o sal; muitos não têm uma atividade física. E aí perguntamos se eles queriam entender o que é a hipertensão arterial. Nós temos todo mês. Em um dos encontros a gente trabalha o que é hipertensão e diabetes; no segundo a gente trabalha a importância da prática regular da atividade física; no outro encontro a gente trabalha a alimentação saudável; no outro encontro a gente trabalha a autoestima; no outro encontro a gente trabalha o uso racional de medicamentos. A gente tem uma proposta de que a cada seis meses muda esses grupos, dentro do PSF, vamos dizer se esse semestre aquela unidade trabalhou hipertensos e diabéticos com bases nos problemas, numa avaliação epidemiológica da área descrita, eles dizem "não agora, a gente tá pretendendo trabalhar as gestantes". De acordo com a necessidade, nós elaboramos as orientações, as palestras e fornecemos. Às vezes orientamos alimentação, o que cada alimento. A educadora física também faz semanalmente grupos com hidroginástica. Antes das palestras a gente faz um exercício físico; quando é idoso a gente faz exercício com eles sentados mesmo. A atividade física junto com a informação. Informação que vai trazer para eles uma melhoria no seu dia a dia, na sua alimentação [...] tem a semana do hiper-

tenso, e o diabético, então a gente sempre tá levando informação tanto pro hipertenso quanto pro diabético, tanto a assistente no nosso NASF a assistente social, nutricionista, psicólogo e educadora física. Nós também trabalhamos a saúde com a educadora física, então tem toda semana tem a caminhada, principalmente as pessoas que têm sobrepeso, tá sendo feito um projeto agora com as crianças diabéticas, sobrepeso e diabete, pra trabalhar de uma forma mais lúdica, teatro de boneco, seria um vídeo animado. A gente está conseguindo essa maneira criativa para trabalhar esse tipo de doença no nosso PSF. A aplicabilidade no meu local de trabalho tá sendo boa. A gente consegue atender os 5 PSF. Estamos trabalhando, principalmente, nas zonas rurais, que são as zonas que têm muitos casos de diabetes, porque lá tem muito engenho, e tem muita gente que tem diabete, e a gente tá tentando trabalhar muito em cima da alimentação saudável, pra essas [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

[...]. Orientações nutricionais para aquele grupo de hipertensos e diabéticos em uma roda de diálogos que ela falava e eles iam tirando as dúvidas, colocando as experiências diárias deles. A gente começou a trazer principalmente em forma da sala de espera. A gente ia no dia do hiperdia, no dia do diabetes, no dia lá dos idosos, no grupo de

gestantes e nos demais grupos que a gente tá tentando fazer, o de tabagismo, dentre outros. A gente vinha tentando trazer a cada dia a tabela e falava sobre os alimentos. No dia que a nutricionista ia falar [...] cutucava, mulher o que é isso? o que é uma porção? E aí vocês entenderam e o que é o açúcar na comida? A gente tenta fazer com que o paciente pergunte. A gente faz a brincadeira da bola de cristal, da música de tirar búzios e eles se animam e tentam realmente dar o máximo de informação [...]. Então, nós temos um programa no NASF, que a gente tá acompanhando as gestantes, então cada profissional do NASF desenvolve um tema, uma atividade educativa ou mesmo, um grupo, uma roda de conversa relacionada à sua área. Então, assim, eu, como psicóloga, trabalho muito essa questão da autoestima e do vínculo com o bebê, porque se não houver uma boa aceitação dessa criança, essa gestação muitas vezes não corre bem e com o nascimento dessa criança a gente sabe que também existe riscos da depressão pós-parto. [...]. Mas eu fiquei impressionada, porque um brócolis, uma rúcula, uma ou outra verdura diferente, a verdura mesmo, realmente em termo de paladar às vezes não é gostoso mesmo, porque eu, particularmente, tem coisas que eu não gosto, mas a fruta doce, exposta, de graça e era recusada. Nas palestras educativas que a gente fala muito com hiperten-

sos, nos postos de saúde, e a maioria fala assim, “mas é tão bom um toicinho, é tão bom, uma feijoada”, o que eles gostam é disso mesmo, é da gordura. Então, para os hipertensos está [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM SAÚDE VOCAL NAS ESCOLAS

[...]. Também faço grupos nas escolas. Com relação à saúde vocal com os professores. Algumas pessoas da escola, funcionários da escola que não são professores, da coordenação, serviços gerais, vai todo mundo. Já chegou a ir até o vigia (DSC-NASF, pós-capacitação).

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE DCNT COM ESCOLARES

[...]. Eu acho o PSE uma estratégia muito boa para se trabalhar essa prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Porque as crianças elas têm preocupação com os pais, com os avós, “é tia, isso aí meu avô tem, é mesmo”, “tia o que que é bom pra isso?” Elas têm preocupação não só com elas, mas com os pais e avós [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

CATEGORIA 6: “PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO: A DIVERSIDADE DE AÇÕES INTEGRADAS”

Ao dialogar sobre o tema “O que conheço sobre o plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil? O que penso sobre sua aplicabilidade? Como tenho desenvolvido as atividades de promoção da saúde no meu local de trabalho?”, os entrevistados relataram as ações desenvolvidas em seus locais de trabalho. O discurso dos profissionais mostra várias ações que podem ser consideradas bastante relevantes para a promoção da saúde e prevenção de DCNT. No entanto, os entrevistados não relacionaram tais ações como pontos positivos, no que diz respeito à aplicabilidade do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil, como discutido acima. Isso corrobora a necessidade apontada anteriormente de que uma capacitação continuada contribuirá para o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF, na medida em que eles forem identificando as fortalezas e debilidades no trabalho da equipe.

No discurso foram identificadas as seguintes ideias centrais: i) As ações de promoção e prevenção de DCNT (pré e pós-capacitação); ii) Ações com usuários dentro do CSF (pré-capacitação). Abaixo estão os discursos representativos dessas ideias centrais.

AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE DCNT

[...]. Outra coisa também que a gente faz, geralmente eu e o educador físico, é ir para a rádio; quando deixam porque isso é com-

plicado arranjar uma vaga na rádio. Mas eu adoro, porque é uma hora que eles ligam fazendo perguntas. Uma vez eu fui falar sobre diabetes [...] um grande número de homens diabéticos descompensados, totalmente descompensados, e eu falei na rádio, sobre diabetes, e falei da possibilidade da impotência. Foi uma coisa fantástica. Eu nunca vi tanto homem na minha sala de espera. Eu tentei fazer um grupo, mas eu não consegui, eu só consegui atender individualmente, mas estava cheio de homens, os diabéticos. Então, eu acho que a rádio é um veículo bem interessante. Já falei sobre diabetes, hipertensão, alimentação saudável. Temas de acordo com o calendário da saúde. Tive uma resposta muito boa. [...] a promoção da saúde é realizada dessa forma, nós temos também a atividade física na praça, aonde toda a população vai. Nós temos atividades de saúde do homem, que gente começou a fazer no terço dos homens. Pedimos permissão ao padre. No final do terço dos homens, nós nos reunimos com os homens na igreja e passamos para eles algumas temáticas relativas à saúde do homem. Relativo à saúde geral, a gente trabalha com a educação em saúde, (DSC-NASF, pré-capacitação).

A gente está trabalhando a promoção da saúde através de práticas preventivas e saudáveis de vida. Eu trabalho com o progra-

ma do leite no meu município, e eu estou aproveitando e aplicando o questionário do SISVAN, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e marcadores de alimentos, de consumo alimentar. É impressionante como os idosos não comem verduras; raro aqueles que comem uma tomate, uma cebola e um pimentão. Se você for falar de abóbora, de brócolis, de qualquer outra leguminosa, nesse sentido, eles não conhecem. Não sabem nem o que é, fazem é rir, “doutora, o que é isso?” Eu fiquei realmente assustada quanto ao nível alimentar... como esses idosos se alimentam. Quando você parte para uma pessoa mais jovem, aí não, “não, eu como...”. A grávida, que a gente já faz essa aplicação desse questionário, também em grávidas, “não, eu como duas vezes, como três vezes”. Mas o idoso não sabe; para o idoso é o arroz, o feijão, a mistura e o leite, é assim que eles falam. Impressionante como realmente não há essa cultura alimentar no idoso. Verdura para eles é realmente uma coisa muito inédita [...]. A gente trabalha com as mães, com as gestante e no momento as crianças se fazem presentes para a degustação, porque se tem o hábito hoje em dia da mãe trazer já pronto, kissuco, refrigerante. Então, se faz a demonstração de como aproveitar um alimento que é jogado fora como a casca do abacaxi. A gente faz o aproveitamento do suco com a folha da siriguela. As crianças

tomam, acham bom e as mães ficam admiradas que elas tomam e se fosse em casa talvez eles não tomassem [...] grupos com gestantes, aquelas mães que já estão próximas do 7º mês mais ou menos. Para passar orientação com relação à fala e à linguagem da criança do início até um ano e meio de idade. Com relação à audição também faço os grupos. Aproveito que vai todo o município para nossa sede e eu aproveito que as mães estão lá e faço estes grupos. Às vezes 20, chega até ser 30. Eu divido porque é muita gente. Sempre faço às sextas-feiras. No meu município eles estão implantando o HIPERDIA que é o acompanhamento de diabéticos e hipertensos. A gente está começando a fazer este trabalho com eles e ainda não posso dizer definitivamente se está sendo eficiente ou não, mas a gente está tendo este programa, até porque é o governo que está implantando uma sistematização de programas. Cada equipe forma grupos na medida do possível, grupo de hipertensos, grupos de diabéticos, grupo de gestantes. O que eles pedem muito é sobre alimentação, até no último encontro que nós tivemos com o grupo de hipertensos, eles buscaram entender mais o rótulo dos alimentos, porque às vezes a gente fala muito sobre o consumo de sódio, sobre calorias. É importante eles entenderem o que vem no rótulo e como eles vão compreender aquelas informações. A partir do

primeiro encontro, eles, eles solicitam os próximos temas a serem discutidos, para não ser uma imposição da equipe. Outra coisa também é quando se refere à prevenção dessas doenças crônicas. Nós estamos trabalhando o PSE para não trabalhar só já o tratamento, mas também a prevenção. É feito o PSE em todas as escolas. É trabalhado a alimentação saudável, vários temas, mas a partir da antropometria quando a gente detecta alguma alteração, nós buscamos as famílias, para trabalhar tanto as famílias e as crianças, para não ficar só nas crianças. As informações também são repassadas para as famílias, justamente para prevenir obesidade, hipertensão, porque o índice de obesidade está elevadíssimo lá no município, já que a obesidade, leva à hipertensão e/ou diabetes [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

AÇÕES COM USUÁRIOS DENTRO DO CSF

[...]. Outra coisa que nós fazemos é aproveitar a sala de espera. Não propor a palestra, mas já na sala de espera trabalhar esses assuntos. Os usuários vão buscar medicamento, pela consulta. Na sala de espera a gente já aborda esses assuntos que já é um momento que vai passar mais rápido. É uma forma de evitar atritos por demoras, e ah, “tá passando na minha frente”, ali na sala de espera essa ação já vai ajudar nessa

questão. Tem grupos formados com educador físico, em determinadas localidades. É programada uma ação com eles, ou do nutricionista, ou do fisioterapeuta, e assim vai levando [...]. O PSF e o NASF criaram um projeto chamado saúde e movimento. Nesse projeto todos os profissionais participam, só que a atuação maior é dos fisioterapeutas e da educadora física e da nutricionista. O objetivo maior é para grupos de obesos. Temos também grupos com gestantes que a nutricionista, fonoaudiólogo orienta muito nessa área. Estamos fazendo sempre ações em educação em saúde de acordo com a necessidade de cada PSF, geralmente a gente conversa com as enfermeiras e vê a necessidade maior do grupo delas [...] (DSC-NASF, pré-capacitação).

CATEGORIA 7: “O NASF SE CAPACITA: O LETRAMENTO E A NAVEGAÇÃO EM SAÚDE”

Esta categoria representa o ápice da capacitação realizada pelo Plano Alfa-Saúde, porque os entrevistados revelaram, através do Círculo de Diálogo, a contribuição que a ação educativa trouxe para a melhoria das suas competências e habilidades em seus locais de trabalho. De todas as seções dos discursos, esta foi a que mais ideias centrais surgiram para a presente análise, corroborando, assim, o acréscimo intelectual e técnico dirigido aos profissionais capacitados. Foram identificadas as seguintes ideias centrais do DSC: i) A importância da capacitação para a prática no serviço; ii)

Adequação da linguagem do profissional à do usuário; iii) Identificando o letramento do usuário; iv) Sensibilização para a questão do letramento; v) Enfoque do letramento com ACS; vi) Compreensão da realidade do letramento do usuário. Abaixo estão elencados os DSC das referidas ideias centrais.

A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO PARA A PRÁTICA NO SERVIÇO

[...]. A contribuição do curso no nosso cotidiano é... eu acredito assim que a gente já desenvolvia estas atividades antes do curso [...] eu acho que aos poucos a gente pode estar trabalhando esta dificuldade que você está tendo. Não precisa ser repassado este letramento assim de uma vez só, aos poucos, você vai injetando, esclarecendo, mesmo em grupo pequeno você pode conseguir algumas coisas. E quando chegar um determinado tempo acho que você já tem concluído um percentual bem bom. Lá em (município x) nós tentamos repassar para as agentes de saúde, infelizmente neste dia nós não tivemos tempo porque estava havendo outra capacitação, mas ficamos de repassar. Acredito que elas receberam de bom grado, porque elas iriam referir como uma coisa a mais que elas teriam que abordar junto ao paciente, junto às famílias que elas dão acompanhamento. Eu acho que não deve pegar como uma carga negativa. Aos poucos vai trabalhando que consegue

melhor. Se não fica muito angustiada e não consegue fazer. E são temas tão bons, tão interessantes [...] bem como também me preocupo com a navegação do usuário de que eu solicito um retorno daquela instituição de que ele foi realmente atendido, se não foi, qual é realmente o problema dele. Porque às vezes o usuário chega pra gente e fala uma coisa diferente daquilo que foi colocado pela instituição. E com este treinamento eu melhorei as técnicas; aprendi de uma forma adequada. Foi um treinamento que muito enriquecedor para mim. Eu levo isso desde o começo, tentando sempre aprimorar o que foi passado no treinamento, apesar de já ter uma noção, já ter aquela intenção de estar fazendo mais ou menos o que foi passado. Eu fiquei satisfeita com o curso porque foi um momento que eu pude encontrar, conhecer profissionais que também estão na luta de tentar melhorar o trabalho do NASF; de mostrar como é que realmente é o trabalho do NASF. Foi uma troca de experiência (DSC-NASF, pós-capacitação).

ADEQUAÇÃO DA LINGUAGEM DO PROFISSIONAL A DO USUÁRIO

[...]. Eu venho tentando da minha forma falar a linguagem deles; ver dentro do posto as orientações e verificar se eles realmente assimilaram alguma coisa. Isso aí é

uma coisa que eu passei a fazer depois do treinamento. Aí antes eu não me atentava para esta questão de ter gente que não sabia ler aí eu entregava o plano e nunca imaginei, nunca me atentei para isso. A partir daí, eu já comecei. Quanto esta questão de letramento de pacientes eu me toquei muito para isso. Eu vi que eu não sabia dar nenhuma informação, e hoje eu chego muito cedo na secretaria e com os pacientes e “olha como é que eu posso” e hoje em dia já. E alerto as pessoas, os meus colegas como é que se faz isso porque os coitados são completamente perdidos. Principalmente quando ele tem um serviço que não é para ter, aí é que a gente precisa ajudar [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

IDENTIFICANDO O LETRAMENTO DO USUÁRIO

[...]. Os pacientes diabéticos que eu tenho, pobres, quando eu vou fazer a anamnese, vou fazer perguntas a eles eu tenho certeza absoluta que eles não comem aquilo, porque eles dizem que comem verdura. Então, às vezes, eu digo alguma coisa que nem tem em (município x), tipo assim, você gosta de rúcula? Ela diz, eu adoro rúcula. Eu tenho certeza que ele não sabe nem o que é cheiro verde quanto mais rúcula. Esse é um letramento que eles têm que [...] fico espantada, que a gente superestima e às vezes a gente

subestima demais. É terrível o estado dos diabéticos no interior, terrível, terrível, eles vivem à base de carboidratos. Então, é muito difícil, mas eles têm um letramento que é televisivo, eles sabem o que a gente está falando, por isso que às vezes eles se sentem envergonhados de dizer que não têm aquilo para comer. Às vezes não sabem assinar e têm vergonha [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

SENSIBILIZAÇÃO PARA A QUESTÃO DO LETRAMENTO

[...]. Apesar de eu ter uma certa sensibilidade; sempre tive uma empatia com as pessoas sejam de que nível for. Eu sempre tentei me comunicar da melhor maneira possível. Em nutrição, alimentação, em educação alimentar, se você não tiver, você não é entendido de maneira nenhuma. Com qualquer médico de saúde pública, enfim, a linguagem que eles usam é muito interessante, dá para escrever um livro, então alimentação também é a mesma coisa [...]. É uma experiência que eu tive, é um acolhimento em saúde mental. Eu fui fazer o acolhimento naqueles pacientes que estão indo para o psiquiatra e uma das estratégias que eu utilizei é para esta questão de saber se a pessoa tem baixo letramento para dar um suporte melhor e a gente tem a produção e a pessoa precisa assinar a pro-

dução [...] “não eu não sei assinar”, então você já tem um cuidado melhor e a dificuldade que eu vejo, muitos pacientes quando eu estava ali naquele acolhimento que ele entrava na sala do médico, quando ele saía ele me pedia orientação para dizer como é que era. Então, o que é que eu percebi? Eles não assinam a produção do médico, porque eles assinam antes na recepção e assim que pegam a ficha, eles assinam. Então, o médico não tem esta oportunidade de ver ou de perceber que aquele usuário não sabe assinar, não sabe ler, nem escrever. Eu senti muita esta necessidade [...] “doutora como é aqui o remédio; é assim... assim ... com muitas dúvidas quando sai da sala do médico e eu acho que isso sim é [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

ENFOQUE DO LETRAMENTO COM ACS

[...]. Sempre com relação ao letramento, eu faço com as agentes de saúde constantemente. Passo para elas algumas informações para elas passarem para as mães [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

COMPREENSÃO DA REALIDADE DO LETRAMENTO DO USUÁRIO

[...]. Eu acho que o letramento, o que ficou mais, que foi mais interessante é que o profissional não pode chegar com uma visão e

impor para o paciente o que é melhor para ele. Ele tem que realmente ser sensibilizado e a partir do que ele entender e da realidade dele, ele melhorar o estilo de vida. Até a questão do tabagismo. A pessoa sabe que cigarro prejudica a saúde. Não adianta a pessoa chegar dizendo “você não pode fumar”; “você tem que parar de fumar porque prejudica a...”; a pessoa já sabe. Realmente orientar. A questão do letramento levou a compreender mais o paciente; compreender com relação àqueles maus hábitos que eles têm; o estilo de vida dele. O nível de escolaridade também, porque a gente chega para fazer uma palestra com o material, panfleto e tudo, e às vezes naquele panfleto tem termos mais técnicos, que às vezes dificulta até a gente usar sinônimos para puder passar uma informação para eles. Às vezes até a maioria não sabe ler, não sabe escrever; às vezes faz só o nome. A gente agora está fazendo um material mais ilustrativo. Antes tinha ilustração, mas agora a gente está voltado mais para o ilustrativo, para que ele possa entender mais a informação que a gente está querendo passar. Até também a questão do visual, *data-show*. Numa oficina, ou apenas no falar mesmo, termos, expressões mais conhecidas deles; usar o linguajar dele para que ele possa estar entendendo e fazer com que ele participe [...] (DSC-NASF, pós-capacitação).

CONCLUSÃO

Os profissionais do NASF foram capacitados pelo Plano Alfa-Saúde para o desenvolvimento de ações educativas à luz dos pressupostos do letramento e navegação em saúde no âmbito do SUS. Os Círculos de Diálogo, adotado como uma das estratégias metodológicas proporcionou ao grupo não somente avaliar toda a capacitação recebida, mas, sobretudo, refletir sobre a prática profissional de cada um individualmente e como equipe interdisciplinar. A reflexão dialógica esclareceu para o grupo que, como profissional do NASF, eles podem melhorar a qualidade do SUS. Os depoimentos nos Círculos de Diálogo evidenciam uma mudança de posição, do “não faço porque não dá para fazer” para o “eu posso tentar porque eu posso fazer a diferença”.

O Plano Alfa-Saúde pode ser implantado como estratégia de capacitação em serviço, em âmbito local, regional e nacional, propondo-se que seja aplicado ao menos duas vezes por ano. O processo de formação e educação permanente dos profissionais do SUS pode ser enriquecido com ações que proporcionem momentos dialógicos e reflexão sobre a prática profissional, a exemplo do que foi realizado pelo Plano Alfa-Saúde.

REFERÊNCIAS

BAKER, D. W. *et al.* *Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees.* **Am. J. Public Health**, v. 92, n. 8, p. 1278–1283, 2002.

BOHM, D. **Diálogo**: comunicação e redes de convivência. São Paulo: Palas Athena; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Ministério da Saúde – Brasília: 2011. 160p.

DE WALT, D. A. *et al.* *Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature.* **J. Gen. Intern. Med.**, v. 19, n. 12, p. 1228–39, 2004.

FREEMAN, H. P, RODRIGUEZ, R. L. *History and principles of patient navigation.* **Cancer**, suppl 15, p. 3537–3540, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Health Literacy: a prescription to end confusion.* Washington, DC: National Academies Press; 2004. 367 p. Disponível em: <www.nap.edu.> Acesso em 06 jan. 2012.

ISHIKAWA, H. *et al.* *Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers.* **Health Promotion International**, v. 23, n. 3, p. 269-274, 2008.

JOVIC-VRANES, A.; BJEGOVIC-MIKANOVIC, V.; MARINKOVIC, V. *Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study.* **Journal of Public Health**, v. 31, n. 4, p. 490–495, 2009.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EducS, 2003. (Desdobramentos).

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M. **O sujeito Coletivo que Fala. Comunic. Saúde. Educ**, v. 10, n. 20, p. 517-24, 2006.

OLNEY, C. A. *et al.* *Medline Plus and the challenge of low health literacy: findings from the Colonias project.* **Med. Libr. Assoc.** v. 95, n. 1, p. 31-39, 2007.

PARKER, R. M. *et al.* *The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills.* **J. Gen. Intern. Med.** v. 10, n. 10, p. 537-41, 1995.

PASSAMAI, M. P. B. *et al.* **Os círculos de diálogos na saúde:** escutando e compartilhando significados para aprendizagem em equipe. Fortaleza: EdUECE, 2013. 183p.

RATZAN, S.; PARKER, R. **Introduction.** In: SELDEN, C. R. *et al.* (Ed). *Current Bibliographies in Medicine: health literacy.* Bethesda, MD: National Library of Medicine/National Institutes of Health, 2000. 33 p. Disponível em <<http://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.pdf>>. Acesso em: 02 março 2012.

RAWSON, K. A. *et al.* The METER: A Brief, Self-Administered Measure of Health Literacy. *J. Gen. Intern. Med.* v. 25, n. 1, p. 67-71, 2009.

RUDD, R. *et al.* **Health literacy study circles.** Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and Health and Adult Literacy and Learning Initiative, 2005.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* **Plano Alfanutri:** um novo paradigma nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas. Volumes 1 e 2 [Relatório Técnico Final] Fortaleza, 2012.

SENGE, P. M. **A Quinta Disciplina:** arte e prática da organização que aprende. 11 ed. São Paulo: Nova Cultural, 2002.

SORENSEN, Kristine; BROUCKE, Stephan V. D.; FULLAM, James *et al.* *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models.* **BMC Public Health**, London, UK, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80/>>. Acesso em: 10 agosto 2102.

SORICONE, Lisa; RUDD, Rima; SANTOS, Maricel S. *et al.* **Alfabetização de Saúde na Educação Básica para Adultos:** deigning lessons, units, and evaluation plans for an integrated curriculum. Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy (NCSALL)/Health and Adult Literacy and Learning Initiative (HALL), 2007.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES
Ltd (WHCA). **Health Literacy. Action Guide Part 2: Evidence and
Case Studies, 2010. Published by World Health Communication Asso-
ciates Ltd.** Disponível em: <<http://www.comminit.com/>>. Acesso
em: 06/06/2010.

PRÁTICAS ETNOMÉDICAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE INTERCULTURAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA PESQUISA COM OS ÍNDIOS POTIGUARA DE MONSENHOR TABOSA – CEARÁ

Maria do Socorro L. R.Dantas

Andrea Caprara

Maria Lidiany Tributino de Sousa

Teka Potyguara

Marluce Potyguara

INTRODUÇÃO

Práticas etnomédicas e educação permanente intercultural dos profissionais de saúde: uma pesquisa com os índios Potiguara de Monsenhor Tabosa-Ceará procura compreender como os índios da comunidade² Potiguara reelaboraram suas práticas tradicionais de adoecimento e cura, e como ocorre sua articulação com o sistema de saúde biomédico para, a partir deste entendimento, subsidiar a preparação de profissionais de saúde para atuação em contextos

2 As comunidades, os povos e as nações indígenas são aqueles que, contando com uma continuidade histórica das sociedades anteriores à invasão e à colonização que foi desenvolvida em seus territórios, consideram a si mesmos distintos de outros setores da sociedade, e estão decididos a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência continuada como povos, em conformidade com seus próprios padrões culturais, as instituições sociais e os sistemas jurídicos (LUCIANO, 2006).

culturalmente diferenciados, proposto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI (BRASIL, 2002); grande desafio para o Subsistema de Saúde Indígena, que requer captação e interpretação dos conhecimentos tradicionais indígenas sob constante reelaboração dialeticamente frente às transformações sociais e culturais em que vivem, ao crescimento populacional e as reivindicações político-sociais.

Atualmente, a população indígena no Brasil é crescente e se compõe de mais de 200 povos, falantes de aproximadamente 180 línguas, distribuídos em praticamente todo o território nacional, em áreas rurais e urbanas, com características sociais e culturais, bem como com trajetórias históricas, econômicas e políticas, as mais diversas (BRASIL, 2014). A depender da fonte, há variação na quantidade de índios hoje existentes no Brasil. Para a FUNAI, Fundação Nacional do Índio (BRASIL, 2013) são cerca de 220 diferentes povos somam mais de 800 mil pessoas, que falam 180 línguas distintas. De modo semelhante, o último censo do IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2012) catalogou ainda 274 idiomas distintos entre as 305 etnias entre os mais de 800 mil indígenas. Por outro lado, o Ministério da Saúde aponta a existência de mais de 650 mil indígenas em todo o território nacional (BRASIL, 2014).

No entanto, mesmo que a metodologia de identificação étnica tenha adicionado a autodeclaração como parâmetro, e a população indígena brasileira tenha triplicado de 294 mil em 1991 para 817,9 mil em 2010, ainda não ultrapassa 0,5% da população nacional (BRASIL, 2012), conforme já apontavam Pagliaro, Azevedo e Santos, em 2005.

O IBGE esclarece que não existe nenhum efeito demográfico que explique esse crescimento da população indígena, destaca que muitos demógrafos atribuíram o fato a um momento mais apropriado para os indígenas, em que estavam saindo da invisibilidade pela busca de melhores condições de vida, mais especificamente, os incentivos governamentais, especialmente associados à melhoria nas políticas públicas oferecidas aos povos indígenas, conforme Luciano (2006).

Tabela 1: Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões – 1991/2010.

GRANDES REGIÕES	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM PELO MENOS UMA PESSOA AUTODECLARADA INDÍGENA		
	1991	2000	2010
BRASIL	34,5	63,5	80,5
NORTE	64,4	80,0	90,2
NORDESTE	29,0	59,1	78,9
SUDESTE	27,6	63,3	80,6
SUL	39,3	59,6	75,8
CENTRO-OESTE	47,8	74,7	89,1

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010.

O aumento da população indígena no país nas últimas três décadas deveu-se principalmente à região Nordeste, quase quadruplicando de 55.853hab (19%) em 1991 para 208.691hab (25,5%) em 2010, especialmente aqueles urbanos que somam 106.150hab (33,7%), em contraposição ao Norte, que concentra quase a metade da população indígena brasileira em áreas rurais (244.353hab; 48,6%). (Figuras 1 e 2) (BRASIL, 2012).

Tabela 2: População residente autodeclarada indígena, segundo a situação do domicílio e as Grandes Regiões – 1991/2010.

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E GRANDES REGIÕES	POPULAÇÃO RESIDENTE AUTODECLARADA INDÍGENA		
	1991	2000	2010
BRASIL	294.131	734.127	817.963
NORTE	124.616	213.443	306.873
NORDESTE	55.853	170.389	208.691
SUDESTE	30.589	161.189	97.960
SUL	30.334	84.747	74.945
CENTRO-OESTE	52.740	104.360	130.494
URBANA	71.026	383.298	315.180
NORTE	11.960	46.304	61.520
NORDESTE	15.988	105.728	106.150
SUDESTE	25.111	140.644	79.263
SUL	10.167	52.247	34.009
CENTRO-OESTE	7.800	38.375	34.238
RURAL	223.105	350.829	502.783
NORTE	112.655	167.140	244.353
NORDESTE	39.865	64.661	102.541
SUDESTE	5.479	20.544	18.697
SUL	20.166	32.500	40.936
CENTRO-OESTE	44.940	65.985	96.256

Azevedo (2005) destaca que a maior parte dos Povos Indígenas no Brasil apresenta reduzido tamanho populacional, em geral poucas centenas de pessoas, denominados “microsociedades” por Ricardo (1996). Aproximadamente dos 225 povos indígenas no país, 50% têm uma população de até

500 pessoas; 40%, de 500 a 5.000; 9%, de 5.000 a 20.000; e apenas 0,4%, mais de 20 mil pessoas (AZEVEDO, 2005). Cada um desses povos têm sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Em relação à experiência de contato com a colonização e expansão da sociedade nacional, existem grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorâneas até grupos com menos de dez anos de contato, na região Norte do País.

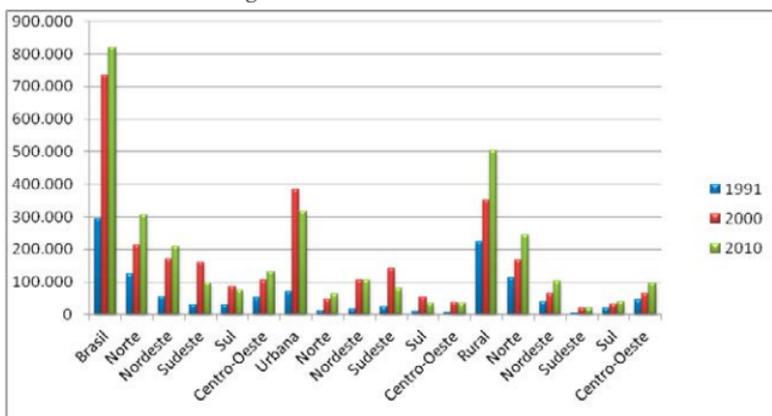
No Nordeste e no Sul, há muitos povos indígenas que, por viverem em contato com outros segmentos da sociedade brasileira desde longa data, perderam sua língua original (RODRIGUES, 2006), utilizando o português para sua comunicação cotidiana. No entanto, por mais que a perda da língua constitua uma perda cultural importante, o fato do povo não mais falar a sua língua não significa que deixou de ser índio (OLIVEIRA, 1998; 2004a; BARRETO FILHO, 1993). Os dados do Censo de 2010 realizado pelo IBGE (BRASIL, 2012), apresentam que apenas 37,4% de 896.917 brasileiros que se declararam como índios falam a língua de sua etnia e somente 17,5% desconhecem o português. O levantamento também revelou que 42,3% dos índios brasileiros já não vivem em suas reservas e que 36% se estabeleceram em cidades. Dos que não estão nas reservas, apenas 12,7% falam sua língua. O Museu Paraense Emílio Goeldi considera como ameaçadas as línguas que têm menos de cem falantes, mas que o número seria muito superior se fossem adotados os critérios internacionais, que definem como em perigo às que têm menos de mil praticantes.

Tabela 3: Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões – 1991/2010.

GRANDES REGIÕES	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM PELO MENOS UMA PESSOA AUTODECLARADA INDÍGENA		
	1991	2000	2010
BRASIL	34,5	63,5	80,5
NORTE	64,4	80,0	90,2
NORDESTE	29,0	59,1	78,9
SUDESTE	27,6	63,3	80,6
SUL	39,3	59,6	75,8
CENTRO-OESTE	47,8	74,7	89,1

Em geral, os povos indígenas no Nordeste brasileiro são vistos pela sociedade como sendo “aculturados” ou “mestiçados”, pois consideram que já se perderam as antigas tradições. As duas maiores vertentes dos estudos etnológicos das populações autóctones da América do Sul – o evolucionismo cultural norte-americano (TAYLOR, 1984) e o estruturalismo francês (LÉVI-STRAUSS, 1967) assim como o indigenismo (RIBEIRO, 1970) parecem confluir para uma avaliação negativa quanto à perspectiva de uma etnologia dos povos e culturas do Nordeste.

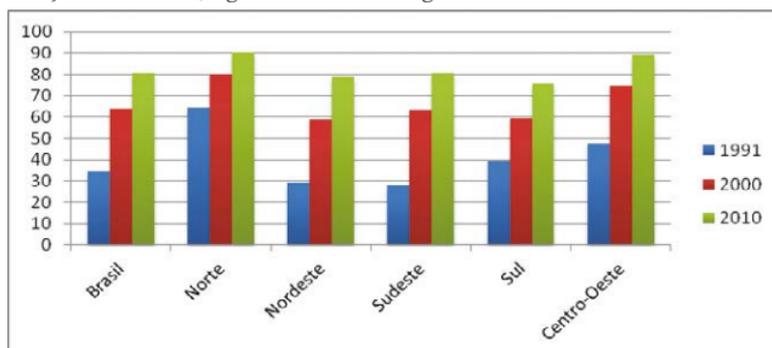
Gráfico 1: População residente autodeclarada indígena, segundo a situação do domicílio e as Grandes Regiões – 1991/2010.



Fonte: IBGE, Censo demográfico 1991/2010.

No entanto, como a tradição é apenas um dos componentes da cultura e não o único, os povos indígenas passam a ser vistos como sujeitos coletivos, que transformam a sua realidade de modo ativamente participativo, inaugurando um processo que tem sido chamado pelos especialistas de reemergência, revitalização, visibilidade, etnogênese, reetinição (VALLE, 1993; OLIVEIRA, 2004b; SILVA, 2005).

Gráfico 2: Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões – 1991/2010.



Diante desse cenário de reelaboração da cultura o movimento indígena no Ceará, tem se dado mais ênfase aos termos índio ou indígena sem contudo excluir outras formas de identificação. Há também um uso corrente de etnônimos, tais como Pitaguary, Jenipapo-Kanindé, Potyguara ou Anacé (PINHEIRO, 2011).

Atualmente, segundo o IBGE (2010) na análise das Unidades da Federação, o Estado do Amazonas possui a maior população autodeclarada indígena do País, com 168,7 mil; o de menor, Rio Grande do Norte, 2,5 mil. Excetuando o Estado do Amazonas, que possui população autodeclarada indígena superior a 100 mil, na maioria das Unidades da Federação essa população situa-se na faixa de 15 mil a 60 mil indígenas. No caso do Ceará, ainda neste censo, a população indígena autodeclarada é de 19 mil pessoas.

Mais uma vez, conforme os dados daquele censo, quanto à participação relativa no total da população do estado, Roraima detém o maior percentual, 11,0%. Somente seis Unidades da Federação possuem população autodeclarada indígena acima de 1%. Abaixo da média nacional, 0,4%, encontram-se 50% das 27 Unidades da Federação, dentre as quais o Ceará, com 0,2% da população em relação aos demais cearenses, de modo semelhante a Minas Gerais que superam os relativos 0,1% nos estados de Goiás, São Paulo, Rio de Janeiro, Piauí e Rio Grande do Norte (IBGE, 2010).

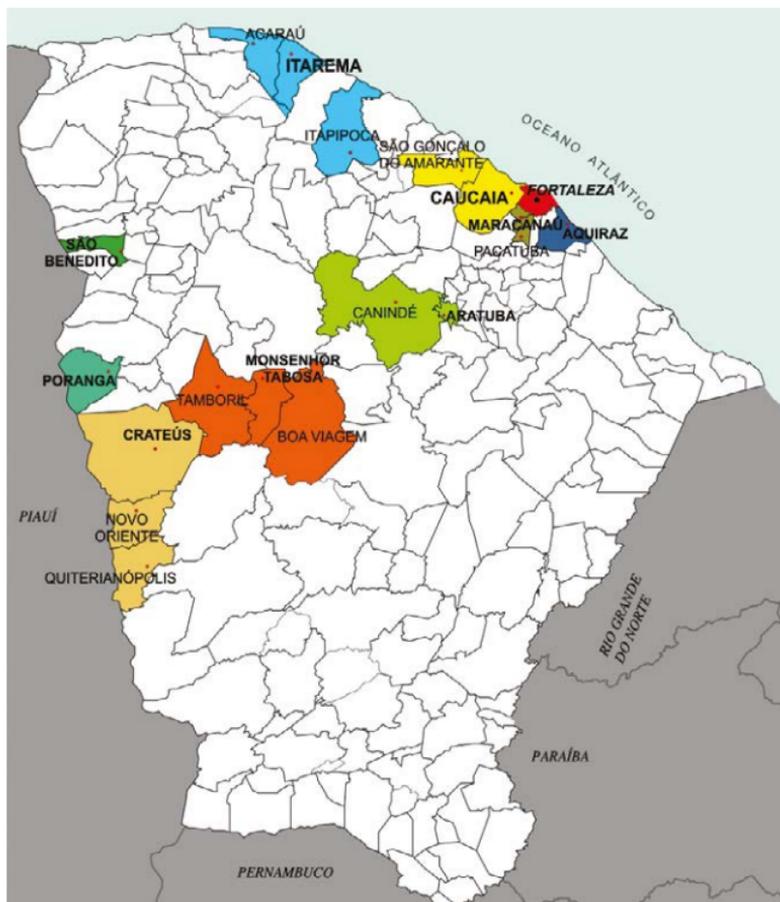
Em relação à população indígena nos municípios, o documento do IBGE (2010) Monsenhor Tabosa apresenta proporção de 11,6% em relação aos demais municípios taboenses, enquanto Fortaleza, embora concentre a maioria da população indígena cearense, com 3.071, a proporção com os

demais fortalezenses é inexpressiva devido sua característica populosa da capital com mais de 2,5 milhões de habitantes.

Adversativamente, os dados do Ministério da Saúde-MS, em 2013, apontam 25.552 indígenas de 14 etnias em 18 municípios e dentre estes, somente 8 fazem intersecção com os 10 apresentados pelo IBGE, onde o órgão sanitarista não identifica indígenas nem em Fortaleza nem em Juazeiro do Norte, aquele com 3 mil e este com 355 indígenas, segundo o Instituto. O MS assinala a maior concentração indígena em Caucaia, com 8.592 pessoas (33,63%), sendo 7.444 Tapeba³ e 1.148 Anacé, e a menor em Canindé, com 60 indígenas da etnia Kanindé (0,23%), totalizando mais de 25 mil indígenas cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI (BRASIL, 2013). Para este, os indígenas taboenses já ocupam 5º lugar em termos proporcionais aos demais parentes no estado (8,43%), estando abaixo de Maracanaú (12,5%), Crateús (11,03%) e Itarema (10,06%).

3 Os nomes tribais não terão flexão portuguesa de número ou gênero (Convenção-Asociação Brasileira de Antropologia, 1954).

Figura 1: Distribuição da População Indígena no Estado do Ceará, por polo-base, município, 2013.



O CONTEXTO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA CEARENSE E TABOENSE

No intuito de atender ao preconizado na PNASPI (BRASIL, 2012), no campo da Atenção Primária, a PNAS-PI prevê uma atuação coordenada entre órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de

seu propósito. Assim, a identificação da população indígena é a base fundamental para a organização do Subsistema de Saúde Indígena (SASI), criado através da Lei 9836/99, conhecida como *Lei Arouca*⁴. O serviço está organizado em todo o país sob sistemas locais de saúde, no modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), num total de 34, seguindo critérios geo-políticos, étnicos e tradicionalmente orientados, articulado e consonante ao Sistema Único de Saúde-SUS (Figura 3) (PAIM, 1996).

O território do DSEI no Ceará, denominado DSEI-CE, com sede em Fortaleza, coincide com a Unidade Federada do Ceará (BRASIL 2013c). Está organizado em 9 Polos-Base, 18 municípios, 21 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena-EMSI (Tabela 1), compostas por Médico, Enfermeiro, Dentista, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN); com atribuições semelhantes às Equipes da Estratégia de Saúde da Família (EESF), mas com a missão específica de atuar em contexto culturalmente diferenciado.

Os aldeamentos indígenas localizam-se em sua maior parte, nas periferias da região metropolitana de Fortaleza ou em áreas rurais, nos sertões, serras e matas pelo interior do estado (BRASIL, 2013b). Esses espaços físicos extremamente pequenos não dão suporte às funções de moradia, roça e itinerância, e aumenta a vulnerabilidade dessa população às condições de risco, como drogadição, alcoolismo, prostituição e outras violências, além de ocasionar o se-

4 AROUCA, Sérgio. Médico Sanitarista responsável pelo encaminhamento da Lei 9836/99 que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena, acrescentando o Capítulo V à Lei 8080/90.

dentarismo, fatores determinantes na multicausalidades do adoecimento dessa população imbricada, mas não misturada à população nacional (SANTOS; COIMBRA JUNIOR; CARDOSO, 2007), fato observado pela crescente ascensão da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis e mortes por causas violentas, embora se observe a concomitância de óbitos por causas infecciosas que caracteriza o perfil epidemiológico de transição (FUNASA, 1998; 2002; 2006; 2007; 2010abcd).

Sob o ponto de vista de lideranças indígenas a saúde não ser algo isolado, está intimamente relacionada à posse da terra; é fundamental que eles tenham suas terras *desintrusadas*⁵ para que tenham condições de subsistência e, consequentemente, de saúde, conforme Dourado Tapeba⁶ (Caucaia-CE); “têm relações sagradas com o meio ambiente, com as serras, rios. A reivindicação dos índios é voltarem para o lugar que consideram como seu, onde estão seus ancestrais.” – João Pacheco de Oliveira⁷ (MELO, 2007).

O desafio do Subsistema de Saúde Indígena “preparar profissionais para atuação em contexto culturalmente diferenciado” (BRASIL, 2002) está na compreensão *a priori* dos processos de adoecimento e cura da população indígena contemporânea, frente às transformações sociais e a reelaboração cultural que vive, especialmente no Nordeste (OLIVEIRA, 2004), associada à dialética do crescimento populacional e as reivindicações político-sociais.

5 Refere-se ao processo de retirada de não indígenas das terras indígenas tradicionais.

6 Antônio Ricardo Domingos da Costa, liderança indígena conhecido como Dourado Tapeba, de Caucaia-CE.

7 Antropólogo e Professor Titular do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em entrevista a JC ONLINE. Sistema Jornal do Comércio de Comunicação, Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/sites/indios/terra.html>. Acessado em: 03/06/2013.

Tabela 1: Distribuição da População Indígena no Estado do Ceará, por Região, Polo-Base, Município e Etnia, comparativo entre dados do Ministério da Saúde (MS), 2013 e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

REGIÃO	POLO-BASE	MUNICÍPIO	ETNIA	Nº PESSOAS MS	Nº PESSOA IBGE¹
METROPO-LINA	Aquiraz	Aquiraz	Jenipapo-Kanindé	366	-
	Caucaia	Caucaia	Tapeba	7444	2.706
			Anacé	1148	
	Maracanau	Maracanau	São Gonçalo do Amarante	188	-
			Pacatuba	Pitaguary	3195
		Pacatuba	Pitaguary	1053	744
LITORAL	Itarema	Acarau	Tremembé	271	-
		Itapipoca		494	403
		Itarema		2570	2.258
SERRA	Aratuba	Aratuba	Kanindé	833	-
		Canindé (sertão)		60	-
	São Benedito	São Benedito	Tapuia-Kariri	382	-
	Poranga	Poranga	Kalabaça	53	1.173
			Tabajara	1281	
SERTÃO	Monsenhor Tabosa	Monsenhor Tabosa	449	1.934	
			Tubiba-Tapuia		54
			Gavião		61
		Potiguara	1589		
		Boa Viagem	242		-
	Crateús	Tamboril	Tubiba-Tapuia	149	-
			Potiguara	107	-
		Quiterianópolis	Tabajara	94	-
				341	-
				1042	-
Novo Oriente	Crateús	Kariri	166	613	
		Kalabaça	195		
		Tupinambá	23		
		Potiguara	1393		
-	-	Novo Oriente	-	309	-
-	-	Juazeiro do Norte	-	-	355
CAPITAL	-	Fortaleza	-	-	3.071
			TOTAL	25552	15.457

Nesse contexto, é que o estado de saúde e doença nos povos indígenas vai se construindo, como o resultado de relações individuais e coletivas que se estabelecem com a natureza, dado que a saúde não se constitui como espaço au-

tônomo ou isolado, mas refere-se a questões mais gerais das relações sociais, das relações com a natureza, da cosmologia, da organização social, e do exercício do poder (LUCIANO, 2006).

A compreensão da natureza interna do conteúdo das experiências humanas e isto incluem a experiência individual e a social, se impõem como primeira condição à aproximação ao seu contexto vivido. A reversão do modelo biomédico deveria ser adaptando os programas de saúde a diferentes contextos culturais, mediante o entendimento das práticas culturais não como fatores de risco, mas, como expressões elementos positivos, abordando as comunidades como produtores de valores e práticas saúde e não apenas como consumidores de serviços (CAPRARA, 2009).

Uma abordagem intercultural pressupõe de uma análise da relação saúde-doença não somente do ponto de vista biomédico, orgânico da doença, mas principalmente a partir da experiência do paciente, da pessoa indígena. Esta distinção foi expressa, já nos anos setenta, por Eisenberg e Kleinman, com a famosa distinção entre doença diagnosticada pela bio-medicina (*disease*) e experiência subjetiva da doença vivenciada pelo paciente (*illness*) (EISENBERG, 1977; KLEINMAN, 1978).

A distinção entre *illness* e *disease* reafirmam a diferença de concepção entre o paciente-pessoa e o profissional de saúde, terapeuta, médico, diante do mesmo fenômeno. O paciente indígena, ao procurar o terapeuta, apesar de atribuir-lhe o lugar do saber, tem uma hipótese sobre o que o aflige, uma ideia do prognóstico como instância de gravidade. O terapeuta, por seu turno, toma o relato do paciente e filtra as

informações colhidas a partir de seu saber clínico-laboratorial. A partir daí, sugere hipóteses baseadas nas referências que possui, o que constitui sua pré-compreensão.

No Ceará, a maioria das pesquisas em saúde das populações indígenas foram direcionados a estudos quantitativos e os resultados encontrados não tiveram sua base social e importância interpretadas à luz da situação em que se inserem ou são influenciadas (GEERTZ, 1989) com o desenvolvimento de pesquisas na área qualitativa, modo de se compreender a situação de saúde e seu processo, na perspectiva dos cuidadores tradicionais (NOBRE, 2002).

Minayo (1998) descreve que nos últimos anos, inúmeros estudos têm apontado os fatores culturais como altamente influenciadores no sucesso ou insucesso das intervenções na área de saúde. A compreensão da natureza interna do conteúdo das experiências humanas e isto incluem a experiência individual e a social, se impõem como primeira condição à aproximação ao seu contexto vivido. A reversão do modelo biomédico deveria ser adaptando os programas de saúde a diferentes contextos culturais, mediante o entendimento das práticas culturais não como fatores de risco mas, como expressões elementos positivos, abordando as comunidades como produtores de valores e práticas saúde e não apenas como consumidores de serviços (CAPRARA, 2009).

As pesquisas que exigem trabalho de campo e, de modo especial, aquelas cujo eixo central dá-se nas relações entre pesquisadores e informantes, a descrição e a análise dessas relações podem trazer para o meio acadêmico e profissional informações e discussões tão importantes quanto os resultados da própria investigação (MINAYO, 1998).

As Práticas Tradicionais de cura Potiguara são todas aquelas relacionadas à promoção e à recuperação da saúde com origem na tradição dos antepassados. Inclui o conhecimento sobre as plantas medicinais, tratamento natural (água, terra, animais), trabalho do pajé, curadores, rezadores e parteiras, cuidados com as crianças, com os velhos e o ambiente. Esta medicina tradicional como ervas, barro, água, pedra, fumaça, é muito rica e hoje pode ser reconhecida como um dos maiores reservatórios de conhecimento capaz de ajudar a mulher e o homem moderno a enfrentar as péssimas condições de vida. A doença para o Potiguara está ligada a dimensão física, assim como aquela espiritual. Tudo é atribuído ao que é tocado, cheirado, à cor, à dimensão emocional, aos comportamentos assim como à maneira de viver e ver o mundo.

Em 2008, este Curso de Mestrado Acadêmico desenvolveu um primeiro projeto piloto de saúde intercultural sobre os processos de adoecimento e cura dos índios Potiguara do Mundo Novo e Jacinto, em Monsenhor Tabosa, no Ceará-Brasil. O objetivo foi procurar entender as múltiplas interações dos índios Potiguara com o meio social, com o próprio sistema tradicional de saúde e o sistema de saúde biomédico. Dentre as lideranças identificamos duas professoras Potiguara de Monsenhor Tabosa que demonstravam também a preocupação de pesquisar seu próprio sistema médico de cura e sua relação com a biomedicina, através das práticas médicas indígenas, através de um estudo realizado por pesquisadores da cultura de pertença e sua lógica de tratamento (LONGDON & GARNELO, 2004) e, finalmente, propor simbologia percebida e vivenciada por elas,

com vistas à melhoria da situação de saúde de seu povo e, essencialmente, de se fazer ver e valer frente às demandas e críticas da sociedade nacional. As duas líderes indígenas participaram em duas disciplinas do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE (antropologia da saúde e etnografia) e hoje desenvolvem o presente projeto como membros da equipe de pesquisa.

A educação permanente intercultural com populações indígenas visa lançar uma reflexão sobre as peculiaridades da população indígena do DSEI-CE, bem como discutir a política de atenção à saúde da população indígena e subsidiar os profissionais para atuação em contexto culturalmente diferenciado, através de debates e oficinas para a construção de propostas visando à organização dos serviços de saúde e o alcance das metas preconizadas no Plano Distrital de Saúde Indígena para o quadriênio 2012-2015.

Por essas razões, este projeto tem como proposta abordar o tema da Medicina Tradicional Indígena entre os Potiguaras, no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, procurando identificar experiências, significados e práticas ligadas à saúde e à doença. Além disso, essa abordagem da Medicina Tradicional Potiguara; pretende valorizar as qualificações específicas para os profissionais de saúde indígena.

Mediante os elementos identificados, a presente pesquisa proporá um elenco mínimo curricular na formação e qualificação dos profissionais de saúde indígena no Estado do Ceará, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002; GARNELO, MACEDO & BRANDÃO, 2003), demonstrando o quanto a articulação dos serviços de saúde com as medici-

nas tradicionais indígenas (BUCHILLET, 1991) é condição fundamental para a efetivação do princípio da integralidade em um modelo diferenciado de atenção à saúde indígena (FERREIRA, 2012).

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. **Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento**. In: RICARDO, C. A. (Org.); RICARDO, F. (Org.). Povos indígenas no Brasil, 2001/2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2005. p. 55-58.

BARRETO FILHO, H. T. **Tapebas, Tapebanos e Pernas de Pau: etnogênese como processo social de luta simbólica**. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1993.

BITTENCOURT, L. **A fotografia como instrumento etnográfico**. IN: Anuário Antropológico. n 92. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. 1994.

BUCHILLET, D. **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém, CEJUP, 1991.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Saúde Indígena**. 2 ed. Brasília. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília. DF. 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. **Índios do Brasil**. Brasília. 2013a. Disponível em: www.funai.gov.br. Acesso em: 03 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena-Ceará. **Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena (off line)**. Fortaleza. 2013b. Acesso em: 30 mai. 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas.

Os Indígenas no Censo Demográfico 1010. Primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro. 2012.

_____. **Secretaria Especial de Saúde Indígena.** Brasília. 2013. Disponível em: www.saude.gov.br/sesai. Acesso em: 03 jun. 2013.

_____. **Secretaria Especial de Saúde Indígena.** Brasília. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9518-destaques>. Acesso em: 9 set. 2014.

CEARÁ. Secretaria de Educação. Coordenadoria de Desenvolvimento da Escola. Célula de Aperfeiçoamento Pedagógico. **Identidade Cultural dos Povos de Jacinto.** Fortaleza; Importec, 2007.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. **Etnografia:** Uso, Potencialidades e Limites na Pesquisa em Saúde. Interface (UNI/UNESP), v. 12, n. 25, p. 361-74, abr./jun. 2008.

CAPRARA, A. *La Relación Médico-Paciente: un Enfoque Intercultural.* In: CITARELLA, L.; ZANFARI, A. *Reflexiones Sobre la Interculturalidad en Salud.* YACHAY TINKUY Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. 2ª ed. Bolívia. p. 201. 2009.

CONVENÇÃO PARA A GRAFIA DOS NOMES TRIBAIS. **Associação Brasileira de Antropologia.** Rev. de Antropologia. v. 2. São Paulo, 1954. Disponível em: www.portalkaigang.org.

EISENBERG, L. *Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness, Culture Medicine and Psychiatry* 1: 9-23. 1977.

FERREIRA, L. O. **O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena,** Projeto Vigisus II/Funasa. Saúde Soc. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 265-277, 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. COORDENAÇÃO REGIONAL DO CEARÁ. DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena,** módulo local (*off line*). Fortaleza. 2010a. Acessado em 23/09/2010.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. COORDENAÇÃO REGIONAL DO CEARÁ. DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Consolidado 2002**. Fortaleza. 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. COORDENAÇÃO REGIONAL DO CEARÁ. DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Planilhas de Monitoramento Local. Fortaleza. 2010b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. COORDENAÇÃO REGIONAL DO CEARÁ. DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório do Biênio 2006-2007**. Fortaleza. 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA. **Boletim informativo número 01/2006 – Indicadores de Saúde Indígena 2000 a 2005**. Brasília. 2006.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA. Brasília. 2010c. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografiaIndigena.asp>. Acesso em: 23/09/2010.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. COORDENAÇÃO REGIONAL DO CEARÁ. EQUIPE DE SAÚDE DO ÍNDIO. **Análise de dados 1998**. Fortaleza. 1998.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Superintendência Estadual do Ceará. **Relatório de Gestão 2010. Fortaleza**. 2010d. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/ce.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2013.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L.C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília. DF, 2003.

GEERTZ, C. 1926. **A interpretação das culturas**. 1 ed., 13 reimpr. Rio de Janeiro. LTC. 2008.

KLEINMAN, A. *Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems*. **Soc Sci Med**. v. 12, n 2. p. 85-93. 1978.

LANGDON, E. J. **Saúde indígena**: a lógica do processo de tratamento. In: SAÚDE em Debate, ed. Especial, jan. 1988.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1967.

LIMA, C. **Os Potiguara do Mundo Novo**: estudo acerca de uma etnicidade indígena. [Monografia de Graduação]. Departamento de Ciências Sociais. Centro de Humanidades. Universidade Federal do Ceará. 2003. 105p.

_____. **Do Litoral ao Sertão**: atual presença Potiguara na Serra das Matas/CE. In: Memória e História. Associação Nacional de História/Núcleo Regional de Pernambuco. Recife: UFPE, 2004.

_____. **Trajétórias entre contexto e mediações**. A construção da etnicidade Potiguara da Serra das Matas. Dissertação [Mestrado]. Departamento de Ciências Sociais. Centro de Humanidades. Universidade Federal de Pernambuco. 2007. 160p.

LUCIANO, G.S. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Edições MEC/Unesco. 2006. Acesso em: 04 jun. 2013.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. 2 ed. São Paulo: Abril, Cultural 1978.

MARTINS, L.; SALES, M. **Descobrimo e construindo Mon-senhor Tabosa**. Fortaleza: Ed. Demócrito Rocha, 1999.

MATOS, F. J. A. **Plantas Medicinai**s: guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no Nordeste do Brasil. 2 ed. Fortaleza. IU. 2000.

MELO, J. A **Retomada Indígena**. Nordeste tem menos de 20% das terras demarcadas. JC On Line. Sistema Jornal do Comércio de Comunicação. s/l. 2007. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/sites/indios/terra.html>. Acesso em: 03 mai. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

NOBRE, L. L. L. A **etnomedicina dos índios Pitaguary**: do enfoque da biomedicina à subjetividade cultural para promover o bem viver. [Dissertação]. Mestrado em Educação em Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade de Fortaleza. Fortaleza. 2002.

OLIVEIRA, J. P. **A viagem da volta**: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2004a.

OLIVEIRA, J. P. Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia. p. 9-32. In: LANGDON, E.J.; GARMELO, L. **Saúde dos Povos Indígenas**. Reflexões sobre antropologia participativa, Capa Livraria Ltda, Rio de Janeiro. 2004b.

OLIVEIRA, J.P. **Uma etnologia dos “índios misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais**. Mana: Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, abr. 1998.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R.V. orgs. **Demografia dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 192 p. ISBN: 85-7541-056-3. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PAIM, J.S. **Organização em serviços de saúde**: modelos assistenciais e práticas de saúde. Salvador, p. 25, 1996. (mimeo).

PEDERSEN, D. *Curandeiros, divindades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos*. AMÉRICA Indígena, 49(4), 1989.

PINHEIRO, J. D. **Identificação Indígena e Mestiçagem no Ceará**. Cadernos do LEME, Campina Grande, vol. 3, nº 2, p. 21 – 49. jul./dez. 2011.

RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1970.

RICARDO, C. A. **A sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil**. In: RICARDO, C. A. (Org.). Povos indígenas no Brasil, 1991/1995. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1996. p. i-xii.

RODRIGUES, A. **As línguas indígenas no Brasil**. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org) Povos indígenas no Brasil, 2001/2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E A.; CARDOSO, A. **Povos indígenas no Brasil**. In: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. A. Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de

Saúde Pública. Educação à Distância. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2007. p. 21 a 46.

SEPPILLI, T. *L'antropologia medica "at home": un quadro concettuale e la esperienza italiana.* *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 15-16, ottobre 2003, pp.11-32.

SILVA, I. B. P. **Vilas de Índios no Ceará Grande.** Ed. Pontes. Campinas. 2005.

TAYLOR, A-C. *L'américanisme tropical: une frontière fossile de l'ethnologie?* In: RUPP-EISENREICH, B. (org.). *Histoires de l'anthropologie: XVI-XIX. Siècles.* Paris: Klincksieck. 1984. p. 213-33.

VALLE. C. G. do. O. **Terra, tradição e etnicidade:** os Tremembés do Ceará. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1993.

AFERIÇÃO DE LETRAMENTO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Christiane Pineda Zanella
Helena Alves de Carvalho Sampaio
Daianne Cristina Rocha
Nara de Andrade Parente
José Wellington de Oliveira Lima
Soraia Pinheiro Machado Arruda

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS (*World Health Organization* – WHO) mostram que as DCNT foram responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WHO, 2011). No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes (BRASIL, 2012a).

Uma das causas importantes no desenvolvimento das DCNT é a inadequação alimentar e os reflexos do desconhecimento de temas relacionados à nutrição. A identificação de temas desconhecidos ou não bem compreendidos pela população possibilita a formulação de políticas públicas mais precisas, reais e focadas.

Algumas iniciativas estão sendo realizadas pelo Ministério da Saúde na tentativa de educar em saúde (e nutrição) a população ao longo da última década como a elaboração de Guia Alimentar para População Brasileira em 2005, com a proposta de ensinar a população a se alimentar (BRASIL, 2005), sua reformulação em 2014 (BRASIL, 2014), e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011). Percebe-se, em tais iniciativas, a importância do tipo de ações educativas realizadas, caso se almeje pleno sucesso. Neste contexto é que se insere o conceito de letramento em saúde e letramento nutricional.

Segundo Sorensen *et al.* (2012), letramento em saúde é “o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia a dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida”.

De acordo com Kripalani *et al.* (2007), pessoas com baixo letramento em saúde apresentam os piores estados de saúde, menores conhecimentos sobre a doença e tratamento, aumento das internações, maiores custos de saúde e baixa adesão ao tratamento.

Nesse ponto de vista, surge a reflexão sobre letramento nutricional e seu impacto na saúde das pessoas, tema ainda bem menos explorado do que o letramento em saúde.

O letramento nutricional, como o letramento em saúde, se estende para além das competências básicas de leitura, escrita, fala e escuta, para incluir capacidades exigidas

para uma pessoa compreender e interpretar informações, muitas vezes complexas, sobre alimentos e nutrientes (NUTRITION-LITERACY, 2010), pressupondo a integração entre linguagem, política, cultura e escola para aplicação de conceitos nutricionais na vida cotidiana (CIMBARO, 2008). Isso se torna importante, principalmente considerando a evolução tecnológica e social das últimas décadas, que influenciou significativamente a diversidade de alimentos disponíveis (NUTRITION-LITERACY, 2010).

O uso de um instrumento de mensuração de letramento nutricional permite ao profissional, especialmente ao nutricionista, conhecer previamente a área da nutrição em que o indivíduo tem menor autoeficácia, possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção mais direcionadas no que tange ao atendimento nutricional. Tal fato pode, por sua vez, elevar o letramento em nutrição dos indivíduos e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Entretanto, há um número limitado de instrumentos desenvolvidos especificamente para este fim. O primeiro a ser publicado foi a NLS – Nutritional Literacy Scale (DIAMOND, 2007). Anteriormente, foi desenvolvido por Weiss *et al.* (2005) um instrumento de diagnóstico de letramento em saúde, o Newest Vital Sign (NVS), que foi colocado por Martinez (2011) como um instrumento passível de ser utilizado para fins de aferição de letramento nutricional. Mais recentemente, foi desenvolvido um outro instrumento, desta feita também específico para letramento nutricional, o Nutrition Literacy Assessment Instrument (GIBBS, 2012a).

O Grupo de Pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas (GRUPESQNUT-DC) da Universidade

Estadual do Ceará (UECE) já desenvolveu estudos com a temática através de dois projetos de pesquisa financiados, com algumas publicações de recortes dos mesmos (PASSA-MAI *et al.*, 2012; SAMPAIO *et al.*, 2012).

O primeiro projeto foi o **“Plano AlfaNutri: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas”** que teve os objetivos de diagnosticar o nível de letramento/alfabetização nutricional e em saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolver um livro de introdução ao tema para profissionais de saúde e avaliar a compreensão do Guia Alimentar para a População Brasileira em sua versão bolso (dirigida à população).

O segundo projeto foi o **“Plano Alfa-Saúde: Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS”**. Considerando os dados do primeiro projeto, que detectou a presença de baixo letramento em saúde entre usuários do SUS e uma limitada compreensão do material educativo avaliado, neste novo projeto objetivou-se tanto capacitar equipes de saúde para o desenvolvimento de ações educativas fundamentadas nos pressupostos do letramento e navegação em saúde, como avaliar outros materiais educativos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, com base nos mesmos pressupostos.

Dada a importância da nutrição adequada para a saúde da população, bem como a pouca investigação sobre letramento nutricional, o GRUPESQNUT-DC considerou avaliar o letramento nutricional de usuários do SUS, na

perspectiva de incluir o uso de um instrumento de aferição na rotina de atendimento pelas equipes de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado nos Centros de Saúde da Família (CSF) integrantes da Secretaria Executiva Regional (SER) I, II, III, IV, V e VI, da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza. Dentre os 92 centros de saúde existentes, foram sorteados 20 CSF, contemplando todas as regionais. A população do estudo é representada pelos usuários do SUS atendidos nos CSF de Fortaleza.

A amostra foi estratificada conforme a escolaridade, chegando-se ao número de 1200 usuários. Estes foram distribuídos entre os 20 CSF sorteados, totalizando 60 pessoas em cada CSF. Constituíram critérios de inclusão no estudo: indivíduos adultos (≥ 18 e < 60 anos), alfabetizados e que estivessem sendo atendidos nos respectivos CSF.

Estipulou-se tempo mínimo de quatro anos de frequência à escola, para a inclusão no estudo. Foram determinados quatro estratos para as amostras dos centros de saúde em função da escolaridade, uma vez que os estudos realizados pelo grupo têm mostrado uma relação entre letramento em saúde/nutrição e escolaridade (SAMPAIO *et al.*, 2013). No primeiro estrato foram alocados indivíduos com 4 a 6 anos de estudo, no segundo estrato indivíduos com 7 a 9 anos de estudo, no terceiro estrato indivíduos com 10 a 12 anos de estudo e, finalmente, no quarto estrato indivíduos com 13 ou mais anos de estudo. Assim, cada estrato contabilizou 15 sujeitos.

Optou-se por utilizar a NLS (DIAMOND, 2007) como instrumento de aferição. Foi realizada tradução e adaptação cultural da mesma, procedimentos estes inseridos no estudo de Zanella (2015), que está realizando a validação deste instrumento (dados ainda não publicados). Os procedimentos citados foram desenvolvidos de acordo com preconização de Beaton *et al.* (1998), considerado o mais completo e que atende a todas as exigências metodológicas da adaptação cultural do instrumento deste estudo. A escala é composta por 28 itens, além de incluir perguntas sobre idade, sexo, etnia e escolaridade.

Os acertos foram tabulados para apresentação em frequências simples e percentual, por questão integrante da escala.

O letramento nutricional é assim categorizado: adequado: 15-28 acertos, marginal: 8-14 acertos e inadequado: 0-7 acertos (informação do autor).

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o número: 0002.0.038.000-09. A investigação não apresentou risco físico à saúde dos sujeitos envolvidos no estudo, pois não foram adotadas técnicas invasivas. Foi solicitada permissão da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza, Ceará, para o levantamento dos dados realizados nos Centros de Saúde da Família (CSF) sorteados.

Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e sua participação foi condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proporção do sexo feminino foi de 75,6%. Essa alta presença do sexo feminino nos serviços de saúde também foi constatada em outros estudos e na pesquisa nacional de amostras por domicílios – PNAD que apresentou o percentual de 76,6% de mulheres procurando o serviço de saúde na rede que integra o Sistema Único de Saúde (IBGE, 2010; RUIZ, 2012; MORAES *et al.*, 2014).

A média de idade do grupo foi de 36,62 anos ($\pm 11,68$), sendo a masculina 36,84 ($\pm 11,82$) e a feminina 36,56 ($\pm 11,63$) anos.

Quanto aos anos de estudo, estes foram preestabelecidos em categorias, com mínimo de 04 anos de escolaridade e máximo de 13 anos ou mais. Evidenciou-se a presença de 18 anos de estudo, como máxima nesta pesquisa. A média foi de 9,82 ($\pm 3,7$) anos de estudo para o grupo pesquisado. Para o sexo masculino a média de anos de estudo foi levemente superior 10,04 ($\pm 3,6$) ao sexo feminino 9,76 ($\pm 3,7$).

Desse modo, como o grupo avaliado foi estratificado segundo os anos de estudo, acabou-se por encontrar uma média superior à média nacional e à nordestina. A estratificação por anos de estudo é importante na investigação de letramento em saúde, pois os estudos de vários autores (BAKER *et al.*, 2000; HOWARD *et al.*, 2005; MANCUSO; RINCON, 2006; MORRIS *et al.*, 2006; WOLF *et al.*, 2007; MARAGNO, 2009; COELHO, 2013) apontam que é um fator associado ao nível de letramento encontrado. O letramento em nutrição também apresenta associação com anos de estudo, como descrito por Diamond (2007), Sampaio *et al.* (2013) e Sampaio *et al.* (2014).

Essa caracterização quanto a sexo, idade e anos de estudo é importante para melhor compreender o desempenho dos indivíduos avaliados quanto ao letramento nutricional.

A Tabela 1 demonstra o desempenho da população estudada segundo os 28 itens que compõem a NLS.

O percentual de acertos entre os itens variou bastante, sendo melhores os desempenhos nos itens 1 (efeito do comer de forma saudável), 14 (papel do cálcio na saúde óssea) e 16 (papel da vitamina D na saúde óssea), respectivamente com percentual de acerto de 90,56%, 80,28% e 80,12%. Os piores desempenhos observados foram nos itens 8 (efeito da gordura no colesterol sérico) – 21,39%; 21 (alternativa para evitar uso de pesticidas nos vegetais) – 29,32%; e 12 (grãos integrais como fontes de fibras) – 34,59%.

No estudo realizado por Sampaio *et al* (2012) junto a usuários de serviços públicos de atendimento ambulatorial pelo SUS, especificamente envolvendo o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), ambos localizados na cidade de Fortaleza, totalizando 70 pessoas, os itens com maior percentual de acertos foram 3, 14, 16 se igualando aos achados do presente estudo nos itens 14 (papel do cálcio na saúde óssea) e 16 (papel da vitamina D na saúde óssea), que também obtiveram bons resultados.

Tabela 1: Percentual de respostas corretas aos 28 Itens da Nutritional Literacy Scale¹, de uma amostra (n = 1.197) de usuários do Sistema Único de Saúde. Fortaleza, 2015.

ITEM	CONTEÚDO	RESPOSTAS CORRETAS	
		f	%
1	Alimentação saudável beneficia o coração.	1,084	90,56
2	Alimento isolado não fornece todos os nutrientes necessários.	455	38,01
3	Alimentação variada garante nutrientes necessários.	924	77,19
4	Grupos alimentares para uma dieta saudável.	948	79,20
5	Quantidade de porções de frutas, verduras e legumes recomendada.	748	62,49
6	Periodicidade de consumo das porções de frutas, verduras e legumes recomendadas.	900	75,19
7	Influência da gordura saturada da manteiga nos níveis de colesterol.	862	72,01
8	Influência das gorduras trans nos níveis de colesterol.	256	21,39
9	Alimentos ricos em gordura saturada e trans devem ser evitados.	933	77,94
10	Alimentos ricos em gordura saturada e trans engordam.	557	46,53
11	Definição de fibras.	668	55,81
12	Fibras em grãos integrais <i>versus</i> processados.	414	34,59
13	Quantidade diária recomendada de fibras.	582	48,62
14	Papel do cálcio na saúde óssea.	961	80,28
15	Efeito do envelhecimento na saúde óssea.	470	39,26
16	Papel da vitamina D na saúde óssea.	959	80,12
17	Açúcar como caloria vazia.	618	51,63
18	Bactérias causando doenças.	926	77,36
19	Como armazenar ovos para evitar doenças causadas por bactérias.	874	73,02
20	Alimentos orgânicos <i>versus</i> controle de ervas daninhas.	471	39,35
21	Plantio alternado no controle de ervas daninhas	351	29,32
22	Alimentos orgânicos são de maior custo do que os alimentos convencionais.	506	42,27
23	Percentual de calorias fornecido por 10g de gordura em uma porção de 180 calorias.	693	57,89

24	Quantidade diária de proteína necessária para uma mulher de 63,5kg.	558	46,62
25	Uso de maionese sem gordura em sanduíche como forma de reduzir as gorduras totais da preparação.	631	52,72
26	Sem gordura não significa o mesmo que sem calorias.	664	55,47
27	Redução do tamanho das porções.	578	48,29
28	Redução do tamanho das porções reduz o peso corporal.	715	59,73

[†]Traduzida e adaptada da Nutritional Literacy Scale desenvolvida por Diamond (2007).

O item 1 (feito de comer de forma saudável), que obteve melhor desempenho no presente estudo é um assunto bastante difundido entre a população. O assunto é tema de reportagens na televisão, rádio, jornais e revistas. Além disso, dando um comando de busca no Google, em 04/02/2015, com as palavras “alimentação saudável”, surgiram 764.000 resultados. Esses fatos tornam a população próxima de muita informação, nem sempre correta, mas numerosa. Logicamente, está se comentando aqui o mero conhecimento sobre o tema, não significando dizer que o indivíduo é letrado no mesmo, pois é apenas um item da escala.

Também o aumento de indivíduos com patologias, vem atrelado à propaganda de medicamentos e de estilo de vida apropriados para o combate às mesmas, permitindo que a população receba informações sobre aquelas mais prevalentes (NASCIMENTO, 2010).

Por outro lado, o desempenho foi ruim nos itens 8 (feito da gordura no colesterol sérico), 21 (alternativa para evitar uso de pesticidas nos vegetais); e 12 (grãos integrais como fontes de fibras), se igualando aos achados de Sampaio

et al. (2012) somente no item 8. Naquele estudo, os resultados inadequados foram para os itens 2 (alimento isolado não fornece todos os nutrientes necessários) e 27 (indicação para diminuir porção por refeição).

Destaca-se que, apesar do público estudado por Sampaio *et al.* (2012) também ser de usuários do SUS, estes eram atendidos em ambulatórios especializados de obesidade, diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial e câncer (este para prevenção e tratamento), o que pode fazer a população atendida se diferenciar das demais atendidas pelo SUS. Assim, é possível que aqueles participantes tenham tido um bom desempenho, no geral, devido a receberem mais informações detalhadas sobre alimentação, conduta que integra as orientações para as doenças citadas, detendo melhor tratamento nutricional.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a partir de 2006 obriga todos os fabricantes a indicar no rótulo a quantidade de gordura trans presente nos alimentos, porém estudo de Magnoni (2015) evidencia, em uma pesquisa realizada pelo Hospital do Coração de São Paulo, que 82% dos pacientes consomem gordura trans e saturada por desconhecerem seus malefícios à saúde.

Estudo incluindo 600 pessoas residentes em São Paulo, de diferentes classes sociais e com mais de 20 anos de idade, mostrou que a maioria dos entrevistados não tem conhecimento sobre a diferença entre os tipos de gorduras, quais são as mais indicadas e quais alimentos possuem um perfil nutricional mais adequado (Magnoli, 2015). O principal problema evidenciado pela pesquisa é a confusão entre nomenclaturas e a percepção de pacientes em relação à pre-

sença em excesso de colesterol, gordura saturada e trans nos alimentos. Magnoni (2015) acredita que crenças e suposições atrapalham na busca de fontes de gorduras menos malélicas e acrescenta que 29,9% nunca leem os rótulos dos alimentos.

Coffman e La-Rocque (2012), na validação da NLS para o espanhol, constataram que os participantes tiveram maior dificuldade em compreender questões relacionadas à perda de peso, aos ácidos graxos trans, aos produtos livres de gordura, e à agricultura biológica (nomenclatura adotada em referência às questões 20, 21 e 22).

A Tabela 2 mostra a distribuição dos indivíduos avaliados segundo as categorias de letramento nutricional da NLS, observando-se um predomínio da categoria adequado (63,16%).

Tabela 2: Categorias de letramento nutricional segundo a Nutritional Literacy Scale¹, de uma amostra (n = 1197) de usuários do Sistema Único de Saúde. Fortaleza, 2015.

Letramento Nutricional	f	%
Adequado	756	63,16
Marginal	381	31,83
Inadequado	60	5,01

¹Traduzida e adaptada da Nutritional Literacy Scale desenvolvida por Diamond (2007).

Diamond (2007), em seu estudo de validação da NLS, encontrou 93% de indivíduos na categoria adequado. Na validação para o espanhol foi detectado 87% de adequação (COFFMAN; LA-ROCQUE, 2012).

Sampaio *et al.* (2013) entrevistaram dois grupos populacionais, um de usuários do SUS e um de frequentadores de um *shopping center* localizado em área nobre da cidade

de Fortaleza, utilizando a mesma NLS, embora apenas com tradução livre. Os autores detectaram alta prevalência de letramento adequado, em percentuais que variaram de 86,4% e 96,9% dos entrevistados, dependendo do grupo populacional e do sexo. Mesmo com esses altos percentuais, houve diferença entre os grupos, com pior desempenho entre os usuários do SUS e com influência da mais baixa escolaridade deles nesses achados.

Ainda Sampaio *et al.* (2014), entrevistando 38 funcionários graduados em nível superior atuantes em um serviço da atenção básica, encontraram letramento adequado em 94,7% deles com a aplicação da NLS com tradução livre.

Por conseguinte, a exemplo do grupo populacional avaliado por Diamond (2007), os estudos realizados com esta escala encontraram alto percentual de letramento adequado entre participantes com maior escolaridade. No presente estudo, diferente dos outros, o letramento marginal e satisfatório representaram 36,84% do total de entrevistados. Tal fato pode ser devido à maior heterogeneidade de anos de estudo do que nos estudos citados, pois a amostra foi estratificada segundo esta variável, eliminando-a como fator de confusão. Pode, ainda, haver influência do fato do presente estudo ter envolvido um número bem maior de pessoas em relação aos outros, permitindo, talvez, evidenciar um quadro mais condizente com a realidade. Além disso, os estudos citados entrevistaram pessoas atendidas em serviços especializados ou profissionais de nível superior, enquanto no presente estudo os usuários eram atendidos em âmbito mais geral, talvez com menos acesso à informação mais específica em nutrição.

CONCLUSÃO

O letramento nutricional de 36,84% do público-alvo do presente estudo – usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) não foi satisfatório, sendo categorizado como marginal (31,83%) e como inadequado (5,01%). Fica assim demonstrado que a compreensão da informação nutricional de grande parte dos indivíduos (mais de um terço deles) pode estar comprometida, caso não haja um maior cuidado na seleção das estratégias educativas por parte dos profissionais.

Na próxima etapa do estudo, será desenvolvida a NLS-BR, ou seja, a NLS validada para uso no Brasil. Tal validação está em andamento e será realizada através da Teoria da Resposta ao Item (TRI).

A partir do estudo de validação, a NLS-BR poderá manter os 28 itens originais ou ter a supressão de alguns, a depender da avaliação.

Pretende-se, inicialmente, confrontar achados obtidos com a utilização da NLS-BR com os obtidos com outras escalas validadas no Brasil. No momento, há apenas um instrumento que pode ser utilizado tanto para medir letramento em saúde como nutricional que já foi validado no Brasil, especificamente junto a professores do Paraná (RODRIGUES, 2014) que é o NVS. A seguir, pretende-se iniciar validação de outras escalas existentes para aferir letramento nutricional, também com finalidade comparativa e, por fim, identificar qual a melhor escala para aplicação no SUS, que permita direcionar ações educativas e torná-las bem-sucedidas.

Por enquanto, sugere-se que quando a NLS-BR estiver validada, ela seja imediatamente introduzida, sob a forma

de um estudo piloto, em alguma unidade de saúde, a fim de confirmar sua real utilidade em contribuir para a melhoria do atendimento nutricional da população brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Departamento de atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira (versão para consulta pública)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BAKER, D. W.; GAZMARARIAN, J.A.; SUDANO, J.; ATTERSON, M. *The association between age and health literacy among elderly persons*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, n. 55, S368-S374, 2000.

BEATON, D.E. *et al. Guidelines for the Process of Cross – Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. *Spine.*, Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3186-91, 2000.

CIMBARO, M.A. *Nutrition Literacy: towards a new conception for home economics education*. Vancouver: The University of British Columbia, 2008.

COELHO, M.A.M. **Guia Alimentar para a População Brasileira em sua versão de bolso e o usuário do SUS: subsídios para a elaboração de materiais de Educação Nutricional apoiados nos pressupostos do Letramento em Saúde**. 2013. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2013.

COFFMAN, M. J.; LA-ROCQUE, S. *Development and Testing of the Spanish Nutrition Literacy Scale. **Hispanic Health Care International***. v. 10, n. 4, p. 168-174, 2012.

DIAMOND, J. J. *Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. **Nutr. J.***, London, v. 6, p. 5, 2007.

GIBBS, D. H. ***Nutrition literacy: foundations and development of an instrument for assessment***. 2012a. Dissertação (degree of Doctor of Philosophy in Food Science and Human Nutrition). University of Illinois at Urbana-Champaign, Champaign, 2012a.

HOWARD, D. H.; GAZMARARIAN, J. A.; PARKER, R. M. *The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. **Am. J. Med.***, n. 118, p. 371-377, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). **Um Panorama da Saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

KRIPALANI, S. *et al. Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. **Patient. Educ. Couns.***, Limerick, v. 66, n. 3, p. 368-77, 2007.

MANCUSO, C.A., RINCON M. *Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes. **J. Gen. Intern. Med***, v. 21, p. 813-817, 2006.

MARAGNO, C. A. D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento não medicamentoso**. 2009. Dissertação (mestrado em ciências farmacêuticas) - Setor de ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MARTINEZ, S. *Consumer Literacy and the Readability of Health Education Materials. **Perspectives***. Toronto, v. 18, p. 20-26, 2011.

MORAES, S. A.; LOPES, D. A.; FREITAS, I. C. M. *Sex-specific differences in prevalence and in the factors associated to the search for*

health services in a population based epidemiological study. Rev. Bras. epidemiol., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 323-340, 2014.

MORRIS, N. L.; MACLEARN, C. D.; CHEW, L. D.; LITTENBERG, B. *The single item literacy screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. BMC Family Practice*, v. 7, p. 21, 2006.

NASCIMENTO, A. C. Propaganda de medicamentos para grande público: parâmetros conceituais de uma prática produtora de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 3), p. 423-3431, 2010.

NUTRITION LITERACY. 2010. Disponível em: <<http://www.diet.com/g/nutrition-literacy>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

PASSAMAI, M. P. B. *et al.* Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 41, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200002>. Acesso em: 23 jan. 2015.

RODRIGUES, R. **Adaptação transcultural e validação da ferramenta “Newest Vital Sign” para avaliação do letramento em saúde em professores.** 2014. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2014. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000190107>>. Acesso em: 23 Jan. 2015.

SAMPAIO, H.A.C. *et al.* *Assessment of nutrition literacy by two diagnostic methods in a Brazilian sample. Nutr. Clín. Diet. Hosp.*, Madrid, v. 34, n. 1, p. 50-55, 2014.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* Letramento nutricional: desempenho de dois grupos populacionais brasileiros. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 144-155, 2013.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* **Plano Alfanutri:** um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas. Relatório técnico final. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2012. Disponível em: <<http://www.uece.br/>

nutrindo/index.php/arquivos/doc_download/185-plano-alfanutri-relatorio-final>.

RUIZ, G. **Quem usa o Sistema Único de Saúde?** Rio de Janeiro: Portal DSS, 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/?p=9534&preview=true>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

SORENSEN, K. *et al.* *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models.* **BMC Public Health**, London, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80/>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

WOLF, M. S.; DAVIS, T. C.; OSBOM, C. Y.; SKRIPKAUSKAS, S.; BENNETT, C. L.; MAKOUL, G. *Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence.* **Patient. Educ. Couns.**, v. 65, p. 253-260, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Non communicable diseases country profiles 2011.* Geneva: WHO, 2011.

PARTE III

ECONOMIA DA SAÚDE

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Regina Cláudia Furtado Maia
Waldélia Maria Santos Monteiro
Karine Correia Coelho Schuster
Valdicleibe Lira Amorim
Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

A expressão *qualidade de vida* foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*”. O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “*qualidade de vida*” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (WHOQOL,1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994).

O conceito atual de saúde está relacionado a equilíbrio e bem-estar. Sentir-se saudável implicar em se sentir em equilíbrio. Em grande parte influenciada pela OMS que declara que a saúde não se restringe à ausência de doenças, mas engloba a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social, o conceito ampliou-se para além da significação do crescimento econômico, buscando envolver os diversos aspectos do desenvolvimento social (ZHAN, 1992).

A Doença Renal Crônica (DRC) ocasiona a diminuição da qualidade de vida, devido à perda progressiva da função renal. As pessoas tendem a restringir a vida social e diminuir as atividades produtivas. Tem etiologias variadas, sendo as mais comuns as glomerulonefrites, as nefropatias diabéticas e as doenças císticas (GONÇALVES *et al.*, 1999). As opções de tratamento da DRC variam conforme a evolução da anormalidade estrutural ou funcional dos órgãos produtores de urina.

As terapias renais substitutivas (TRS) objetivam minimizar os danos ocasionados pela DRC. As TRS são indicadas quando os pacientes estão com alto índice de uremia no sangue, necessitando ter a função renal substituída com tratamentos como a hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. São terapias que irão possibilitar a manutenção das necessidades vitais que anteriormente eram exercidas pelos rins.

A hemodiálise (HD) é uma das TRS que vai promover a remoção do excesso de sais minerais e água do sangue com auxílio de uma máquina, filtro artificial que vai “purificar” o sangue. A HD vem gradativamente ampliando seu espaço enquanto uma modalidade terapêutica para pacientes com problemas renais crônicos. É um procedimento de alto custo/complexidade que envolve uma assistência altamente especializada, tecnologia avançada, ações de alta complexidade, e requer uma articulação entre os níveis secundário e terciário da assistência. Além disso, apresenta, ao longo dos últimos anos, uma demanda recente, o que tem implicado em considerável consumo de recursos financeiros.

A diálise peritoneal (DP) é a TRS que utiliza o próprio corpo do paciente para promover a “purificação” do sangue, que anteriormente à insuficiência renal era realizada pelo sistema renal. Para isso, utiliza-se o peritônio do paciente, uma solução de diálise e um cateter flexível inserido no abdômen. O peritônio promoverá a remoção das impurezas do sangue.

O transplante renal foi introduzido como terapia substitutiva em larga escala a partir da década de 1960, alcançando expressivo crescimento na década de 1980. A introdução de novos agentes imunossupressores, particularmente os inibidores da calcineurina (INC), proporcionou expressiva diminuição da incidência de rejeição aguda (RA), que, dos anteriores 50%, diminuiu para cerca de 10% nos últimos 10 anos, com a manutenção desse índice nos últimos quatro a cinco anos (SEMENTILLI *et al.*, 2008).

A doença renal crônica tem impacto negativo sobre a QVRS. A QVRS é a percepção da pessoa, de sua saúde, por

meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento. No paciente com insuficiência renal crônica, a qualidade de vida está diretamente ligada ao modo como o paciente processa cognitivamente a doença e suas consequências. Após o impacto do diagnóstico, torna-se necessário adaptar-se à nova situação, evidenciando-se o perfil da personalidade do paciente, a qual influencia demasiadamente na evolução do tratamento. O paciente passa por uma crise em que percebe inúmeras perdas: da condição saudável, de papéis, de responsabilidade, podendo levar a uma diminuição na sua qualidade de vida.

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos e a National Kidney Foundation, por meio do Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) recomendam avaliações sistemáticas dos escores de QVRS como parâmetro de adequação do tratamento.

KDQOL COMO INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

O Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) é um instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos às TRS.

O questionário Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM), cuja autorização para uso foi solicitada aos responsáveis pela tradução e validação no Brasil, que responderam não ser necessária a autorização formal, na versão traduzida, adaptada e disponibilizada para a cultura brasileira, contendo 24 perguntas fechadas sobre as condições gerais do estado de saúde do paciente em hemo-

diálise, relativas ao efeito da doença renal e sobre a satisfação com o tratamento, pois inclui aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal (DUARTE *et al.*, 2003).

O referido instrumento foi aplicado também em transplantado renal, exceto algumas questões que eram específicas para paciente em hemodiálise, quais sejam: as questões de número 14, nos itens L e M, e as 23 e 24, aos pacientes transplantados porque se referem apenas a pacientes em hemodiálise.

OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade de vida de pacientes submetidos à terapia renal substitutiva de acordo com as modalidades Hemodiálise e Transplante Renal e com o tempo de tratamento.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Medir a qualidade de vida dos pacientes em TRS no início e após um ano de terapia;

Comparar a qualidade de vida dos pacientes nas duas modalidades (transplante e hemodiálise);

Verificar a influência do tempo na qualidade de vida dos pacientes submetidos às terapias.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo com visão prospectiva por parte do autor. A pesquisa de campo foi realizada nas unidades de transplante renal do

Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e nas clínicas de hemodiálise da Região Metropolitana de Fortaleza, no período de Dez/2011 a Dez/2012.

O universo da amostra contemplada no estudo observacional era o de pacientes com Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), submetidos às Terapias Renais Substitutivas (TRS) de Hemodiálise (HD) e Transplante Renal (TR). A população-alvo contemplada no estudo foi a de pacientes com DRCT, submetidos à HD em clínicas com atendimento pelo SUS na Região Metropolitana de Fortaleza e àqueles que realizaram TR nos dois hospitais de referência dessa macrorregião (HGF e HUWC). Foram incluídos no estudo os pacientes submetidos a HD e TR, que não perderam o enxerto, que tinham pelo menos 30 dias e no máximo 90 dias de TRS e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes sem condições clínicas e mentais de participar do seguimento, que estavam em programa de hemodiálise hospitalar, receptores de enxerto simultâneo ou que perderam o enxerto.

Selecionados a partir desses critérios, a população da amostragem tinha, no período em que o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável pelo estudo (Universidade Estadual do Ceará-UECE), N=405. Por questão de tempo, gastos e pela coleta dos dados ser feita no decorrer de um ano, optou-se pelo estudo amostral e não pelo censo.

O tamanho representativo da amostra aleatória simples foi dimensionado a partir dos seguintes critérios: população finita; principal variável do estudo custo-utilidade

(quantitativa contínua); desvio padrão obtido da literatura; erro amostral igual a três ($\epsilon=3$); nível de confiança de 95%.

A amostra ficou dimensionada em, aproximadamente, 25% da população ($n=100$), e para fins de análise foi dividida em dois grupos, sendo 50 sujeitos do grupo de HD e 50 do grupo de TR. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Após estudo amostral, o projeto foi encaminhado ao CEP da instituição responsável pelo estudo (UECE), através da Plataforma Brasil, com a autorização em anexo, de acordo com a resolução 466/12 que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). As instituições visitadas forneceram termo de anuência que foram aprovados pelo CEP da UECE.

Para fins deste trabalho, foi aplicado o questionário *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KD-QOL-SFTM)*, versão traduzida, validada e disponibilizada para a cultura brasileira por Duarte *et al.* (2003), contendo 24 perguntas fechadas acerca das condições gerais do estado de saúde do paciente em hemodiálise, relativas ao efeito da doença renal e sobre a satisfação com o tratamento, pois inclui aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal.

As dimensões trabalhadas no questionário são agrupadas em duas categorias: gerais, originadas do SF-36 e específicas da doença renal. A primeira categoria inclui as seguintes dimensões: funcionamento físico, com dez itens, do item 3a ao 3j; função física, com quatro itens, do 4a ao 4d; dor, itens 7 e 8, saúde geral, cinco itens, item 1 e 11a ao 11d; bem-estar emocional com cinco itens, sendo 9b, 9c, 9d,

9f e 9h; função emocional, do 5a ao 5c (três itens), função social com os itens 6 e 10, energia/fadiga com quatro itens, sendo 9a, 9e, 9g e 9i. A segunda categoria compreende: listas de sintomas/problemas, com doze itens, indo do 14a ao 14m, com atenção ao l e m que devem ser respondidos por quem faz hemodiálise e diálise peritoneal, respectivamente. Efeitos da doença renal, com incluídos aí os itens de 15a ao 15h. A sobrecarga da doença renal é verificada nos itens de 12a a d. Os itens 20 e 21 avaliam o papel profissional. A função cognitiva é verificada em três itens, sendo eles 13b, 13d e 13 f. Quanto à qualidade da interação social, os itens 13a, 13c e 13e. A função sexual é medida pelos itens 16 a e . O sono é analisado pelos itens 17 e 18 de “a” a “c”. Quanto ao suporte social, os quesitos 19 a e b fazem sua avaliação. O estímulo por parte da equipe de diálise, itens 24a e 24b e a satisfação por parte do paciente é verificado pelo quesito 23 (DUARTE *et al.*, 2003).

As categorias originadas do SF 36 podem ser sumarizadas em componente físico constituído pelos itens: funcionamento físico, função física, dor e saúde geral. O componente mental, pelos itens função emocional, função social, desempenho emocional e energia/fadiga (BRAGA, 2009).

Os dados foram colhidos através de entrevista com preenchimento do instrumento específico de avaliação da qualidade de vida, KDQOL.

Os pacientes foram entrevistados nos tempos T0 (um a três meses de tratamento) e T12 (um ano após início do tratamento) a fim de identificar as mudanças nas preferências dos sujeitos em relação ao tempo.

8 Componente sumarizado físico e mental corresponde às dimensões gerais do instrumento KDQOL na seguinte formatação: componente físico: função física, funcionamento físico, dor e saúde geral. Componente mental: bem-estar emocional, função emocional, função social e energia/fadiga.

O instrumento utilizado foi o questionário Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM), cuja autorização para uso foi solicitada aos responsáveis pela tradução e validação no Brasil, que responderam não ser necessária a autorização formal, na versão traduzida, adaptada e disponibilizada para a cultura brasileira, contendo 24 perguntas fechadas sobre as condições gerais do estado de saúde do paciente em hemodiálise, relativas ao efeito da doença renal e sobre a satisfação com o tratamento, pois inclui aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal (DUARTE *et al.*, 2003). O referido instrumento foi aplicado também em transplantado renal, exceto algumas questões que eram específicas para paciente em hemodiálise, quais sejam: as questões de número 14, nos itens L e M, e as 23 e 24, aos pacientes transplantados porque se referem apenas a pacientes em hemodiálise.

MÉTODOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

O armazenamento dos dados foi feito, primeiramente, em planilhas do Excell e, *a posteriori*, no *software* SPSS, versão 20.0, onde todas as planilhas foram reunidas em um só banco de dados e através do qual foram realizadas as análises estatísticas descritivas e inferenciais.

Os dados registrados para a análise das diferenças entre os índices de qualidade de vida de transplantados e sujeitos em hemodiálise, no início e em um ano de TRS, estavam atrelados às variáveis associadas às dimensões de qualidade de vida do instrumento específico KDQOL.

Na análise paramétrica da qualidade de vida de sujeitos nas duas modalidades de TRS (HD e TR) foi utilizado

o teste T de Student de amostras em pares. A análise de variância (ANOVA) também foi utilizada para verificar diferenças entre as modalidades e, para comparações múltiplas, o pós-teste Tukey.

RESULTADOS

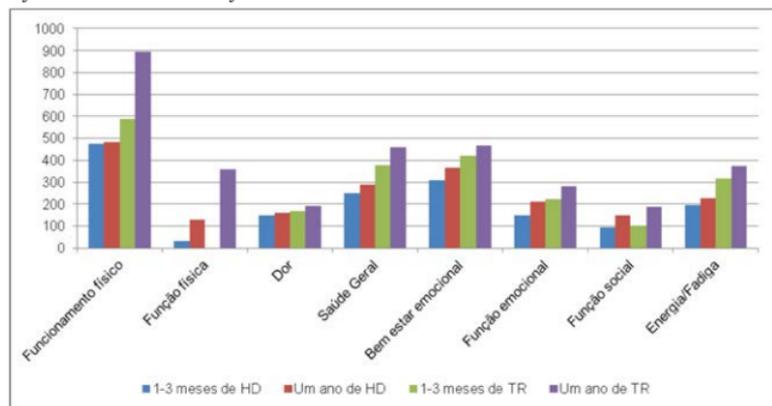
No que se refere à aplicação do instrumento específico KDQOL, as dimensões de QDV de sujeitos em início de TRS (hemodiálise e transplante) e após um ano desse início apresentaram variações, nota-se que os pacientes em hemodiálise nas dimensões gerais: função física, saúde geral, bem-estar emocional, função emocional, função social e energia/fadiga apresentaram melhora significativa ($p < 0,05$) e no tangente à dimensão específica, esse mesmo grupo apresentou incremento significativo nas dimensões efeito da doença renal, função cognitiva, qualidade da interação social e estímulo. Os pacientes transplantados renais apresentaram melhora significativa em todas as dimensões averiguadas.

Tabela 1: Escores do KDQOL de sujeitos em hemodiálise (HD) e transplante renal (TR), no início e após um ano de TRS. Fortaleza-CE, 2013.

Dimensões do KDQOL	1-3 meses de HD		Um ano de HD		p	1-3 meses de TR		Um ano de TR		p
	1-3 meses de HD	Um ano de HD	1-3 meses de TR	Um ano de TR		1-3 meses de TR	Um ano de TR			
GERAL										
Funcionamento físico	473,86 ± 222,69	482,95 ± 243,75	586 ± 252,75	896 ± 193,74	0,75	586 ± 252,75	896 ± 193,74	0,000	0,000	
Função física	31,82 ± 67,42	127,27 ± 164,76	68 ± 97,81	358 ± 114,45	0,001	68 ± 97,81	358 ± 114,45	0,000	0,000	
Dor	147,95 ± 53,66	161,02 ± 40,70	168,80 ± 39,34	192,30 ± 41,79	0,08	168,80 ± 39,34	192,30 ± 41,79	0,004	0,004	
Saúde Geral	247,73 ± 108,75	287,39 ± 116,79	379,50 ± 78,20	458,50 ± 51,16	0,024	379,50 ± 78,20	458,50 ± 51,16	0,000	0,000	
Bem-estar emocional	305,91 ± 113,84	367,27 ± 103,34	421,60 ± 95,17	467,20 ± 69,96	0,000	421,60 ± 95,17	467,20 ± 69,96	0,004	0,004	
Função emocional	147,73 ± 126,65	211,36 ± 126,15	224 ± 118,77	282 ± 82,54	0,003	224 ± 118,77	282 ± 82,54	0,003	0,003	
Função social	93,18 ± 61,32	147,16 ± 53,97	103,50 ± 64,09	187,50 ± 34,72	0,000	103,50 ± 64,09	187,50 ± 34,72	0,000	0,000	
Energia/Fadiga	196,36 ± 90,92	227,27 ± 86,81	315,20 ± 81,47	372,40 ± 54,79	0,015	315,20 ± 81,47	372,40 ± 54,79	0,000	0,000	
ESPECÍFICOS										
Sintoma/Problema	913,64 ± 178,53	963,07 ± 183,04	991,50 ± 94,98	1075 ± 55,33	0,13	991,50 ± 94,98	1075 ± 55,33	0,000	0,000	
Efeito da doença renal	517,05 ± 107,94	570,23 ± 133,93	637,50 ± 112,28	774,00 ± 50,50	0,008	637,50 ± 112,28	774,00 ± 50,50	0,000	0,000	
Sobrecarga da doença	138,64 ± 117,81	140,91 ± 91,99	199 ± 116,27	362,50 ± 69,11	0,90	199 ± 116,27	362,50 ± 69,11	0,000	0,000	
Papel profissional	38,64 ± 65,47	50 ± 79,24	48 ± 58	104 ± 60,50	0,36	48 ± 58	104 ± 60,50	0,000	0,000	
Função cognitiva	250,91 ± 61,67	275,91 ± 98,14	264,80 ± 47,39	296 ± 20,60	0,02	264,80 ± 47,39	296 ± 20,60	0,000	0,000	
Qualidade da interação	232,73 ± 63,7	259,89 ± 45,35	234,40 ± 56,28	284 ± 41,99	0,001	234,40 ± 56,28	284 ± 41,99	0,000	0,000	
Função sexual	52,27 ± 87,07	50 ± 82,65	23 ± 63,25	116 ± 27,12	0,79	23 ± 63,25	116 ± 27,12	0,000	0,000	
Sono	265,45 ± 108,66	278,98 ± 104,97	305,20 ± 90,76	368,20 ± 70,50	0,34	305,20 ± 90,76	368,20 ± 70,50	0,000	0,000	
Suporte social	158,33 ± 56,21	167,04 ± 46,93	180,66 ± 30,93	195,33 ± 28,58	0,21	180,66 ± 30,93	195,33 ± 28,58	0,000	0,000	
Estímulo	178,98 ± 34,92	188,07 ± 22,25	---	---	0,04	---	---	---	---	
Satisfação	74,99 ± 15,87	71,58 ± 13,72	---	---	0,12	---	---	---	---	

Fonte: pesquisa de campo.

Gráfico 1: Distribuição das dimensões gerais (KDQOL) dos pacientes em hemodiálise e transplantes no início e após um ano da TRS. Fortaleza-CE, dez. 2011 a jul. 2012 e dez. 2012 a jul. 2013.



Fonte: pesquisa de campo.

Quando se comparam os dois grupos nas dimensões do KDQOL observa-se que há uma diferença significativa a favor do transplante renal em todas as dimensões do instrumento, exceto na função social, papel profissional, qualidade da interação social e função sexual, no início das terapias. Um ano após esse início, a única dimensão cuja diferença estatística não foi significativa foi a da saúde geral. (Tabela 2).

Tabela 2: Comparação dos escores do KDQOL entre pacientes em HD e TR, no início e após um ano de TRS. Fortaleza-CE, dez. 2011 a jul. 2012* e dez. 2012 a jul. 2013**

Dimensões do KDQOL		HD*	TR*	P	HD**	TR**	P
GERAL							
Funcionamento físico	473,86 ± 222,69	586 ± 252,75	0,006	482,95 ± 243,75	896 ± 193,74	0,000	
Função física	31,82 ± 67,42	68 ± 97,81	0,024	127,27 ± 164,76	358 ± 114,45	0,000	
Dor	147,95 ± 53,66	168,80 ± 39,34	0,012	161,02 ± 40,70	192,30 ± 41,79	0,000	
Saúde Geral	247,73 ± 108,75	379,50 ± 78,20	0,000	71,58 ± 13,73	73 ± 16,89	0,450	
Bem-estar emocional	305,91 ± 113,84	421,60 ± 95,17	0,000	367,27 ± 103,34	467,20 ± 69,96	0,000	
Função emocional	147,73 ± 126,65	224 ± 118,77	0,000	211,36 ± 126,15	282 ± 82,54	0,002	
Função social	93,18 ± 61,32	103,50 ± 64,09	0,215	147,16 ± 53,97	187,50 ± 34,72	0,000	
Energia/Fadiga	196,36 ± 90,92	315,20 ± 81,47	0,000	227,27 ± 86,81	372,40 ± 54,79	0,000	
ESPECÍFICOS							
Sintoma/Problema	913,64 ± 178,53	991,50 ± 94,98	0,002	963,07 ± 183,04	1075 ± 55,33	0,000	
Efeito da doença renal	517,05 ± 107,94	637,50 ± 112,28	0,000	570,23 ± 133,93	774,00 ± 50,50	0,000	
Sobrecarga da doença	138,64 ± 117,81	199 ± 116,27	0,007	140,91 ± 91,99	362,50 ± 69,11	0,000	
Papel profissional	38,64 ± 65,47	48 ± 58	0,25	50 ± 79,24	104 ± 60,50	0,000	
Função cognitiva	250,91 ± 61,67	264,80 ± 47,39	0,04	275,91 ± 98,14	296 ± 20,60	0,009	
Qualidade da interação social	232,73 ± 63,7	234,40 ± 56,28	0,66	259,89 ± 45,35	284 ± 41,99	0,009	
Função sexual	52,27 ± 87,07	23 ± 63,25	0,08	50 ± 82,65	116 ± 27,12	0,001	
Sono	265,45 ± 108,66	305,20 ± 90,76	0,04	278,98 ± 104,97	368,20 ± 70,50	0,000	
Suporte social	158,33 ± 56,21	180,66 ± 30,93	0,007	167,04 ± 46,93	195,33 ± 28,58	0,001	
Estímulo	178,98 ± 34,92	---	---	188,07 ± 22,25	---	---	
Satisfação	74,99 ± 15,87	---	---	71,58 ± 13,72	---	---	

Fonte: pesquisa de campo.

Os resultados da análise de variância (ANOVA) indicaram diferenças significativas entre as modalidades de tratamento de TRS no respeito aos componentes sumarizados^{<?>} físico e mental do KDQOL, indicando que os pacientes de transplante renal estão com escores acima da média tanto no início do tratamento como no final do primeiro ano de TRS, enquanto os de hemodiálise mantêm escores inferiores à média. (Tabela 3).

Também foi verificada a variação dos componentes físico e mental de qualidade de vida das duas modalidades de tratamento em relação às variáveis independentes: idade, sexo, estado civil e escolaridade. Observou-se que, dessas variáveis, apenas a idade apresentou variação significativa ($F=2,77$; $p=0,016$) no componente físico da qualidade de vida de transplantados com um ano de TRS.

O resultado do teste de Tuckey indicou que essa variação ocorreu com maior discrepância entre os escores dos sujeitos com idade acima de 80 anos.

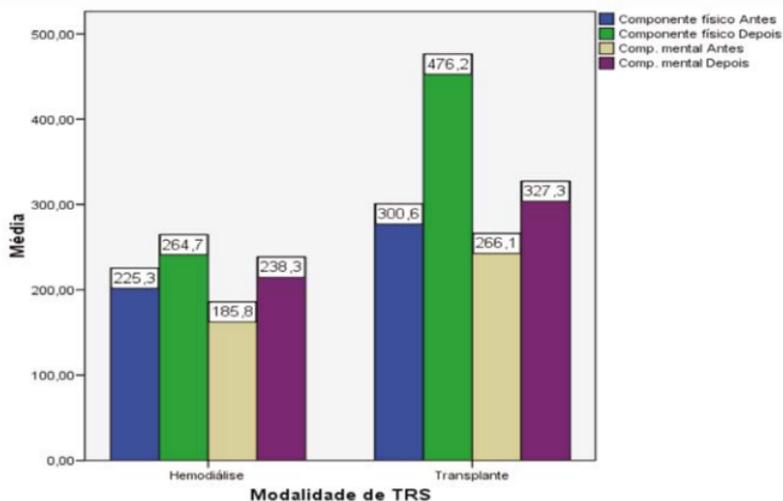
Tabela 3: Comparação dos escores dos componentes sumarizados do KDQOL entre pacientes em HD e TR, no início e após um ano de TRS. Fortaleza-CE, dez. 2011 a jul. 2012* e dez. 2012 a jul. 2013**

Grupo	Hemodialíse				Transplante				Total	
	n	Média	Desvio-padrão	n	Média	Desvio-padrão	n	Média	Desvio-padrão	
Componente físico*	50	217,1000	79,42814	50	300,5750	91,44434	100	258,8375	94,97877	
Componente físico**	44	264,6591	112,49624	50	476,2000	83,11151	94	377,1809	144,05723	
Componente mental*	50	177,2000	72,76323	50	266,0750	63,05722	100	221,6375	81,13671	
Componente mental**	44	238,2670	72,81917	50	327,2750	50,56737	94	285,6117	76,11023	

Fonte: pesquisa de campo.

Em síntese, pode-se dizer, a partir dessa sumarização dos componentes físico e mental do KDQOL, que a modalidade transplante renal é o fator que exerce maior influência positiva na melhora da qualidade de vida, independentemente de sexo, estado civil e escolaridade como confirma Alavi, Aliakbarzadeh e Sharifi (2009) que observaram que a modalidade de tratamento foi o fator que mais influenciou a QDV de pacientes HD e TR. (Gráfico 2).

Gráfico 2: Componente físico e mental no início da terapia e um ano após esse início em relação às modalidades de TRS.



DISCUSSÃO

A qualidade da assistência à saúde tem sido especialmente motivo de muitos debates em todo o mundo e tem envolvido todos os profissionais ligados a essa área.

Verifica-se que as dimensões gerais “função física, saúde geral, bem-estar emocional, função emocional, fun-

ção social e energia/fadiga” apresentaram melhora nos pacientes em HD. No TR todas as dimensões sofreram impacto positivo com significância estatística.

A comparação entre os dois grupos HD e TR no início da TRS mostra uma diferença significativa a favor dos TR, em todas as dimensões, exceto “função social, papel profissional, qualidade da interação social e função sexual”. Após um ano de terapia renal substitutiva, a única dimensão que não foi significativa foi a de “saúde geral”.

Verificando-se as dimensões genéricas desse instrumento, observa-se que as dimensões função física, função social e função emocional apresentaram os escores mais baixos no início da terapia, nas duas modalidades de tratamento. Já no segundo momento, um ano após o início das terapias, a concordância entre os dois grupos no tocante aos escores mais baixos se dá nas dimensões saúde geral e função social. Braga (2009), em estudo com 260 pacientes em hemodiálise, no tocante às dimensões genéricas do KDQOL, encontrou resultados discordantes com escores mais baixos em funcionamento físico, função física e saúde geral. Ressalta-se que, embora concordantes nas dimensões com os escores mais baixos, o transplante renal apresenta valores mais altos nos valores desses escores, importando em uma diferença estatisticamente significativa a favor dessa modalidade.

Pereira *et al.* (2003) pesquisaram 72 pacientes com boa evolução após transplante renal, utilizando o instrumento genérico SF-36, comparados com uma população geral sadia e outra composta de pacientes mantidos em hemodiálise, e identificaram que os pacientes transplantados renais apresentaram escores superiores aos de pacientes em

hemodiálise e mais próximos aos de indivíduos sadios, demonstrando que o transplante renal alcançou seu objetivo de melhorar a QV dos pacientes. Greiner, Obermann e Graft (2001) mostram que há uma melhora significativa na qualidade de vida de pacientes após TR.

Verifica-se, nas dimensões específicas do instrumento, que no momento inicial da hemodiálise as dimensões papel profissional, função sexual e sobrecarga da doença têm os escores mais baixos que se repetem um ano após o início da terapia, sem que a diferença no tempo tenha significância estatística. No que toca ao transplante renal, as dimensões papel profissional, função sexual e suporte social são as que atingiram escores mais baixos no início da terapia. No segundo momento, as mesmas dimensões se repetiram, mas o tempo teve influência positiva, provado pela diferença estatisticamente significativa.

Sugerem-se mais estudos levando em consideração esquemas diferenciados de imunossupressão para confirmação ou não da relação destes com a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O instrumento específico KDQOL apontou para a soberania dos transplantados renais, quanto à qualidade de vida. O caso do presente estudo indica o transplante renal como a modalidade de tratamento que deve ser estimulada como forma de favorecer ao paciente uma melhor qualidade de vida a um custo aceitável.

REFERÊNCIAS

ALAVI, N. M.; ALIAKBARZADEH, Z.; SHARIFI, K. *Depression, anxiety, activities of daily living, and quality of life scores in patients undergoing renal replacement therapies*. *Transplantation Proceedings*, v. 41, n. 9, p. 3693-3696, 2009.

BRAGA, S. F. M. *Avaliação da qualidade de vida de pacientes idosos em hemodiálise em Belo Horizonte – MG*. 2009. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. *Estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde*. Brasília, 2009.

_____. *Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

COHEN, S. R.; MOUNT, B. M.; MACDONALD, N. *Defining quality of life*. *Euro J. Cancer*, v. 32, p. 753-754, 1996.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para a promoção da saúde. *Rev. Bahiana de Saúde Pública*, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio/ago. 2008.

DUARTE, P. S. *et al.* Tradução e Adaptação Cultural do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida para Pacientes Renais Crônicos (kdqol-sftm). *Rev. Ass. Méd. Bras.*, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18335.pdf>>.

FITZPATRICK, R. *et al.* *Quality of life measures in health care. Applications and issues in assessment*. *BMJ*, v. 305, n. 6861, p. 1074-1077, 1992.

GIANCHELLO, A. L. *Health outcomes research in hispanics/latinos*. *Journal of Medical Systems*. v. 21, n. 5, p. 235-254, 1996.

GREINER, W.; OBERMANN, K.; GRAFT, J. M. *Socio-economic evaluation of kidney transplantation in Germany*. *Archives Hellenic Med.*, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2001.

KNOBEL, E. *et al.* R. A. Qualidade e custos em terapia intensiva. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 603-620, maio 1998.

KLUTHCOVSKYI, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKYI, F. A. Whoqol-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

_____. Whoqol-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

KUSUMOTO, L. *et al.* Adults and elderly on hemodialysis evaluation of health related quality of life. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 152-159, 2008.

RAMEIX, S. *Justifications et difficultés éthiques du concept de qualité de vie.* **Revue Prevenir.** v. 3, p. 89-103, 1997.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. **Qualidade de vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida.** *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 6, n. 2, 2007.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4. 2003.

PAGANI, T. C.; PAGANI JUNIOR, C. R. **Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde.** Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular. Disponível em: <http://www.faculdadecomunitaria.edu.br/programasinst/revistas/revistas2006/rev_ciencias_bio/05.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2015.

PEREIRA, L. C.; CHANG, J.; FADIL-ROMÃO, M. A.; ABENSUR, H.; ARAÚJO, M. R. T.; NORONHA, I. L.; CAMPAGNARI, J. C.; ROMÃO JÚNIOR, J. E. I. Qualidade de vida relacionada a saúde em pacientes transplantados renais. **J. B. Nefrol.**, v. 25, n. 1, p. 10-16, 2003.

SILVA, D. K.; NAHAS, M. V. Atividade física habitual e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com doença vascular periférica. **Rev. Bras. Ci. Mov.**, v. 12, n. 4, p. 63-68, 2004.

WARE JR., J. E.; SHERBOURNE, D. *The Mos 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection.* **Med Care**, v. 30, p. 473-481, 1992.

WOODROFFE, R. *et al.* **Clinical and cost effectiveness of newer immunosuppressive regimens in renal transplantation: a systematic review and modelling study.** **Health Technol. Assess.** v. 9, n. 21, p. 1-179, iii-iv, May 2005.

ZHAN, I. *Quality of life: conceptual and measurement issues.* **J. Adv. Nurs.**, v. 17, n. 7, p. 795-800, 1992.

DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL GRUPO WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL), 1998.** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>. Acessado em: 03 de julho de 2015.

AVALIAÇÃO ECONÔMICA NA SAÚDE, SUAS DEFINIÇÕES, FUNCIONAMENTO E ESTRUTURAS NOS SERVIÇOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Sônia Samara Fonseca de Moraes

Kellyane Munick Rodrigues Soares Holanda

Márcia Uchoa Mota

Ilse Maria Tigre de Arruda Letão

Marcelo Gurgel Carlos Silva

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, vem-se assistindo, com a globalização, o desenvolvimento de tecnologias na área da saúde, introduzindo seu consumo em países em desenvolvimento, que vão desde novos medicamentos, meios complementares de diagnóstico, equipamentos cirúrgicos, materiais médicos-cirúrgico, etc. Esta carência de inovação e tecnologia permitiu que governos, prestadores de cuidados de saúde e doentes pudessem beneficiar de serviços de saúde melhorados, bem como dos ganhos em saúde que naturalmente decorrem da respectiva aplicabilidade.

Os gestores dos sistemas e serviços de saúde enfrentam o desafio de solucionar questões sobre quem deve fazer o quê e a quem, com que recursos e que tipo de relação com outros serviços de saúde deve existir – a adoção de planos

de saúde preventiva, programas de acompanhamento e monitoramento, regulação de determinadas doenças, aquisição de novos equipamentos, gestão de recursos humanos entre diferentes serviços de saúde ou a inclusão de medicamentos em formulários de prescrição são alguns exemplos de questões que surgem diariamente e para as quais não há uma resposta pronta. Contudo, na maior parte das situações, e na ausência de procedimentos sistematizados, essas decisões são baseadas em informação pouco consistente e dificilmente reprodutível.

Avaliação econômica é a designação genérica de um conjunto de técnicas utilizadas para identificar, medir e valorizar custos e resultados das intervenções de saúde, sendo definida como a análise comparativa de atitudes alternativas tendo em conta os respectivos custos e consequências (DRUMMOND, 2005).

No Brasil, a avaliação econômica em saúde é pouco utilizada como estratégia para a tomada de decisão em saúde, seja do ponto de vista da utilização do instrumental, como em relação ao quantitativo de desenvolvimento de estudos. A literatura identifica quatro tipos de avaliação econômica de programas de saúde: análise de custos, análise de custo-efetividade, análise de custo-utilidade e análise de custo-benefício.

Em 2007, a partir de iniciativa do Ministério da Saúde, se formalizou um manual de diretrizes metodológicas para a execução de avaliações econômicas e um manual teórico sobre avaliação econômica, os quais ainda não foram devidamente avaliados quanto à sua disseminação e adoção. Para, no entanto, desenvolver estudos deste porte - indepen-

dente se a partir de uma vertente epidemiológica (ensaios clínicos e outros tipos de estudo) ou matemática (modelagem probabilística) -, é imprescindível que os dados estejam disponíveis (BRASIL, 2015; VIANNA; CAETANO; 2015).

No domínio da saúde pública, a avaliação econômica é usada para analisar como os recursos foram repassados e como estes podem gerar um nível máximo de resultados de saúde a partir de um volume fixo de recursos. Quando aplicada a programas de saúde pública, a avaliação econômica lida com: volume de recursos usados por um programa ou intervenção, e nível correspondente de resultados relacionados com saúde atribuíveis ao programa ou intervenção. Salienta-se seu uso tanto os relativos ao custo, como aqueles relativos à morbimortalidade e/ou em relação a outras informações que subsidiem a construção de medidas ou índices de interesse para a avaliação da efetividade de uma determinada intervenção e/ou programa.

Para que o SUS seja efetivado faz-se necessário a utilização de processos de avaliação econômica documentados e validados internacionalmente. Para os gestores a utilização e o desenvolvimento de estudos de avaliação econômica em nível operacional de atenção à saúde - os municípios é um instrumento essencial para a alocação de recursos de forma eficiente, assim como para a avaliação da efetividade de tecnologias sanitárias ou como suporte para a regulação de ações de saúde e, principalmente, buscar incorporar esta, como um instrumento complementar às suas decisões.

A avaliação econômica pode ser usada como fonte de informação para o processo de tomada de decisão e permiti-

rá auxiliar a determinar que tipo de serviços se deve ofertar, onde, como e em que nível deve ocorrer essa prestação. Na realidade, a avaliação econômica consiste em avaliar, numa mesma medida (normalmente unidades monetárias), os diferentes custos e benefícios de uma decisão.

A avaliação das diversas intervenções em saúde, tanto sob a perspectiva clínico-assistencial quanto de políticas de saúde, pode ser descrita em etapas:

Efetividade: capacidade de se promover resultados pretendidos;

Há uma abordagem comum de avaliação econômica parcial usada na saúde pública. Esta é a análise de custos.

Há três abordagens comuns de análise de custo, na avaliação econômica total, usadas na saúde pública. Estas estão na avaliação da eficiência, ou melhor, na **relação** entre resultados obtidos e os recursos empregados;

- Custo-efetividade;
- Custo-benefício;
- Custo-utilidade;
- Custo-eficácia.

Uma análise de custo examina os custos de uma intervenção/programa e não os resultados desse programa; abrange os custos relativos a um único programa; determina que parte de um programa é responsável pelos custos; e pode ser usada para projetar recursos para programações futuras.

A análise da relação custo-benefício é um tipo de avaliação econômica que mede os custos e benefícios em dólares e provê uma lista de todos os custos e benefícios que

decorrem durante um período. Um projeto tem múltiplos custos e benefícios que decorrem ao longo de vários anos. Para tornar esses custos e benefícios comparáveis, esses precisam ser descontados para que se crie um ponto de referência normalizado. Esse desconto é também usado noutros tipos de avaliação econômica. Consulte o artigo apresentado na Sessão 5 para ver um exemplo de desconto aplicado a uma análise da relação custo-eficácia. A medida-resumida para uma análise da relação custo-benefício é expressa como benefícios líquidos, ou seja, benefícios menos custos.

A análise de custo-utilidade usa um indicador de resultado que combina a qualidade de um estado de saúde determinado e o tempo de duração desse estado. É um tipo de análise de relação custo-eficácia que tenta capturar o intervalo de tempo e a duração da doença e incapacidade por meio da comparação da utilidade associada a diferentes resultados de saúde. As análises da relação custo-utilidade medem tipicamente os resultados em Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (AVAQ) e Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade (AVAI).

A análise da relação custo-eficácia é usada para comparar os custos de estratégias de intervenções alternativas que produzem um resultado de saúde comum. Essas medidas de resultados são muitas vezes expressas em unidades de saúde física ou natural e podem incluir resultados finais (por ex., anos de vida salvos ou número de casos prevenidos), bem como os resultados intermédios (por ex., número de preservativos distribuídos).

Eficácia: relação entre os resultados obtidos e os objetivos traçados quando aplicados em condições ideais;

Os programas e intervenções de saúde pública podem ser vistos como um processo de produção (por vezes referido como modelos lógicos ou quadros de resultados) que converte insumos (recursos) em mudanças em resultados de saúde. Neste cenário as medidas mais utilizadas nos estudos de avaliação econômica são: custo-efetividade, custo-benefício, custo-utilidade.

Objetivou-se nesse estudo conhecer a produção científica acerca da avaliação econômica em saúde e avaliação em saúde, a fim de elaborar estratégias para o melhor funcionamento dos serviços da saúde e das estruturas de saúde em prol de melhorias para o usuário.

Nesse estudo, questiona-se que referencial teórico-metodológico utilizado nas avaliações econômicas no Brasil pode ser utilizado para analisar o potencial para aplicabilidade dos recursos financeiros, para a efetivação e implementação no SUS. Parte-se da premissa de que a análise da avaliação econômica em saúde e suas contradições da gestão em saúde contribui para o desvelamento de potencialidades dos recursos.

Será estruturado identificando os métodos mais empregados na saúde de avaliação econômica e buscando na literatura estudos representativos da utilização desses métodos e se sua apropriação é a mais adequada para a situação apresentada.

Buscar-se-á compreender os principais métodos utilizados na avaliação econômica em saúde e o modo como estes contribuem para que a decisão política sobre a respectiva utilização possa ser baseada em informação sólida, em evidência científica credível e obtida de um modo sistematizado

e transparente, através de uma revisão integrativa da produção científica dos últimos dez anos (2005-2014) no Brasil.

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 métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (GALVÃO; SILVEIRA; MENDES, 2008).

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta na base SciELO – Scientific Electronic Library Online – durante o mês de maio e junho de 2015. Para a busca foi utilizado o Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) “avaliação em saúde; avaliação econômica em saúde” a partir do qual foram encontrados 263 artigos indexados.

Para o refinamento dessa amostra foi necessário ler os resumos de cada um dos trabalhos encontrados e aplicar os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês, entre os anos de 2005 a 2015 e que a população e amostra do estudo abordassem conteúdos, relacionados aos métodos de avaliação econômica: custo-efetividade; avaliação da qualidade e da assistência dos serviços de saúde, e a gestão como fator proponente, a fim de minimizar custos e proporcionar saúde de qualidade.

Após a aplicação desses critérios de inclusão a amostra final deste trabalho ficou constituída de 24 artigos. Para

agrupamento e posterior análise desses artigos foi elaborada um quadro, a qual incluiu a referência do trabalho, título e objetivo do estudo, método empregado e descritores utilizados.

RESULTADOS

O quadro sintetiza as características dos artigos encontrados como os periódicos com temas nas áreas de saúde pública, saúde coletiva, epidemiologia, fisioterapia, enfermagem e medicina.

Os títulos abordam temas sobre: Avaliação Econômica em Saúde; Impacto orçamentário de tecnologias; Estratégia de Saúde da Família na prevenção de doenças como medida de redução e despesas com doenças crônicas; Prevenção de doenças associadas à redução de custos hospitalares; Custos relacionados ao controle de infecção hospitalar; Custo-efetividade com medicamentos e internação hospitalar; Perfil de morbidade hospitalar; Internamento por Condições Sensíveis; Gestão em saúde; economia da saúde e qualidade da assistência; qualificação profissional e satisfação do trabalho dos profissionais de saúde.

Foram encontrados estudos com os seguintes métodos: descritivos, exploratórios, retrospectivos, transversais, ecológicos, coorte; estudos de caso, inquérito, revisão bibliográfica. Com abordagens qualitativas e quantitativas.

Quadro 1: Estudos segundo autor, periódico, ano de publicação, título do artigo, objetivo do estudo, método, descritores e resultados.

AUTOR PERIÓDICO ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO DE ESTUDO	MÉTODO	DESCRIPTORIOS	RESULTADOS
SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2011.	Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional.	Investigar a influência da qualificação de profissionais de nível superior no desempenho das equipes da ESF, tendo como eixos avaliativos os estabelecidos pela AMQ.	Estudo transversal realizado mediante um inquérito, de a b o r d a g e m quantitativa.	Programa Saúde da Família; atenção primária à saúde; avaliação da qualidade; qualificação profissional; avaliação em saúde.	Foram coletados dados de 43 equipes sendo 129 profissionais de nível superior. Nenhuma das equipes participantes atingiu pontuação máxima em todos os eixos de avaliação.
FONSECA, A. F.; MACHADO, F. R. S.; BORNSTEIN, V. J.; PINHEIRO, R. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2012.	Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do Agente Comunitário de Saúde.	Analisar as características do processo de avaliação relacionado ao trabalho do agente comunitário de saúde.	Pesquisa de campo; abordagem qualitativa.	Agente comunitário de saúde. Avaliação em saúde. Saúde da família. Educação em saúde.	A partir da análise das falas dos entrevistados foram elaboradas categorias que apoiam as reflexões sobre a relação que vem sendo construída entre as práticas de trabalho e de avaliação.
SILVA, A. S. B.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; DAMASCENO, M. M. C.; CAMILO, J.; ZANETTI, M. L. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011.	Avaliação da atenção em <i>Diabetes mellitus</i> em uma unidade básica distrital de saúde.	Avaliar os componentes estrutura e processo na atenção ao usuário com <i>Diabetes mellitus</i> em uma Unidade Básica Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP.	Estudo transversal, quantitativo.	Avaliação em saúde. <i>Diabetes mellitus</i> . Enfermagem. Recursos humanos.	Predominantemente os atendimentos eram realizados por médicos e auxiliares de enfermagem. Em relação à implementação de programa ou plano de estratégias educativas para promoção do autocuidado em DM, verificou-se falta de registro sistemático acerca deles.
MACIEL, A. G.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. S. Saúde debate, Rio De Janeiro, 2014.	Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais.	Verifica o potencial da Estratégia Saúde da Família em reduzir a morbidade hospitalar por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais.	Estudo ecológico, de análise longitudinal retrospectiva.	Avaliação em saúde; Indicadores de morbimortalidade; Nível de saúde; Morbidade; Gestão de serviços de saúde.	Observa-se que houve uma redução de 7,21% no número total de internações em Minas Gerais entre 2003 a 2012. Quando comparadas às taxas de ICSAP e não ICSAP, observa-se uma redução significativa das taxas de ICSAP (196,54) em 2003, para (127,67) em 2012.

AUTOR PERIÓDICO ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO DE ES- TUDO	MÉTODO	DESCRITORES	RESULTADOS
REBOUÇAS, D; LEGAY, L.F; ABELHA, L. Rev Saúde Pública 2007.	Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profis- sionais de serviço de saúde mental.	Analisar o nível de sa- tisfação no emprego e o impacto causado nos profissionais de um serviço de saúde mental e possíveis associações com variáveis sociodemográfi- cas e funcionais.	Estudo trans- versal; Aborda- gem quantitativa.	Serviços de saúde men- tal, recursos humanos. Avaliação em saúde. Avaliação de recursos humanos em saúde; Satisfação no emprego. Estrat. profissional. Sati- de do trabalhador. Estudos transversais.	Participaram do estudo 321 profissio- nais. O escore médio de satisfação global obtido foi 3,29±0,64. Após a análise por regressão linear, foram encontradas associações significativas com vínculo profissional, sexo e idade, indicando que os profissionais sob maior impacto eram os que tinham vínculo público e os do sexo feminino.
TORRES, R.L; CIOSAK; S.I. Rev. Esc. Enferm USP; 2014.	Panorama das In- terações por Con- dições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia.	Descrever o perfil das Interações por Condi- ções Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), no Município de Cotia, en- tre 2008 e 2012.	Estudo eco- lógico, ex- ploratório, longitudinal, de abordagem quantitativa.	Hospitalização Atenção Primária à Saúde Qualidade da Assistên- cia em Saúde Avaliação em saúde Enfermagem em saúde pública.	No período de 2008 a 2012, ocorreram 46.676 internações, excluindo os partos, sendo 16,61% por ICSA. As doenças cerebrovasculares representaram 22,04% das internações no sexo masculino e 11,85% no feminino, predominando na faixa etária acima de 60 anos (57,11%).
BASTOS, R.M.R; CAM- POS, E.M.S; RIBEIRO, L.C; FIRMINO,R.U.R.; TEIXEIRA,M.T.B. Rev assoc med bras. 2013.	Interações por condições sensíveis à atenção primária em município do Sudeste do Brasil.	Analisar as causas mais frequentes de interações por condições sensíveis à atenção primária (IC- SAP) em Juiz de Fora, MG, Brasil, por faixa etária e sexo, nos períodos de 2002 a 2005 e 2006 a 2009.	Estudo descri- tivo, abordagem quantitativa.	Atenção primária à saúde ICSAP, SIH-SUS Avaliação em saúde.	O total de hospitalizações pelo SUS foi de 101.423 no período 2002-2005 e de 126.775 entre 2006 e 2009, o que apon- tou para um crescimento das taxas de 52,36 para 61,14 por mil habitantes. As causas mais frequentes foram, insuficiên- cia cardíaca, doenças cerebrovasculares, angina pectoris, doenças pulmonares, infecção de rins e trato urinário gastroen- terites.

AUTOR PERIÓDICO ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO DE ESTUDO	MÉTODO	DESCRITORES	RESULTADOS
MENEGUETTI, M. G.; CANINI, S. R. M. S.; RODRIGUES, F. B; LAUS, A. M Rev. assoc. med. bras. 2013.	Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar nas instituições hospitalares, quanto aos indicadores de estrutura e processo.	Avaliar os Programas de Controle de Infecção Hospitalar nas instituições hospitalares, quanto aos indicadores de estrutura e processo.	Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo.	Indicadores de serviços. Avaliação em saúde. Programa de controle de infecção hospitalar.	Dos hospitais participantes, nove (69,23%) enquadraram-se na categoria de hospital geral, sete (53,84%) eram instituições privadas com até 70 leitos e quatro (30%) tinham acreditação.
SILVA, L. T. R; LAUS, A. M; CANINI, S. R. M. S; HAYASHIDA, M. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2011.	Avaliação das medidas de prevenção e controle de pneumonia associada à ventilação mecânica.	Avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada em uma unidade de terapia intensiva, quanto ao uso das medidas de prevenção e controle de pneumonia em pacientes de alto risco, submetidos a ventilação mecânica.	Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo.	Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; Enfermagem; Avaliação em Saúde.	No período do estudo, foram internados 114 pacientes nas UTIs do referido hospital e 38 preencheram os critérios de inclusão. Foram realizadas 839 observações quanto às medidas de prevenção e controle de PAVM, conforme indicador IRPR, sendo 277 observações nos turnos da manhã e da tarde e 285 da noite.
SECOLI, S. R; PADILHA, K. G; LITVOC, J. Rev. latino-am. Enfermagem; 2008;	Análise custo-efetividade da terapia analgésica utilizada na dor pós-operatória.	Realizou-se a análise custo-efetividade para comparar esquemas analgésicos.	Estudo descritivo e retrospectivo e abordagem quantitativa.	Economia da saúde; avaliação em saúde; dor pós-operatória; analgésicos.	A análise custo-efetividade dos esquemas analgésicos utilizados no 1ºPO apontou que codeína 120mg+acetaminofeno 2000mg foi à terapia mais efetiva em hemorroidectomia, apresentando o menor custo por paciente sem escape de dor (\$65,23).
CECCON, R. F; MENEGHEL, S. N; VIECILI, P. R. N. REV BRAS EPIDEMIOLOGIA; 2014.	Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico.	Avaliar a relação entre as internações por condições sensíveis à atenção primária e a cobertura populacional de Estratégias de Saúde da Família nas Unidades da Federação brasileira na última década.	Estudo ecológico e abordagem quantitativa.	Saúde da Família. Hospitalização. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Epidemiologia. Estudos Ecológicos.	A razão habitantes por ESF reduziu de 52.838 para 7.084 pessoas atendidas por ESF no período estudado, enquanto a cobertura populacional apresentou crescimento de 748%. As internações por CSAP reduziram em 17%.

AUTOR PERIÓDICO ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO DE ESTUDO	MÉTODO	DESCRITORES	RESULTADOS
ELIAS, E; MAGAJEWSKI, F. Rev Bras Epidemiol;2008;	A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004.	Analisar o comportamento das internações hospitalares por algumas condições sensíveis à atenção ambulatorial na região do Estado de Santa Catarina - AMESC, associando-o com a qualidade da atenção oferecida pelo Programa de Saúde da Família (PSF).	Exploratória com características de estudo ecológico e abordagem quantitativa.	Programa de Saúde da Família. Qualidade da atenção. Avaliação em saúde. Internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial.	Os resultados apresentados evidenciaram mudanças nas taxas de internação de todas as condições mórbidas analisadas, apontando tendência de aumento e/ou declínio dessas internações no período estudado.
XAVIER, A. J; REIS, S. S; PAULO, E. M; D'ORSI, E. Ciência & Saúde Coletiva, 2008;	Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrosvasculares em Florianópolis, 2003 a 2007.	Avaliou a influência do tempo de adesão à ESF sobre a incidência de eventos cardiovasculares e leres e cerebrosvasculares entre idosos cadastrados na CASSI-Florianópolis.	Estudo de coorte e abordagem quantitativa.	Atenção primária em saúde. Estratégia de Saúde da Família, Geriatria, Avaliação em saúde.	O maior tempo de adesão à ESF demonstrou efeito protetor significativo.
PEIXOTO E. R. M; REIS, I. A; MACHADO, E. L; ANDRADE, E. L. G; ACURCIO, F. A; CHERCHIGLIA, M. L. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013;	Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	Foi de analisar os fatores associados ao início planejado da diálise dos pacientes diabéticos que iniciaram o tratamento no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	Estudo Transversal e abordagem quantitativa.	Falência Renal Crônica; Diabetes mellitus; Diálise; Avaliação em Saúde; Estudos Transversais.	A maioria (70%) iniciou a diálise de forma não planejada. A população estudada, diabéticos portadores de doença renal crônica terminal, tem um cuidado pré-diálise eficiente. Fica evidente que o encaminhamento precoce ao nefrologista, tão somente, não garante o cuidado pré-diálise ideal.

AUTOR PERIÓDICO ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO DE ESTUDO	MÉTODO	DESCRITORES	RESULTADOS
FERREIRA-DA-SILVA, A.L.; RIBEIRO, R.A. SANTOS, V. C. C.; ELIAS, F. T. S.; D'OLIVEIRA, A. L. P.; POLANCZYK, A. C. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008;	Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde de no Brasil.	Análises de impacto orçamentário em comparação às análises de custo-efetividade.	Estudo descritivo.	Diretrizes para o Planejamento em Saúde; Financiamento em Saúde; Avaliação em Saúde	A proposta brasileira assemelha-se às recomendações canadenses e australianas para a AIO de fármacos. À semelhança dessas, também foram elaboradas planilhas eletrônicas que funcionam como roteiro e como ferramenta para cálculo do impacto orçamentário. As recomendações brasileiras fornecem orientações para a estimativa do impacto financeiro não somente de fármacos, mas também de outras tecnologias da saúde e apresentam a possibilidade da realização de estudos de impacto orçamentário sob a perspectiva do SUS em suas diferentes instâncias, o que inclui gestores federal, estadual, municipal e saúde suplementar.
SILVA, K. S. B.; BEZERRA, A. F. B.; SOUSA, I. M. C.; GONÇALVES, R. F. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010	Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil.	Avaliar a relação entre a regularidade na alimentação do SIOPS e o conhecimento e uso do Sistema pelos gestores municipais do Estado de Pernambuco, Brasil.	Pesquisa de avaliação .	Avaliação em Saúde; Sistema de Informação; Financiamento da Saúde; Gestão em Saúde.	O estudo constatou que o conhecimento e uso do SIOPS pelos gestores municipais do Estado de Pernambuco não influenciam diretamente na regularidade da alimentação do sistema, pela baixa participação das secretarias de saúde neste processo. Entretanto, viu-se outros aspectos que têm interferido, tanto na regularidade da alimentação quanto na utilização do sistema como instrumento de gestão, quais sejam: utilização dos serviços terceirizados para alimentação do SIOPS e pouco conhecimento e interesse dos gestores acerca do tema.

AUTOR PERIÓDICO ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO DE ES- TUDO	MÉTODO	DESCRITORES	RESULTADOS
BEZERRA, L. C. A; FREESE,E; FRIAS, P. G; SAMICO, I; ALMEIDA, C, K. A. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009;	A vigilância epi- demiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações.	Avaliar o grau de im- plantação da vigilância epidemiológica no âmbi- to municipal, de modo a contribuir para a tomada de decisão.	Estudo de caso, utilizando- se uma aborda- gem normativa da vigilância epidemiológica.	Avaliação em Saúde; Saúde da Família; Vigi- lância Epidemiológica.	A dimensão unitária da vigilância epi- demiológica no Recife foi classificada como parcialmente implantada, enquan- to os componentes Gestão da Vigilância Epidemiológica e Desenvolvimento das Ações da Vigilância Epidemiológica fo- ram classificados como parcialmente im- plantados e implantados, respectivamen- te. A vigilância epidemiológica do nível central foi classificada como implantada. As ações de vigilância epidemiológicas (Investigação e Educação em Saúde) são consideradas como implantada. Nos distritos sanitários, a vigilância epi- demiológica foi considerada parcialmente implantada. Na análise por componentes do modelo lógico, a Gestão da Vigilân- cia Epidemiológica foi classificada como parcialmente implantada, o componente Desenvolvimento das Ações de Vigilância Epidemiológica foi classificado como im- plantado. A vigilância.

AUTOR PERIÓDICO ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO DE ESTUDO	MÉTODO	DESCRITORES	RESULTADOS
CESCONETTO, A; LAPA, J, S CALVO, M.C, M; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.	Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil.	Verificar quais são os hospitais eficientes quanto ao aproveitamento de seus recursos.	Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo.	Avaliação em Saúde; Eficiência Organizacional; Avaliação de Serviços de Saúde.	A rede hospitalar de Santa Catarina, de acordo com os dados de 2003, não são constantes os retornos a mudanças na escala de operação destas instituições, haja vista que as produtividades parciais são decrescentes com o porte dos hospitais. A maioria dos hospitais eficientes é filantrópico e de pequeno porte. O número de altas poderia ser aumentado em 15% caso os recursos fossem utilizados de maneira eficiente pela rede hospitalar em estudo, o número de médicos, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem poderia ser reduzido em 25%, o número de leitos poderia ser reduzido em 17%.
SILVA, G. M; GOMES, I. C; MACHADO, E. L; ROCHA, F. H; ANDRADE, E. L. G; ACURCIO, F. A; CHERCHIGLIA, M. L. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011.	Uma avaliação da satisfação de pacientes em hemodiálise crônica com o tratamento em serviços de diálise no Brasil.	Avaliar a satisfação dos pacientes em tratamento hemodialítico crônico com o cuidado recebido nos serviços de diálise.	Estudo transversal. Quantitativo.	Satisfação do usuário, falência renal crônica, avaliação em saúde, Teoria de Resposta ao Item.	Observam-se níveis de satisfação acima de 80% de para quase todos os itens avaliados. Após a estimativa desses parâmetros, o escore de satisfação foi desenvolvido e os fatores individuais e dos serviços de diálise associados ao nível de satisfação de pacientes em hemodiálise puderam ser avaliados por meio da regressão linear univariada.
MOIMAZ, S. A. S; MARQUES, J. A. M; SALIBA, O; GARBIN, C. A. S; ZINA, L. G; SALIBA, N. A. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010.	Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde.	Avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde pública municipal quanto aos serviços utilizados.	Estudo tipo inquérito.	Avaliação em saúde, Programa Saúde da Família, Satisfação dos Consumidores, Serviços de Saúde.	No total, foram entrevistados 471 sujeitos, com idade entre 16 e 96 anos, média de 48 anos. Quase a totalidade da amostra (93%) relatou utilizar o SUS local em situações diversas. Para 72%, os serviços de saúde prestados estão resolvendo os problemas e necessidades da população.

AUTOR PERIÓDICO ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO DE ESTUDO	MÉTODO	DESCRITORES	RESULTADOS
SILVA, M. A; SANTOS, M. L. M; BONILHA, L. A. S. Interface (Botucatu). 2014.	Fisioterapia ambulatória na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras.	Conhecer a percepção de usuários dos serviços de fisioterapia ambulatória do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campo Grande-MS, sobre a resolutividade da atenção e barreiras enfrentadas.	Pesquisa descritivo-exploratória com Discurso do Sujeito Coletivo.	Fisioterapia. Avaliação em saúde. Satisfação dos usuários. Saúde Pública.	Os depoimentos mostraram as percepções dos usuários sobre a resolutividade da fisioterapia ambulatória pelo SUS sob dois principais ângulos.
FRÉZ, A. R; NOBRE, M. I. R. S. Fisioterapia Mov. 2011.	Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública.	Caracterizar os usuários do serviço ambulatorial de fisioterapia da rede pública de saúde da cidade de Foz do Iguaçu, Paraná; identificar a conduta em relação à busca do atendimento... quantificar satisfação.	Estudo transversal em um modelo epidemiológico descritivo.	Avaliação em saúde, Satisfação do Paciente, Fisioterapia, Saúde Pública.	Na parte objetiva, todas as dimensões apresentaram Md 4,0. Assim, quando convertido esse valor para o descritor a satisfação foi categorizada como ótima.
SANTIAGO, R. F. et al. Ciência & Saúde Coletiva, 2013.	Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários.	Avaliar a percepção dos usuários com a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família do Recife.	Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal.	Avaliação em saúde, Satisfação do usuário, Programa Saúde da Família.	A avaliação dos usuários com a assistência prestada demonstra que a satisfação com o trabalho dos profissionais (75,5%) é superior à satisfação com as condições oferecidas (41,7%) nas Unidades de Saúde da Família.
SANCHO, L. G. E DAIN, S. Ciência & Saúde Coletiva, 2012.	Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção.	Inferir a existência, ou não, de um <i>continuum</i> entre a Avaliação em Saúde e a Avaliação Econômica em Saúde ao evidenciar os pontos de interseção entre essas formas de avaliação.	Revisão bibliográfica.	Avaliação em saúde, Avaliação econômica em saúde, Teoria econômica, Avaliação normativa, Pesquisa avaliativa.	No que tange às especificidades de cada abordagem para a execução de uma avaliação econômica em saúde, aduz, entre outros, distintos enfoques em relação à dimensão de necessidade em saúde e do efeito em saúde.

DISCUSSÃO

Com ênfase na contenção de custos e melhora da eficiência dos sistemas de saúde têm criado a necessidade explícita de realizar quantificação e justificativa de custos e benefícios associados a terapias específicas, no sentido de haver decisões terapêuticas mais racionais. Dessa forma, observa-se no contexto mundial um crescimento expressivo de estudos de avaliação, em que são utilizadas técnicas econômicas para comparar distintas alternativas de tratamentos (SECOLI; PADILHA; LITVOC, 2008).

O monitoramento constante das práticas de saúde deve focar em custos e qualidade para segurança do paciente. A utilização de indicadores clínicos, definidos como medidas quantitativas contínuas ou periódicas de variáveis, características ou atributos de um dado processo ou sistema, vêm se tornando uma ferramenta útil para avaliar os serviços de saúde (LACERDA, 2006).

Nas instituições hospitalares brasileiras, a racionalidade econômica, não com o intuito de substituir a clínica, e sim integrá-las. Na prática, esta combinação tem trazido bons resultados em países desenvolvidos, servindo de apoio nas decisões técnicas e administrativas e mostrando como podem ser conciliadas necessidades terapêuticas com possibilidades de custeio nas tomadas de decisões (SECOLI; PADILHA; LITVOC, 2008).

A estrutura refere-se, fundamentalmente, às características dos insumos empregados na atenção em saúde, que compreendem tanto as informações sobre recursos físicos, humanos ou materiais, como as formas de organização e funcionamento (normas e rotinas) que regulam a oferta do

cuidado em saúde. No processo, analisa-se a competência da equipe de saúde no manejo do processo saúde-doença, a partir da adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente. (SILVA *et al.*, 2011).

Historicamente, o setor saúde no Brasil sofre por carência de recursos. Essa situação vem piorando na mesma proporção em que se agravam os problemas financeiros do País.

Segundo Cordeiro, 2001, um alerta para as consequências da não concretização dos investimentos em recursos humanos previstos nas propostas de reforma sanitária. Fatores como falta de qualificação, achatamento salarial, não reposição de pessoal e a convivência de funcionários sob regimes diversos dentro das unidades, vêm gerando dificuldades de gerenciamento do sistema de saúde (REBOUÇAS *et al.*, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), de baixo custo, sem incremento de novas tecnologias, com foco na promoção e prevenção de doenças, em busca de oferecer maior satisfação e conforto aos usuários, com a finalidade de dar maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e reduzir as internações hospitalares, transformou-se nos últimos 16 anos no paradigma hegemônico da atenção primária brasileira e, por essas razões, é apontada como a principal estratégia de enfrentamento da crise da saúde no País. Nas internações por certas doenças consideradas de fácil prevenção, ou por aquelas que seriam passíveis de diagnóstico e tratamento precoce, de modo a evitar a hospitalização, refletem a inadequação da Atenção Primária de Saúde (APS) às necessidades de determinadas comunidades (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014).

Um ponto importante nas análises econômicas em saúde relaciona quais as consequências de determinada tecnologia devem ser valoradas para inclusão nos estudos. Para as análises de custo-efetividade, geralmente todos os custos diretos e indiretos são incluídos, a curto e longo prazo.

Para as Análises de Impacto Orçamentário (AIO), somente devem ser incluídas as consequências diretas sobre o sistema de saúde (sob a perspectiva do gestor) que resultam em mudanças práticas quando da incorporação ou retirada de uma tecnologia.

As consequências indiretas ou futuras em longo período não devam ser consideradas. Por exemplo, uma intervenção que reduza a mortalidade por uma determinada enfermidade poderá provocar outros custos relacionados a doenças futuras para esta população, em virtude da maior sobrevida e do envelhecimento. Essas consequências indiretas não devem ser consideradas nas estimativas de impacto orçamentário. De forma simplificada, o custo do tratamento de uma determinada doença equivale a multiplicar o número de indivíduos doentes com indicação de tratamento pelo custo dos tratamentos que estão sendo avaliados (FERREIRA-DA-SILVA *et al.*, 2012).

Segundo Mendonça (2007) e Gonçalves (2001), a avaliação de satisfação do usuário é importante para o direcionamento e planejamento dos serviços, o que será imprescindível para a implementação de ações que melhorem a efetividade da atenção com menores custos. Pesquisas que abordam a satisfação do usuário são capazes de apontar importantes aspectos para iniciativas tanto para os profissionais e prestadores de serviço quanto para os gestores, o que irá contribuir para redução de custos em saúde.

O principal papel desse tipo de avaliação é a previsão do impacto financeiro da adoção de determinada tecnologia. Para tanto, integra os seguintes elementos: (1) o gasto atual com uma dada condição de saúde, (2) a fração de indivíduos elegível para a nova intervenção, (3) os custos diretos da nova intervenção e (4) o grau de inserção da mesma após sua incorporação. Dessa forma, a AIO se constitui em uma ferramenta fundamental para os gestores do orçamento da saúde pública e suplementar, auxiliando a previsão orçamentária em um intervalo de tempo definido (FERREIRA-DASILVA *et al.*, 2012).

Enquanto a Análise de Custo-Efetividade (ACE), estima, preferencialmente, em um horizonte temporal de tempo de vida, os custos e os benefícios de uma nova intervenção por indivíduo (unidades monetárias gastas para que um indivíduo tenha um ano de vida salvo), a AIO projeta os gastos que a incorporação da tecnologia em questão irá acarretar ao sistema em termos populacionais, considerando um horizonte de tempo geralmente mais curto (um a cinco anos) (FERREIRA-DASILVA *et al.*, 2012).

A Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento do serviço de saúde, possibilitando a identificação dos estágios de desenvolvimento e de seus aspectos críticos, assim como das potencialidades e dos pontos já consolidados. Orienta, ainda, a elaboração, de maneira estratégica, de planos de intervenção para a resolução dos problemas encontrados (BRASIL, 2005).

Outro aspecto positivo da AMQ é o fato de incorporar, na avaliação do processo, questões capazes de ponderar

as diversas peculiaridades relacionadas às funções da atenção primária, tais como o primeiro contato, a acessibilidade, a coordenação do cuidado e as atividades de promoção e prevenção (CAMPOS, 2005).

Evidenciamos que distintas abordagens têm sido empregadas para se avaliar os serviços de saúde. A avaliação, por parte dos usuários, é um dos métodos adotados e que tem a vantagem de expressar a opinião de quem utiliza dos serviços ou das ações em saúde. Conhecer a opinião dos usuários sobre a atenção prestada é imprescindível para a implementação de ações que melhorem a efetividade da atenção com menores custos (GIL, 2001; PAIM, 2006).

Entretanto, a avaliação econômica representa uma análise mais integral para os problemas de saúde, identificando os custos e benefícios de determinadas ações e programas, assim a avaliação econômica analisa de forma clara as distintas alternativas de intervenção para cada problema de saúde (GIL *et al.*, 2001).

CONCLUSÃO

Percebe-se que os estudos que abordam avaliação em saúde, buscam expressar o contexto, a expressão de uma dimensão da realidade dos serviços, sendo uma importante ferramenta promotora da compreensão da realidade em determinadas conjunturas para auxiliar a gestão. Porém, os estudos que abordam a avaliação econômica em saúde são escassos.

Este tipo de estudo é necessário para que se obtenham informações que possam contribuir para a avaliação do custo relacionado à efetividade, utilidade e eficácia, ob-

jetivando influenciar a prática, a transformação de políticas, fundamentar tomadas de decisão na gestão e auxiliar na coordenação de programas, assegurando, entre outras coisas, a eficiência na alocação de recursos da saúde. Portanto, apontamos a necessidade de elaboração e desenvolvimento de estudos com essa temática e que sejam realizados a fim de contribuir com a economia em saúde.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, L. C. A. *et al.* A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):827-839, abr, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Avaliação econômica em saúde: desafios para a gestão no Sistema Único de Saúde.** [acessado em: 2015 jun. 06]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_aval_econom_saude.pdf.

CAMPOS, C.; AGUILERA, E. Estratégias de avaliação e melhoria da contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, supl. 1, p. S63-S69, 2005.

CECCON, R. F., MENEGHEL S. N., VIECILI, P. R. N. Interações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. Bras. Epidemiol.** out-dez 2014; 17(4): 968-977.

CESCONETTO, A. *et al.* Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(10):2407-2417, out, 2008.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2001;6(2):319-28.

CORREIA, L.O.S. *et al.* Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1685-1697, 2014.

DRUMMOND, M. F. *et al.* Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. New York: **Oxford University Press**; 2005.

FERREIRA-DA-SILVA, A. L. *et al.* Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(7):1223-1238, jul, 2012

FONSECA, A. F. F. *et al.* Avaliação em Saúde e Repercussões no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 519-27.

FRÉZ, A. R.; NOBRE, M. I. R. S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 419-428, jul./set. 2011.

GIL, A. B; TOLEDO, M. E.; JÚSTIZ, F. R. *La economía da la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad*. **Revista Cubana de Medicina General Integral**. 2001; 17(4):395-398.

GONÇALVES, J. R. *et al.* Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. **Fisioter Mov**. 2011; 24(1):47-56

LACERDA, R.A. Manual de indicadores de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/**Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**, 2006. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/ih/IHMANUALFAPESP06.pdf>.

MACIEL, A. G.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 319-330, out 2014.

- 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, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64
- MENDONÇA, K. M. P. P.; GUERRA, R. O. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. **Braz J Phys Ther**. 2007; 11(5):369-76.
- MENEGUETI, M. G. *et al.* Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan.-fev 2015;23(1):98-105.
- MOIMAZ, S.A.S *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1419-1440, 2010.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública** 2006; 40(Nº Esp.):73-78.
- PEIXOTO, E. R. M. *et al.* Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1241-1250, jun, 2013.
- REBOUÇAS, D. *et al.* Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, 2007;41(2):244-50.
- RODRIGUES-BASTOS, R. M. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do Sudeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**. 2013;59(2):120-127.
- SANTIAGO, R. F. *et al.* Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):35-44, 2013.
- SECOLI, S. R.; PADILHA, K. G.; LITVOC, J. Análise custo-efetividade da terapia analgésica utilizada na dor pós-operatória **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2008, janeiro-fevereiro.
- SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. orgs. *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: **Fiocruz**; 2005. p. 15-39.

SILVA, K. S. B. *et al.* Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):373-382, fev, 2010.

SILVA, A. S. B. *et al.* Avaliação da atenção em *Diabetes mellitus* em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011, Jul-Set; 20(3): 512-8.

SILVA, G. M. *et al.* Uma avaliação da satisfação de pacientes em hemodiálise crônica com o tratamento em serviços de diálise no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [1]: 581-600, 2011.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional; **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 95-108,mar./jun.2011.

SILVA, L. T. R. *et al.* Avaliação das medidas de prevenção e controle de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev. Latino-Am.** Enfermagem nov.-dez. 2011; 19(6):[09 telas].

SILVA, M. A.; SANTOS, M. L. M.; BONILHA, L. A. S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. **Comunicação Saúde Educação** 2014;18(48):75-86.

TORRES, R. L.; CIOSAK, S. I. Panorama das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia. **Rev Esc Enferm USP**, 2014; 48(Esp):141-8.

VIANNA, C. M. M.; CAETANO, R. **Diretrizes metodológicas para estudos de avaliação econômica de tecnologias para o Ministério da Saúde**. [acessado em: 2015, jun. 06]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_metodologias_ave.pdf.

XAVIER, A. J. *et al.* Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1543-1551, 2008.

SOLICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS IMPETRADAS VIA JUDICIAL NO ESTADO DO CEARÁ: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO AUTOR DA AÇÃO E DA DIMENSÃO MÉDICO-SANITÁRIAS DAS AÇÕES JUDICIAIS

Luiz Marques Campelo

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e seu uso racional. No Ministério da Saúde (MS), tais ações consistem em promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e de melhoria da qualidade de vida da população.

Para o fornecimento de medicamentos à população, a AF compõe-se de três programas (atenção básica, componente estratégico e componente especializado) cujos medicamentos são elencados de acordo com suas características terapêuticas e importância epidemiológica. No âmbito do SUS, o financiamento para a compra de medicamentos arro-

lados nos programas estratégicos possui recursos garantidos através dos componentes orçamentais descritos abaixo:

I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Destinado à aquisição de medicamentos e insumos da AF no âmbito da atenção básica constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por meio do repasse de recursos financeiros *per capita*, subdivididos em fixo e variável, às Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo MS conforme a Portaria nº 4.217 /2010. Revisto *pari passu* à atualização da RENAME e/ou reordenamento do ciclo de assistência, seu elenco inclui ainda medicamentos contraceptivos, insumos para controle e monitoramento do *Diabetes mellitus* e saúde da mulher entre outros programas.

II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – tem o objetivo de financiar ações de AF para o atendimento de doenças predominantemente de perfil endêmico através dos seguintes programas de saúde: a) controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas; b) antirretrovirais do programa DST/Aids; c) sangue e hemoderivados; e d) imunobiológicos. Os medicamentos são adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde. Foram inseridos a este componente os medicamentos e insumos para o combate ao tabagismo e para alimentação e nutrição.

III - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) – Alvo de recente regulamentação através da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, substituiu em 1º de março de 2010, o antigo Com-

ponente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), com a justificativa de inserção de linhas de cuidado ao tratamento medicamentoso que remete à integridade da assistência. Este componente é responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento ambulatorial de formas evolutivas de doenças específicas definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicado pelo MS. A partir da regulamentação do CEARF, os recursos para aquisição das especialidades farmacêuticas repassados mediante a emissão e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo (APAC), originariamente sob responsabilidade do MS e com baixa expressividade de contrapartidas estaduais, foram redimensionados com participação relativa dos Estados e Municípios (Portaria GM/MS nº 4217/2010; VIEIRA; MENDES, 2007; BRASIL, 2010).

Os medicamentos elencados nos três componentes orçamentários da saúde possuem recursos garantidos ao atendimento das prescrições. As principais fontes de financiamento próprio dos estados para a saúde são oriundas do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e o constante aumento no número de solicitações via judicial ou administrativa, destas tecnologias, em especial medicamentos, têm-se apresentando como um desafio à configuração político-sanitária do SUS, envolvendo a necessidade de expansão da oferta e da cobertura de serviços, incorporação de novas tecnologias e adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade da assistência.

É inegável que no setor saúde os recursos são escassos, as necessidades, ilimitadas, e que a alocação de verbas para o setor, em termos relativos, não teve incrementos sig-

nificativos nos últimos anos. Dessa forma, a disponibilização de novas tecnologias implica a restrição de recursos originalmente pertencentes a outros componentes da assistência à saúde (BRASIL, 2008).

A judicialização das políticas de saúde torna-se um espaço em que colidem duas lógicas distintas: A lógica do jurista que alavanca noções republicanas e democráticas implicando noções de direito à vida e o caráter universal do SUS, e a lógica econômica que imbrica atenção ao equilíbrio macroeconômico, fiscal e monetário, corroborando a racionalidade técnica e administrativa nos processos decisórios.

Estudos produzidos nos últimos anos pelo NICE (*National Institute for Clinical Excellence*), na Inglaterra, indicam que os aspectos econômicos têm sido decisivos nas recomendações à incorporação de novas tecnologias em saúde. Entretanto, a falta de estudos econômicos para essas tecnologias sanitárias tornam-se limitações do processo. Somado a isso, e não obstante os resultados econômicos desfavoráveis, frequentemente os apelos clínicos e éticos excedem e sobrepujam o peso das consequências econômicas.

A Sociedade Internacional de Boletins Farmacológicos (*International Society of Drug Bulletins - ISDB*), alerta que cerca de 80% dos novos produtos ou novos usos clínicos aprovados a cada ano, em países desenvolvidos, não apresentam vantagem sobre tratamentos existentes. Cerca de 2% dos tratamentos farmacológicos oferecem real vantagem aos já existentes e 5% provêm benefícios menores. Raramente as supostas vantagens da nova formulação têm sido demonstradas em ensaios clínicos comparativos à formulação original, sugerindo que o novo produto seja promovido para

defender uma cota de mercado, uma vez que estes “novos” medicamentos são patenteados e os laboratórios produtores gozam do monopólio comercial por tempo determinado na legislação brasileira (PESSOA, 2007).

Na tentativa de proteger o consumidor, o Ministério da Saúde (MS), junto às agências reguladoras, tem incentivado a incorporação de evidências científicas nos processos de decisão em saúde. Em consonância a esta tendência, a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos estabeleceu novos critérios para a regulação e definição do preço dos medicamentos no país, aliado a exigências de informações econômicas (Lei 10742/2003) para a concessão de registro de novos medicamentos, insumos farmacêuticos ou correlatos (BRASIL, 2008).

Contudo, observa-se que decisões judiciais perseveraram influenciando na utilização de tecnologias de alto custo, mediante expedições de mandados de segurança e ações civis ordinárias, corroborando, assim, na imposição aquisitiva de tecnologias com segurança e eficácia ainda não estabelecidas, e interferindo na alocação e redistribuição do orçamento, o qual, dantes sob responsabilidade dos gestores da saúde, passa à tutela do Judiciário.

O aumento dos custos em saúde, principalmente relacionados aos medicamentos, tem se colocado na agenda dos governos, especialmente em países nos quais o acesso aos serviços de saúde é universal. Dessa forma, é importante analisar o comportamento dos gastos efetuados pelo sistema de saúde brasileiro. Este trabalho se propõe a apresentar a evolução tangencial ascendente dos medicamentos impetrados via judicial à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE).

Estudo realizado por Pessoa (2007) sobre o perfil de solicitações de medicamentos via judiciais à SESA/CE, demonstrou que peculiaridades da estruturação e organização do sistema de saúde local e os serviços de assistência farmacêutica são pontos críticos que influenciam nas demandas administrativas e judiciais para o acesso às novas tecnologias farmacêuticas. Tornando-se a justiça como um canal para o fornecimento de medicamentos, muitos desses revelam-se insipientes quanto à sua comprovação científica de eficácia e segurança, ainda que emirjam no mercado nacional como inovações terapêuticas.

O mesmo estudo enfatiza o crescimento da solicitação de medicamentos. Em 2004, ano de início do estudo, foram solicitados 378 medicamentos, seguidos de 628 em 2005, e 475 em 2006. Nesse período, 60% (898) dos medicamentos solicitados não estavam elencados em listas oficiais de financiamento para a saúde, sendo adquiridos mediante alocação de recursos próprios do tesouro estadual. Do restante, 23% figuravam no elenco do CMDE sendo consideradas alternativas de alto custo. Assim, 83% das solicitações impetravam sob medicamentos “especiais”, seja não pactuado no orçamento previsto ou de alto custo.

Segundo Silva (2012), está cada vez mais presente, nos meios assistenciais, a necessidade de avaliações econômicas em saúde dado às necessidades crescentes de recursos, agudizados de forma progressiva a partir da introdução em massa e cega de tecnologias sanitárias em práticas clínicas aliada às necessidades amplas da população em matéria de saúde, e os recursos finitos e limitados destinados ao Setor Saúde. Serviço (ICMS) e as transferências do Fundo de Par-

ticipação dos Municípios (FPM). No caso dos municípios soma-se ainda o Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISSQN) (MÉDICE, 2009).

As tecnologias farmacêuticas não inscritas nos componentes orçamentários provêm da alocação de recursos próprios dos tesouros estadual ou municipal para sua aquisição e dispensação. Dessa situação, e, precipuamente, do descompasso entre demanda e oferta, emana a alteração político-orçamentária da saúde para o fornecimento destas tecnologias farmacêuticas, que aglomeram ideologias e divergências jurídico-científicas e econômicas

Ressalta-se que neste estudo entende-se por tecnologias em saúde os medicamentos, equipamentos, procedimentos e os sistemas organizados de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos. Há uma hierarquia dentro do campo das tecnologias em saúde dividindo-as em: tecnologias biomédicas (medicamentos e equipamentos), tecnologias médicas (tecnologias biomédicas e procedimentos), tecnologia de atenção à saúde (tecnologias médicas e sistemas de suporte do setor saúde) e tecnologia em saúde que compreende todas as demais somados os sistemas de suportes interferentes que não pertencem exclusivamente ao setor saúde (BRASIL, 2009).

OBJETIVOS

Caracterizar aspectos sociodemográficos dos autores que solicitam medicamentos via judicial ao Estado do Ceará;

Caracterizar a dimensão médico-sanitárias das ações judiciais no Estado do Ceará.

METODOLOGIA

Este estudo é recorte da pesquisa intitulada Características multidimensionais das solicitações de medicamentos impetradas via judicial à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e caracteriza-se por um estudo descritivo e documental.

Foi utilizado como banco da pesquisa o arquivo documental da Secretaria Estadual da Saúde é constituído pelas cópias reprografadas dos processos dirigidos à Secretaria de Saúde do Estado e encaminhados a COASF para avaliação técnica-administrativa dos medicamentos solicitados.

O estudo embasou-se nos processos judiciais protocolados no Sistema de Protocolo Único (SPU) da SESA e encaminhados à COASF, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2011, aceitando-se tolerância de até 30 dias corridos para recebimento no CEIMED, identificados nos arquivos documentais da COASF/SESA/CE, correspondentes ao atendimento à dispensação de medicamentos impetrados via judicial.

A avaliação técnica-administrativa das solicitações é realizada permanentemente pelo Centro de Informações de Medicamentos (CEIMED), setor pertencente à estrutura organizacional da COASF/SESA/CE.

Os dados sobre as solicitações de medicamentos disponíveis no arquivo documental da COASF/SESA/CE, constituído pelas cópias digitalizadas, na íntegra, dos processos, foram analisados e compilados para o banco estatístico próprio do estudo, com dupla entrada, utilizando-se o pacote tecnológico SPSS 17.0.

Esleveu-se como critério de inclusão os processos judiciais, individuais ou coletivos, pleiteando pelo menos um

medicamento, protocolado na COASF/SESA no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2011 e processos judiciais cujo estado do Ceará figura-se como réu.

A instituição responsável pelo armazenamento das informações, Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará (COASF), autorizou, previamente, a realização da pesquisa.

Entretanto, a formulação da presente pesquisa contemplou as orientações presentes na Resolução CNS466/2012, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) para apreciação com o Protocolo nº 11406312.9.0000.5534.

RESULTADOS

Neste estudo, obtiveram-se informações sistematizadas sobre as solicitações de medicamentos por via judicial impetrados à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará.

O número de solicitações aumentou muito ao longo do período estudado, *pari passu* ao número de medicamentos solicitados. Do total de 1178 ações (246 em 2009, 316 em 2010 e 616 em 2011) 52% destas foram referentes ao último ano de estudo, demonstrando a tendência crescente da busca do Judiciário para o acesso à saúde. Estudo realizado por Pessoa (2007) alertou para o aumento das solicitações de medicamentos via judicial no Ceará. À época, foram solicitados 121 processos judiciais entre janeiro de 2004 e junho de 2006. Se comparados os triênios, analisado por Pessoa (2007) e analisado neste estudo, a demanda por medicamen-

tos via judicial elevou-se em aproximadamente 10 vezes em um curto período de tempo.

As características das solicitações de medicamentos por via judicial à SESA/CE dividiram-se em quatro dimensões analíticas: características sociodemográficas do autor da ação judicial; processuais das ações judiciais; as médico-sanitárias; e as político-administrativas.

Tabela 1: Número de ações judiciais solicitando medicamentos à COASF/SESA/CE no período de 2009 a 2011.

Ano	Total de ações
2009	246
2010	316
2011	616
Total	1178

Durante o triênio (2009-2011) analisado, foram impetrados 1.178 processos judiciais, solicitando medicamentos na Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará (COASF/SESA/CE). Na tabela 1, pode-se verificar a distribuição das ações por ano.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO AUTOR DA AÇÃO

A análise de características sociodemográficas do autor da ação judicial ficou prejudicada devido ao grande número de informações incompletas pertencentes ao material disponibilizado para a COASF/SESA/CE (Tabela 2). Em geral, o material encaminhado à COASF/SESA/CE com-

põe-se de cópia xerografada das ações na íntegra ou de cópia da liminar, o que, em alguns casos, contemplam, preferencialmente, as informações médico-sanitárias em detrimento das informações sociodemográficas dos solicitantes.

Entre os 1.178 impetrantes, 712 (60,2%) eram do sexo feminino e 466 (39,8%) do sexo masculino.

Quanto à idade, foram analisados apenas os solicitantes cujas informações estavam disponíveis no momento da coleta, totalizando 685 registros (58,1%). Desses, aproximadamente 67% estão com idade acima de 45 anos, sendo 32,2% com idade entre 46 e 60 anos e 34,8% com idade superior a 60 anos.

Na estratificação por sexo e idade, o sexo feminino com idades entre 46 e 60 anos (21,7%) e acima de 60 anos (19,4%) foram os mais prevalentes.

As informações sobre ocupação e renda familiar ficaram impossibilitadas de análise, pois a ausência dessas informações nos processos encaminhados à COASF/SESA/CE foi de 68,7% e 95%, respectivamente.

A análise de características sociodemográficas do autor da ação judicial ficou prejudicada devido ao grande número de informações incompletas pertencentes ao material disponibilizado para a COASF/SESA/CE. Das informações disponíveis, houve predomínio de solicitantes do sexo feminino (60,2%). A faixa etária de maior prevalência foi entre 46 e 60 anos (18,7%) e acima de 60 anos (20,1%). Este perfil é confirmado por outros estudos, o sexo feminino (60,2%) e autores com mais de 60 anos (18,9%) predominou nos estudos de Machado (2010).

Em Pessoa (2007), a maioria dos processos foi solicitada por mulheres (64,2%) e nas faixas etárias de 20 a 49 anos (20,5%) e 50 a 79 anos (19,5%). Em Vieira & Zucchi (2007), 63,5% dos solicitantes eram do sexo feminino.

A inexistência de informações sociodemográficas é referida em outros estudos, evidenciando a inobservância ou displicência dos solicitantes em relação aos procedimentos burocráticos institucionais para a petição de medicamentos via judicial.

Os representantes do autor da ação, legalmente constituídos, parecem preocupar-se mais com o embasamento jurídico-processual da solicitação, que com a observância aos critérios burocráticos necessários à identificação do paciente e aptidão para recebimento dos benefícios da assistência social. A falta de informações dificulta o processo de identificação do perfil dos solicitantes, sendo fator impeditivo para discussões sobre equidade da assistência, além de obstar a tomada de decisão dos gestores e planejadores em saúde, pois a informação é fundamental para a tomada de decisão (PESSOA, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007; LEITE, 2009; MACHADO, 2010).

Tabela 2: Características sociodemográficas do autor das ações judiciais solicitando medicamentos não padronizados impetrados à COASF/SESA/CE, 2009- 2011.

Variável	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	469	39,8
Feminino	708	60,2
Faixa etária		
Até 15 anos	52	4,4
16 a 30 anos	65	5,5
31 a 45 anos	111	9,4
46 a 60 anos	220	18,7
Acima 60 anos	237	20,1
Não informado	493	41,9
Escolaridade		
Analfabeto	9	0,8
Ensino fundamental incompleto	3	0,3
Ensino Superior incompleto	4	0,3
Ensino Superior completo	10	0,8
Não informado	1.141	96,9
Renda Familiar		
1 a 2 Salários mínimos	8	0,7
2 a 4 Salários mínimos	2	0,2
5 a 6 Salários mínimos	1	0,1
Até 1 Salário mínimo	17	1,4
Sem rendimentos	29	2,5
Não informado	1.121	95,2
Ocupação		
Ocupada	191	16,2
Não ocupada	174	14,8
Não informada	809	68,7

Neste estudo, não houve diferença na razão das ações coletivas em relação às ações individuais. Ao contrário dos achados de Pessoa (2007), que analisando a mesma instância de saúde, no período de 2004 a 2006, obteve quase a totalidade de ações individuais. No trabalho de Marques & Dal-

lari (2007), todos os autores processuais se enquadravam na categoria de autor individual; e em Pepe *et al.* (2010), 98,9% tinham um único autor.

Acredita-se que, ao longo dos anos, este aumento significativo de ações coletivas indica a mudança do perfil de pleito, com maior relevância para a sociedade ou para grupos populacionais específicos.

Tabela 3: Proporção das ações judiciais coletivas e individuais, por ano, solicitando medicamentos à COASF/SESA/CE, 2009-2011.

Tipo	2009	2010	2011	Total triênio	%
Coletiva	120	156	314	590	50,9
Individual	126	160	302	588	49,1
Total	246	316	616	1178	100

Acredita-se que, ao longo dos anos, esse aumento significativo de ações coletivas indica a mudança do perfil de pleito, com maior relevância para a sociedade ou para grupos populacionais específicos.

CARACTERÍSTICAS MÉDICO-SANITÁRIAS DAS AÇÕES JUDICIAIS

Relativo a esta dimensão analisada que se refere a características relacionadas aos medicamentos solicitados. Nesta dimensão foram consideradas as proporções de medicamentos por princípio ativo, prescritos pela denominação genérica e o nível de recomendação dos medicamentos solicitados.

No triênio, foram solicitados 1.669 medicamentos (Apêndice A), distribuídos em 321 Especialidades Farma-

cêuticas (EF), sendo 363 medicamentos em 2009, 414 em 2010 e 913 no último ano.

Tabela 4: Distribuição no número de ações, medicamentos e fármacos solicitados via judicial, por ano. COASF/SESA/CE, 2009-2011.

	2009	2010	2011
Ações	246	316	616
Medicamentos	363	414	913
Fármacos	157	146	218

A média de medicamentos solicitados foi de 1,4 por ação judicial em todo o período. Fazendo-se o cruzamento das variáveis medicamento e ano de solicitação, observa-se que há diferenças significativas entre os medicamentos mais solicitados a cada ano.

Considerando-se o *ranking* dos dez medicamentos mais solicitados, ano a ano, observa-se que os medicamentos Trastuzumabe, Rituximabe, Sunitinibe e Erlotinibe permanecem entre os dez medicamentos solicitados durante todo o período do estudo

Na avaliação das características médico-sanitárias, que se relacionam aos medicamentos solicitados propriamente ditos. Um total de 1.669 medicamentos foram solicitados via judicial à SESA/CE, no período compreendido deste estudo, perfazendo 321 Especialidades Farmacêuticas (EF). Observou-se um aumento considerável de solicitações, ano a ano. Entretanto, o número de EF requisitadas não se elevou na mesma proporção. Não foi obtida diferença significativa quanto à proporção de solicitações que utilizaram exclusivamente a denominação genérica.

Quadro 1: Elenco, em ordem crescente, dos 10 medicamentos mais solicitados via judicial, por ano, à COASF/SESA/CE, 2009-2011.

2009	2010	2011
Insulina Glargina	Trastuzumabe	Trastuzumabe
Rituximabe	Rituximabe	Insulina Glargina
Brometo de tiotrópio	Bosentana	Rituximabe
Sunitinibe	Sunitinibe	Insulina Aspart
Erlotinibe	Erlotinibe	Erlotinibe
Trastuzumabe	Bevacizumabe	Bevacizumabe
Insulina Lispro	Rivastigmina	Bosentana
Insulina Aspart	Ácido Acetilsalicílico	Olanzapina
Ácido Ursodesoxicólico	Insulina Aspart	Bortezomibe
Clopidogrel	Bortezomibe	Quetiapina

Fonte: pesquisa de campo, 2012.

Neste cenário, é possível afirmar que apesar da grande diversidade de medicamentos solicitados no período do estudo, a maior parte dos medicamentos está relacionada ao tratamento de doenças crônicas, o que corrobora com os resultados da literatura que se relacionam ao tema da judicialização da saúde (CONCEIÇÃO; DOMINGUES; GUIMARÃES, 2007 *apud* PESSOA, 2007; GONÇALVES; SANTOS; MESSENDER, 2005 *apud* PESSOA, 2007; MACHADO, 2010; PEREIRA *et al.*, 2010; PESSOA, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

CONCLUSÕES

O debate sobre até que ponto o Judiciário extrapola suas competências e passa a assumir papel de planejador em saúde, interferindo na implementação de políticas públicas, emergiu nos últimos anos motivado, principalmente, pelo fenômeno da judicialização da saúde.

O fenômeno da judicialização no estado do Ceará é frequente e crescente. No período analisado, foram impetradas 1.178 ações solicitando 1689 medicamentos, com aumento progressivo de solicitações ano a ano. A procura pelo Judiciário é a forma com a qual a população encontra para garantir o direito à saúde e, conseqüentemente, o direito à vida.

Diante desta alegativa, observa-se que o conceito de acesso à saúde – apesar dos apelos advindos da ideologia sanitaria da década de 1980 e da nova configuração assistencial imprimida, ao longo dos anos, pelas instituições gestores do Sistema Único de Saúde – ainda está ligado ao modelo assistencialista curativo com forte influência à medicalização.

A variação do elenco de medicamentos solicitados nas ações judiciais ano a ano, deve-se ao fato de que as listas oficiais para a dispensação de medicamentos no Sistema Único de Saúde (Municipal, Estadual e/ou Federal) são revisadas anualmente, com inclusão ou exclusão de especialidades farmacêuticas.

Não houve diferença quanto à proporção das solicitações que utilizam exclusivamente a denominação genérica (47%) para designar o medicamento solicitado. Entretanto, a prescrição pelo nome comercial prevalece sobre a denominação genérica.

Devido ao grande número de medicamentos solicitados, a amostra considerada foi composta pelos medicamentos com frequência de solicitação maior ou igual a dez. Um total de 30 EF (8,5%), expresso na tabela abaixo, obteve essa frequência de solicitação. Entretanto, estes 30 fármacos

representam 55% (n = 975) do total de medicamentos solicitados nas ações judiciais impetradas (Tabela 10).

Dentre os medicamentos mais solicitados, segundo o 1º nível de classificação do ATC (Tabela 11) foram: medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores 51,5% (n = 507), medicamentos para doenças do aparelho digestivo e metabolismo 21,8% (n = 215), medicamentos para o sistema nervoso central, 8,5% (n = 84), fármacos que atuam sobre o aparelho cardiovascular, 7,5% (n = 74), preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais, 3,8% (n = 37), medicamentos que atuam no sangue e órgãos hematopoiéticos, 3,4% (n = 33), medicamentos para doenças do aparelho respiratório, 2,5% (n = 25) e fármacos que atuam no sistema músculo-esquelético, 1% (n = 10). As classes de medicamento mais solicitadas foram: os agentes antineoplásicos, medicamentos usados no diabetes, psicodélicos e anti-hipertensivos.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Áreas de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliações econômicas em saúde: desafios para a gestão no Sistema Único de Saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Áreas de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria-Executiva. Áreas de Economia da Saúde e Desenvolvimento. / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Áreas de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria nº 4.217/GM, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2010. Seção 1, n. 249, p. 72.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 262 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS NETO, O. H. *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Out 2012, vol. 46, no. 5, p. 784-790.

CEARÁ, Lei n.º 13.195, de 10 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a transformação de cargos no âmbito do ministério público e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado do Ceará**. Poder Executivo, Fortaleza, CE, 15 jan. 2002. Série 2, Ano 5, n. 10, p.5.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, Jun. 2010.

LEITE, S.N. *et al.* Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 10, n. 2, out. 2009.

MACHADO, M. A. A. **Acesso a medicamentos via Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais**, [Dissertação] [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. p.131.

MARQUES, S. B. Judicialização do direito à saúde. **Rev. Direito Sanit.** 2008, vol. 9, n. 2, pp. 65-72.

MÉDICE, A. **Breves considerações sobre a relação entre financiamento da saúde e direitos sanitários no Brasil**. Ministério da Saúde, 2009.

PEREIRA, J. R. *et al.* Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciênc. saúde coletiva**. 2010, vol.15, supl.3.

PESSOA, N. T. **Perfil das solicitações administrativas e judiciais de medicamentos impetrados contra a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

PÔRTO, I. M S. **A implementação da reforma psiquiátrica em Fortaleza, Ceará**: contexto, desafios e perspectivas, [Dissertação] [Fortaleza]: Universidade Estadual do Ceará; 2010. p. 163.

ROMERO, L. C. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica**: o caso do Distrito Federal. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008. (Textos para Discussão, 41).

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.

INSTRUMENTOS PARA MEDIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE: UMA QUESTÃO BRASILEIRA

Regina Cláudia Furtado Maia
Waldélia Maria Santos Monteiro
Elainy Peixoto Mariano
Lívia Cristina Barros Barreto

INTRODUÇÃO

Foi na década de 1960 que o constructo qualidade de vida passou a ser entendido como qualidade de vida subjetiva ou qualidade de vida percebida pelas pessoas.

Em grande parte, influenciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que declara que a saúde não se restringe à ausência de doenças, mas engloba a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social, o conceito ampliou-se para além da significação do crescimento econômico, buscando envolver os diversos aspectos do desenvolvimento social (ZHAN, 1992).

O tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âm-

bito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante.

Quando vista de forma mais focalizada, *qualidade de vida em saúde* coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando conseqüências deles ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (MINAYO, 2000).

A forma como os indivíduos consideram sua situação de saúde – autoavaliação de saúde – tem sido cada vez mais valorizada na investigação e tomada de decisões clínicas, assim como no planejamento em saúde.

A expressão *qualidade de vida ligada à saúde* (QVLS) é definida por Auquier *et al.* (1997) como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial. A versão inglesa do conceito de *Health-Related Quality of Life* (HRQL), em Gianchello (1996), é similar: é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Sendo utilizado nessa conotação, o HRQL indicará também se o estado de saúde medido ou estimado é relativamente desejável (GOLD *et al.*, 1996). Para esses autores, os conceitos fundamentais de HRQL seriam igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados.

As medidas de qualidade de vida têm aplicações diversas: triagem e monitoramento de problemas psicossociais no cuidado individual, estudos populacionais sobre percepção de estados de saúde, auditoria médica, medidas de resultados em serviços de saúde, ensaios clínicos e análises econômicas que enfocam o custo monetário necessário para garantir uma melhor qualidade de vida (custo-utilidade) (FITZPATRICK *et al.*, 1992).

Na literatura médica e social não existe um consenso sobre os itens que devem ser levados em consideração na avaliação da qualidade de vida de um paciente (COHEN *et al.* 1996). Dispõe-se hoje de questionários específicos (medida de um único item) e genéricos. Os instrumentos genéricos, mais comumente utilizados, avaliam de forma global os aspectos mais importantes relacionados à qualidade de vida dos pacientes (ROSSER, 1997).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tem sido uma prática cada vez mais frequente na medicina atual. Essa avaliação objetiva monitorar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, além de avaliar os efeitos do tratamento (PAGANI; PAGANI JUNIOR, 2008).

A avaliação da QVRS dos portadores de doenças crônicas tem sido alvo de grande atenção, pois a percepção

de melhora ou piora dos doentes crônicos pode auxiliar no tratamento da doença. Existe uma preocupação em identificar o quanto a condição crônica interfere na realização das atividades da vida diária e na percepção de bem-estar individual (SILVA; NAHAS, 2004), como é o caso dos pacientes em tratamento por hemodiálise (KUSUMOTO *et al.*, 2008).

A medida de qualidade de vida, mesmo se é ainda um instrumento recente e vindo de uma tradição estrangeira, anglo-saxônica, empirista e utilitarista, é um fato irreversível que vai, provavelmente, pertencer ao nosso universo, da mesma forma que a ecografia (RAMEIX, 1997).

INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A avaliação da qualidade de vida (QV) vem se tornando cada vez mais utilizada para medir o impacto geral de doenças na vida dos indivíduos.

O uso de instrumentos para avaliação da qualidade de vida tem sido reconhecido como uma importante área do conhecimento científico no campo da saúde (HUNT, 1995). Carr *et al.* (1996) reafirmaram a importância destes instrumentos em inquéritos populacionais ou como identificadores das necessidades de saúde da população, bem como na prática clínica ou em experimentos clínicos controlados. Nesses tipos de estudos, é essencial o uso de medidas de qualidade de vida que sejam válidas, confiáveis e, sobretudo, sensíveis às mudanças clínicas obtidas com o tratamento.

A abordagem para mensuração da qualidade de vida ou preferências em saúde pode ser pela técnica direta ou indireta. O jogo padrão (*Standart Gamble* - SG), a técnica do compromisso com o tempo (Time Trade Off - TTO) e a escala de pontuação (*rating scale*) são métodos diretos de valoração de preferências.

O método indireto é aplicado através de vários instrumentos de avaliação de qualidade de vida existentes e alguns já foram validados no Brasil. Eles podem ser classificados em específicos e genéricos.

Os instrumentos **específicos** são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo. Sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade, ou para uma determinada situação. (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Os instrumentos **genéricos** são utilizados na avaliação da QV da população em geral. Em relação ao campo de aplicação, usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Como as vantagens e limitações dos instrumentos genéricos e específicos são mutuamente complementares, recomenda-se que esses dois tipos de ferramentas sejam utilizados de forma combinada, sempre que possível (BRASIL, 2009). Além do que, instrumentos genéricos podem não ser

sensíveis o suficiente para detectar alterações no estado de saúde do paciente (BRASIL, 2008).

Como exemplos de instrumentos genéricos, podem ser citados: o Euroqol 5 dimensões (EQ5D), o The Medical Outcomes Study 36 items (SF 36), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e o The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL).

Como instrumentos específicos para um determinado estado de saúde, entre outros, existem o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL) para população de renais crônicos, o *Problem Areas in Diabets* (PAID) validado no Brasil para pacientes com Diabetes e a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (Qdv-DA) para pacientes com demência.

Entendendo a importância dos estudos que expõem o nível de qualidade de vida relatado pelo próprio indivíduo, realizou-se esse trabalho objetivando responder à questão: quais os principais instrumentos utilizados e validados no Brasil para medição da qualidade de vida?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, de abordagem quantitativa, que revisou a literatura para identificar a produção científica sobre qualidade de vida e os instrumentos utilizados para sua medição.

Este tipo de estudo é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidência que avalia e reduz a incerteza na tomada de decisão em saúde. Esse

método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980, a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa. (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Para elaborar uma revisão integrativa relevante, é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas. Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional. A seguir descrever-se-á de forma sucinta essas etapas, tendo como referencial Mendes *et al.*, 2008.

ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Primeira etapa: **identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa**, onde se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese que apresente relevância para a saúde.

Segunda etapa: **estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura**, sendo esta etapa intimamente atrelada à anterior, uma vez que a abrangência do assunto a ser estudado, determina o procedimento de amostragem, ou seja, quanto mais amplo for o objetivo da revisão mais seletivo deverá ser o revisor quanto à inclusão da literatura a ser considerada.

Terceira etapa: **definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos**

estudos: o objetivo nesta etapa é organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo.

Quarta etapa: **avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:** esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. A competência clínica do revisor contribui na avaliação crítica dos estudos e auxilia na tomada de decisão para a utilização dos resultados de pesquisas na prática clínica. A conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática.

Quinta etapa: **interpretação dos resultados:** esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

Sexta etapa: **apresentação da revisão/síntese do conhecimento:** esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

Este estudo surgiu como possibilidade de encontrar resposta para a questão: quais os principais instrumentos utilizados e validados no Brasil para medição da qualidade de vida? Esse questionamento é importante para verificar quais os estudos de investigação de qualidade de vida estão sendo realizados, os principais instrumentos aplicados e a validação desses instrumentos no nosso país, servindo como fonte de pesquisa para outros autores interessados no tema.

Realizou-se, em junho de 2015, a busca das publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos anos de 2011 a 2015, cujos instrumentos de avaliação de qualidade de vida tenham sido aplicados no Brasil. Optou-se pela BVS por entender que atinge a literatura publicada no país e inclui periódicos conceituados na área da saúde. Foi utilizado o cruzamento dos descritores “qualidade de vida” e “saúde” com operador *booleano* AND e os filtros: ser artigo, em texto completo e em língua portuguesa.

Visando a sistematização dos dados, foi desenvolvido um instrumento de coleta contendo dados relativos à publicação: nome do artigo, ano, instrumento utilizado, se genérico ou específico, se validado no Brasil, sujeito de aplicação do instrumento, objetivos do estudo, metodologia utilizada, principais resultados e conclusão.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos disponíveis integralmente, publicações em português, em periódicos nacionais. A partir disso, foram selecionados 61 artigos como *corpus* de análise, sendo todos indexados na LILACS. Como critério de exclusão, os resumos que não preenchessem o instrumento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise preliminar dos artigos selecionados (61) observou-se que foram utilizados 16 (dezesseis) tipos de instrumentos de QV, distribuídos entre específicos e genéricos. Os artigos tiveram publicação entre janeiro de 2011 a junho de 2015 e os instrumentos citados são todos validados no Brasil.

Quanto à classificação dos instrumentos, 24,6% (15) dos artigos utilizaram de métodos genéricos para medição de qualidade de vida, enquanto que 75,4% (46) fizeram uso de instrumentos de medição específica. Salienta-se que apenas 8,2% (5) dos artigos utilizaram instrumentos genérico e específico combinados, que segundo o manual Estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde, publicado no Brasil em 2009, deve ser a forma ideal de utilização dos instrumentos visto que a aplicação do instrumento genérico pode não ser sensível o suficiente para detectar alterações no estado de saúde do paciente (BRASIL, 2008).

Os instrumentos genéricos mais utilizados em pesquisas nacionais foram o WHOQOL-bref e WHOQOL-100, do Grupo WHOQoL, Short-Form Health Survey (SF-36), Short-Form Health Survey (SF-12).

WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life- Bref): refere-se à qualidade de vida de modo geral e à satisfação com a própria saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2015). Contém 26 questões, sendo as duas primeiras sobre a autoavaliação do entrevistado acerca de sua QV e sobre sua satisfação com a saúde. As demais 24 questões são distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (CHAZAN *et al.*, 2015). A pontuação dos escores deverá ser realizada utilizando o programa estatístico SPSS.

WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life- 100): apresenta questões pré-elaboradas sobre avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens, baseado em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (DALLALANA; BATISTA, 2014).

SF-36 (Short-Form Health Survey): é composto por oito domínios: capacidade funcional, limitações físicas, estado geral de saúde, vitalidade, saúde mental, aspectos sociais e emocionais. Cada escala apresenta um escore que varia de 0-100, em que 0 corresponde a pior e 100 a melhor qualidade de vida possível (ARAUJO *et al.*, 2015).

SF-12 (Short-Form Health Survey): foi utilizado por apenas um estudo dentro do *corpus* de análises em verificação. É um instrumento genérico que considera a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua vida nas quatro últimas semanas, avalia o impacto da saúde geral na qualidade de vida nas dimensões da capacidade funcional, dos aspectos físicos, sociais e emocionais, da dor, da vitalidade e da saúde mental (MARTINS *et al.*, 2014).

Dentre os instrumentos específicos analisados, estão o WHOQOL-HIV Bref, HAT-QoL, KHQ, Minichal, DHI, WHOQoL-OLD, PedsQL e PDQ-39, B-ECOHIS, PAQLQ, QLQ-C-30.

WHOQOL-HIV Bref (World Health Organization Quality of Life- HIV Bref): é baseado no genérico WHOQOL-Bref e fornece um perfil de qualidade de vida com escores variando de 4 (pouca qualidade de vida) a 20 (melhor qualidade de vida), em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais (MEDEIROS *et al.*, 2013).

HAT-QoL - (HIV/AIDS Targeted Quality of Life): instrumento que avalia função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações

com o sigilo, confiança no médico e atividade sexual (OKUNO *et al.*, 2014).

KHQ – (King’s Health Questionnaire): é utilizado para pacientes com diagnóstico de incontinência urinária. Avaliação, tanto da presença de sintomas de incontinência urinária quanto seu impacto relativo, o que leva a resultados mais consistentes. Permite mensuração global e também avalia o impacto dos sintomas nos vários aspectos da individualidade na qualidade de vida. Este instrumento apresenta alta confiabilidade e validade, devendo ser incluído e utilizado em qualquer estudo brasileiro de incontinência urinária e, se possível, na prática clínica (FONSECA *et al.*, 2006).

MINICHAL- Miniquestionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial: verifica como o paciente avalia a influência que a hipertensão e o seu tratamento têm na sua qualidade de vida. É composto por 17 questões e dois domínios. As respostas dos domínios estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo Likert e têm quatro opções de respostas: de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). São divididas em domínio de Estado Mental e domínio de Manifestações Somáticas (SCHULZ, 2008).

DHI (Dizziness Handicap Inventory): este questionário avalia a interferência da tontura na qualidade de vida dos pacientes e é composto por vinte e cinco questões, que avaliam os aspectos físico, emocional e funcional (CASTRO, 2003).

WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life- Old): é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) especificamente para idoso que avalia a qualidade de vida através de seis do-

mínios ou facetas: Funcionamento do Sensório, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade (FLECK,2006).

PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory): possui diversas versões, adaptadas a diferentes períodos de desenvolvimento, e variados formatos de autorrelato (para crianças e adolescentes dos 5 aos 18 anos) e registros a serem realizados pelos pais da criança (para crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos). O questionário constitui uma forma viável, confiável, válida e aplicável para populações saudáveis, e também com doenças agudas ou crônicas (PALUDO; DALPUBEL; 2015).

PDQ (Parkinson Disease Questionnaire-39): Instrumento com versão traduzida e validada na língua portuguesa por Carod-Artal, Martinez-Martin e Vargas (2007), é autoadministrável, composto por 39 questões subdivididas em oito domínios: mobilidade (dez questões), atividade de vida diária (seis questões), bem-estar emocional (seis questões), estigma (quatro questões), suporte social (três questões), cognição (quatro questões), comunicação (três questões) e desconforto corporal (três questões) (SANTANA, 2015).

B-ECOHIS (Early Childhood Oral Health): instrumento desenvolvido por pesquisadores da Universidade da Carolina do Norte para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares. O ECOHIS foi desenvolvido a partir da seleção de 13 itens, oriundos dos 36 que compõem o questionário Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQOL). Esses itens foram considerados os mais relevantes para mensurar o impacto dos

problemas bucais sobre a qualidade de vida de pré-escolares. Desses 13 itens, nove avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (subescala da criança) e quatro avaliam o impacto dos problemas bucais da criança sobre a sua família (subescala da família) (JOKOVIC *et al.*, 2002).

PAQLQ (Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire): instrumento valioso para a avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes com asma. É composto de 23 questões divididas em três domínios: limitação das atividades físicas (cinco questões), sintomas (10 questões) e emoções (oito questões). No domínio atividades, três questões foram individualizadas, podendo o paciente escolher a atividade que mais o incomoda executar.

QLQ-C30 / (Quality-of -Life Questionnaire / EORTC-European Organization for Research and Treatment of Cancer Core) – questionário desenvolvido para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer. Inclui 30 perguntas relacionadas a cinco escalas funcionais (física, funcional, emocional, social e cognitiva), uma escala sobre o estado de saúde global, três escalas de sintomas (fadiga, dor e náuseas/vômitos) e seis itens de sintomas adicionais (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras). É complementado por módulos específicos de doenças como por exemplo mama, pulmão, cabeça e pescoço, esofágico, entre outros.

Quadro1: Instrumentos de medição de qualidade de vida encontrados nos artigos pesquisados de acordo com sujeito do estudo e classificação. Fortaleza, junho/2015.

Instrumentos	Sujeitos	Classificação
WHOQOL-BREF	Mototaxistas, estudantes de medicina, atletas paraolímpicos brasileiros, receptor renal, mães de crianças trabalhadoras de rua, gestantes, hipertensos, idosos, pacientes com osteoartrite do joelho.	Genérico
WHOQOL-100	Cuidadores dos pacientes internados em unidades de urgência e emergência.	
SF-36	adultos jovens, cuidadores de indivíduos com AVC, profissionais que trabalham em UTI, pacientes com fibromialgia e lúpus eritematoso sistêmico, hipertensos, pacientes com tumores cerebrais primários, pacientes tratados de câncer avançado de laringe, idoso, mulheres no climatério, pacientes submetidos a artroplastia de quadril, leucemia linfocítica aguda.	
SF-12	Idosos.	
WHOQOL HIV BREF	Indivíduos com HIV/AIDS.	Específico
W H O Q O L - OLD	Idosos.	
HAT-QOL	Idosos com HIV/AIDS.	
KHQ	Gestantes.	
MINICHAL	Idosos hipertensos.	
DHI	Idosos com tontura.	
PedsQl	Crianças na idade escolar de 10 a 17 anos.	
PDQ-39	Indivíduos com doença de Parkinson entre estágio 1 e 3.	
B-ECOHIS	Pais e/ou responsáveis e crianças com paralisia cerebral, Crianças na idade pré-escolar.	
PAQLQ	Crianças e adolescentes com asma.	
QLQ C-30	Pacientes com câncer em quimioterapia.	

Houve, na última década, uma proliferação de instrumentos da avaliação na qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvida nos Estados Unidos da América com crescente em traduzi-los para aplicação em outras culturas. A aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida possa não ser ligado à cultura (FOX-RUSHBY; PARKER, 1995).

Por outro lado, em um nível abstrato, alguns autores têm considerado que existe um “universal cultural” de qualidade de vida, isto é, que independente da nação, cultura ou época, é importante que essas pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (BULLINGER, 1993).

A qualidade de vida medida com instrumentos específicos para situações ligadas à saúde subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções, como problemas neurológicos pós-traumáticos, transplantes, uso de insulina e outros medicamentos de uso prolongado, pode contribuir na tomada de decisão pelos gestores, clínicos e usuários dos sistemas de saúde. A avaliação quantitativa pode ser usada em ensaios clínicos e estudos de modelos econômicos. Os resultados obtidos podem ser comparados entre diversas populações e até mesmo entre enfermidades (EBRAHIM, 1993).

Os instrumentos de mensuração da QV se expandiram e se popularizaram nos últimos 10 anos. O reconhecimento por parte dos cientistas de que os instrumentos de mensuração da QV podem avaliar os resultados e a efetivi-

dade de uma determinada terapia ou técnica operatória tornou o conhecimento dessa ferramenta indispensável dentro da equipe multidisciplinar.

CONCLUSÃO

O reconhecimento da importância da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), enquanto resultado de pesquisas, está crescendo na prática clínica. Atualmente, considera-se que existem quatro domínios principais na QVRS: físico/funcional, psicológico/emocional, social e profissional, sendo essas mensurações essenciais para sua identificação.

Dessa forma, conclui-se a importância na identificação do questionário mais adequado conforme a população em estudo, com a finalidade de resultados mais específicos e fidedignos.

Sugere-se que sejam realizadas mais pesquisas com aprofundamento do tema dado a importância de detecção da qualidade de vida relatada pelo sujeito adoecido ou sob risco de adoecimento.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A. L. P. K. *et al.* A associação fibromialgia e lúpus eritematoso sistêmico altera a apresentação e a gravidade de ambas as doenças?. **Rev Bras Reumatol.** v. 55, n. 1, p. 37-42, 2015.

AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. *Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. Revue Prevenir.*, v. 33, p. 77-86, 1997.

Ministério da Saúde. **Estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde**. Brasília, 2009.

_____. **Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BULLINGER, M. *et al.* *Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models*. **Quality Life Res.**, v. 2, p. 451-9, 1993.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para a promoção da saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio/ago. 2008.

CARR, A. J.; THOMPSON, P. W.; KIRWAN, J. R. *Quality of life measures*. **Br J Rheumatol.**, v. 36, p. 275-8, 1996.

CASTRO, A. S. O. **Dizziness Handicap Inventory: adaptação cultural para o português brasileiro, aplicação e reprodutibilidade e comparação com os resultados à vestibulometria** [tese]. São Paulo: Universidade Bandeirante de São Paulo; 2003.

CHAZAN, A. C. S. *et al.*, Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 547-556, 2015.

COHEN, S. R.; MOUNT, B. M.; MACDONALD, N. *Defining quality of life*. **Euro J. Cancer**. v. 32, p. 753-754, 1996.

DALLALANA, T. M.; BATISTA, M. G. R. Qualidade de vida do cuidador durante internação da pessoa cuidada em Unidade de Urgência/Emergência: alguns fatores associados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11. Rio de Janeiro. nov. 2014.

EBRAHIM, S. *Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement*. **Soc. Sci. Med.** v. 41, n. 10, p. 1383-94, 1993.

FOX-RUSHBY, J.; PARKER, M. *Culture and the measurement of health-related quality of life*. **Rev. Eur. Psychol. Appl.**, v. 455, p. 257-63, 1995.

FITZPATRICK, R.; FLETCHER, A.; GORE, S.; JONES, D.; SPIEGEL, H. D.; COX, D. *Quality of life measures in health care*.

Applications and issues in assessment. BMJ, v. 305, n. 6861, p. 1074-1077, 1992.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. *Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-Old module. Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(5):785-91.

FONSECA, E. S. M. *et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência*. 2006.

GIANCHELLO, A. L., *Health outcomes research in Hispanics/Latinos. Journal of Medical Systems.*, v. 21, n. 5, p. 235-254, 1996.

GOLD, M. R. *et al. Identifying and valuing outcomes, pp. 82-123. In: HADDIX, A. C. S. et al. (orgs.). Prevention Effectiveness: a Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*. Oxford University Press, Oxford. 1996 .

HUNT, S.; MCEWEN, J.; MCKENNA, S. *Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. Journal of College & General Practice*, v. 35, p. 185-8, 1995.

JOKOVIC, A. *et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. J Dent Res*. v. 81, p. 459-63, 2002.

KUSUMOTO, L. *et al. A. Adults and elderly on hemodialysis evaluation of health related quality of life. Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 152-159, 2008.

MARTINS, A. M. E. B. L. *et al. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3461-3478, 2014.

MEDEIROS, B. *et al.*, Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Estud. Psicol.* (Natal). v. 18, n. 4. Natal, Oct./Dec. 2013.

MENDES, K. D. S. *et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm.* Florianópolis. Out-Dez; v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

OKUNO, M. F. P., *et al.*, Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1551-1559, jul, 2014.

PAGANI, T. C.; PAGANI JUNIOR, C. R. **Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde**. Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular. 2008

PALUDO, J ; DALPUBEL, V., Imagem corporal e sua relação com o estado nutricional e a qualidade de vida de adolescentes de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Nutrire**. v. 40, n.1, p.1-9, 2015.

RAMEIX, S. *Justifications et difficultés éthiques du concept de qualité de vie*. **Revue Prevenir**. v. 3, p. 89-103, 1997.

ROMAN, A. R., FRIEDLANDER, M. R., Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm**. Jul-Dez; v. 3, n. 2, p. 109-12, 1998.

ROSSER, R. Quality of life assessment. In: BAUM, A.; NEWMAN, S.; WEINMAN, J. **Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 310-313, 1997.

SANTANA, C. M. F. Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, p. 49-58, 2015.

PERFIL DO GASTO FEDERAL COM INTERNAÇÕES HOSPITALARES, POR FAIXA ETÁRIA, NO CEARÁ (2000/2010)

Maria Helena Lima Sousa

Natália Lima Sousa

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

O setor hospitalar é responsável pela oferta de serviços especializados de média e alta complexidades. Essas instituições têm como característica principal a complexidade, pois nelas são realizados inúmeros processos produtivos de trabalho distribuídos entre atividade fim (cirurgias, serviços de emergência, internações etc.), intermediária (serviços de diagnóstico e terapia, farmácia, laboratórios etc.), além dos serviços administrativos.

Segundo Brasil (2007), a alta complexidade do setor hospitalar é responsável por um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e média complexidade), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

La Forgia & Couttolenc (2009) apontam como características do setor hospitalar brasileiro, dentre outros: i)

Acesso garantido pela Constituição brasileira; ii) Consome 2/3 do gasto total com saúde; iii) Cultura hospitalocêntrica; iv) Os recursos hospitalares não são racionalmente distribuídos, seja geograficamente ou por tipo e nível de atenção; vi) Despreparo do Brasil para o crescimento das doenças não transmissíveis, haja vista que o sistema de saúde é organizado para oferecer atendimento hospitalar de alto custo para doenças agudas que são resolvidas com rapidez, com pouca atenção ao aumento das doenças crônicas que vêm aumentando progressivamente entre os brasileiros.

Em estudo apresentado por Brasil (2007), em 2005 foram gastos no Brasil R\$ 1.222,00 milhões com procedimentos de alta complexidade no SUS, sendo que quatro especialidades – cardiologia, neurologia, cirurgia oncológica e ortopedia – foram responsáveis por 94,9% do total desse gasto (58,8%, 18,3%, 11,7% e 6,1%, respectivamente). O mesmo quadro revela que houve um aumento de 10,3% no número de procedimentos de alta complexidade de 2003 a 2005 e que o incremento nos gastos representou 18,2%, demonstrando, assim, um aumento real considerável.

Segundo o Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) realizada pelo IBGE em 2008, dos 189,5 milhões de residentes estimados para aquele ano, cerca de 13,5 milhões de pessoas tiveram uma ou mais internações hospitalares nos 12 meses que antecederam a entrevista. Isso corresponde a um coeficiente de internação hospitalar de 7,1 do total de pessoas. Em termos absolutos, foram 12,3 milhões de pessoas em 2003 e 13,3 milhões em 2008 que tiveram alguma internação no período de referência.

La Forgia e Couttolenc (2009), analisando o desempenho hospitalar no Brasil, consideram que os hospitais consomem uma expressiva parcela do orçamento do governo, absorvendo em 2002, 7% dos gastos públicos com saúde, concluindo que o SUS é a maior fonte de financiamento hospitalar.

Vecina Neto e Malik (2007), ao analisarem as tendências observadas na assistência hospitalar brasileira, elaboraram um conjunto de cenários importantes para a compreensão do setor, dentre elas a demografia, o perfil epidemiológico, os recursos humanos, a tecnologia, a medicalização, os custos, a revisão do papel do cidadão, a legislação, a equidade, o hospitalocentrismo e a regionalização, o financiamento do cuidado e a oferta de leitos.

Todos esses aspectos exercem influência direta ou indiretamente nos gastos com saúde, em especial o aspecto demográfico, pois, segundo OPAS (2009), o Brasil está passando por uma transição demográfica profunda, provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. Além disso, o aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para a mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher.

O estudo se justifica pela importância de se conhecer o perfil dos gastos para fins de planejamento e orçamentação da saúde, num universo de restrições orçamentárias e numa conjuntura de profundas desigualdades socioeconômicas e de saúde.

Portanto, o propósito deste capítulo é verificar a tendência do gasto federal com internações hospitalares no Ceará, por faixa etária, numa conjuntura de mudanças no perfil demográfico e epidemiológico numa conjuntura de desigualdades socioeconômicas e de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa quantitativa realizada com dados secundários para construção da Variável Padronizada de Gastos (VPG/CE) com Internações Hospitalares no estado do Ceará. A VPG significa o volume de gasto *per capita* realizado com internações hospitalares por faixa etária num determinado período de tempo.

Fonte de dados:

- O gasto federal total com internações hospitalares por faixa etária foi capturado do sistema AIH/DATASUS.
- População por faixa etária no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- Anos de estudo: 2000 e 2010.
- Os valores do ano 2000 foram corrigidos pelo IGP-M, ano base 2010.

Fórmula:

$$\text{VPG (CE)} = \text{Total real de gastos de internações (AIH)} \\ \text{por faixa etária/população por faixa etária}$$

As faixas etárias consideradas, em anos, foram: <1; 1-4; 5-9; 10-14; 20-24; 24-20; 30-34; 40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64; 65-69; 70-74; 75-79; 80 e +.

A escolha das faixas corresponde a mesma utilizada em estudo realizado em 2005 para desenvolver uma proposta de alocação de recursos para hospitais-polo microrregionais de saúde (CEARÁ, 2005).

A análise privilegiará o gasto total e *per capita* com internações hospitalares no Ceará na expectativa de identificar tendências que orientem o planejamento em saúde.

RESULTADOS

O gráfico 1 revela o comportamento da VPG no Ceará nos anos 2000 e 2010, além da evolução do gasto total com internações hospitalares por faixa etária. A VPG tem a formatação de “U”, apresentando a mesma tendência de outros países, ou seja, concentra o gasto *per capita* nas faixas etárias extremas.

Na observação do gasto *per capita*, percebe-se que no Ceará houve redução em todas as faixas etárias entre 2000 e 2010, com exceção da faixa de menores de um ano de idade. Todas as demais faixas etárias do ano de 2010 permaneceram com a mesma tendência do ano 2000, mas com valores reais abaixo.

Pelos dados da tabela 1 e do gráfico 1, na faixa etária abaixo de um ano de idade ocorreu um fato interessante. Muito embora o gasto total seja próximo nos anos 2000 e 2010, em termos *per capita*, o aumento da variação percentual do gasto total foi de 2,6% e em termos *per capita* de 25%. Em valores absolutos foram gastos R\$ 38,8 milhões em 2000 e R\$ 39,9 milhões em 2010 e o gasto *per capita* passou de R\$ 253,25 (2000) para R\$ 316,67 (2010). Isso mostra que,

embora o aumento no volume de gastos tenha sido pouco expressivo, em termos *per capita* ele se mostrou robusto.

Na faixa etária entre 1 (um) e 4 (quatro) anos houve uma redução, tanto no gasto total quanto do gasto *per capita*. O primeiro passou de R\$ 31,4 milhões para R\$ 16,8 milhões, portanto uma redução de -46,4% e o segundo reduziu R\$ 48,46 para R\$ 32,54, equivalente a -32,8% em 2010 em relação a 2000 (Tabela 1).

Na faixa etária entre 5 e 9 anos o gasto com internações cai ainda mais. Em termos do gasto total a redução foi de R\$ 4,0 milhões (passando de R\$ 14,0 milhões para R\$ 10,0 milhões), equivalente a -28,6% e, em termos *per capita* a redução foi de R\$ 17,11 para R\$ 14,44, correspondendo a -15.6% (Tabela 1).

Entre 10 e 14 anos o comportamento dos gastos continua em queda livre, chegando o gasto total em 2010 a R\$ 10,4 milhões e o gasto *per capita* em R\$ 12,31, com variação percentual de -23,1% no gasto total e -21,3% no gasto *per capita* (Tabela 1).

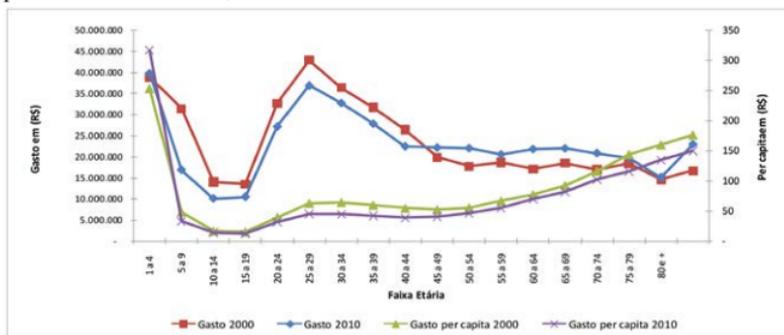
No intervalo de 15 a 19 anos houve uma pequena queda no gasto total e *per capita*, sendo o primeiro de -16,9% e o segundo de -19,4% de 2000 a 2010. Entretanto, é nesta faixa que os gastos totais apresentam um aumento considerável com relação a faixa anterior, cujo aumento atingiu cerca de 160%, tanto no gasto total (GT) quanto no *per capita* (GPC) (Tabela 1).

No intervalo seguinte, no entanto (entre 20 a 24 anos), o GT chega ao pico, só perdendo para menores de um ano, ou seja, atinge R\$ 36,9 milhões em 2010, com um aumento percentual de 36% (GT) e 40% (GPC). Apesar dessa

performance, verifica-se que houve uma redução de -14% entre 2000 e 2010 e de -28,6% do gasto *per capita*, no mesmo período. Esse desempenho, aqui apresentado, pode significar efetividade positiva nas políticas de saúde, pois, mesmo reconhecendo o aumento dos custos das tecnologias aplicadas, houve redução na aplicação dos recursos nessa faixa etária que reúne a população em idade reprodutiva (Tabela 1).

Nas idades entre 25 e 49 anos, verifica-se uma redução do gasto total, tanto no ano 2000 quanto em 2010, se comparados a faixas etárias anteriores, muito embora em termos de aumento percentual por grupo etário, verifica-se um crescimento real a partir dos 40 anos. Interessante observar que, em termos *per capita*, houve uma redução em todas as faixas etárias, com exceção dos menores de um ano de idade. Esse é, sem dúvida, um indicador importante visto que se foi gasto menos recursos em 2010 em relação a 2000 e, segundo o Relatório de Gestão da SESA de 2010, os indicadores de saúde apresentaram melhoras nessa década, significando que as ações e serviços de saúde no Estado foram mais efetivos (Tabela 1).

Gráfico 1: Curva Padronizada do Gasto Total e do Gasto per capita com internações por faixa etária no Ceará, nos anos de 2000 e 2010.



Fonte: TabWin/DATASUS; CCIH. Elaboração própria.

Tabela 1: Gasto total e *per capita* com internações por faixa etária no Estado do Ceará, no ano de 2010.

Faixa Etária (em anos)	Gasto Total (GT) – (R\$ 1,00)					Gasto <i>per capita</i> (R\$)		
	2000	Var% por faixa	2010	Var% por faixa	Var % GT	2000	2010	Var % GPC
<1 a	38.896.566	-	39.911.083	-	2,6	253,25	316,67	25,0
1 a 4	31.480.672	(19,1)	16.878.446	(57,7)	(46,4)	48,46	32,54	(32,8)
5 a 9	14.077.167	(55,3)	10.057.138	(40,4)	(28,6)	17,11	14,44	(15,6)
10 a 14	13.559.646	(3,7)	10.433.509	3,7	(23,1)	15,65	12,31	(21,3)
15 a 19	32.733.747	141,4	27.196.326	160,7	(16,9)	39,85	32,12	(19,4)
20 a 24	42.990.968	31,3	36.993.709	36,0	(14,0)	62,97	44,96	(28,6)
25 a 29	36.445.975	(15,2)	32.825.057	(11,3)	(9,9)	64,53	44,19	(31,5)
30 a 34	31.787.359	(12,8)	27.885.980	(15,0)	(12,3)	60,07	42,38	(29,4)
35 a 39	26.489.300	(16,7)	22.483.620	(19,4)	(15,1)	54,83	39,01	(28,9)
40 a 44	19.909.843	(24,8)	22.190.734	(1,3)	11,5	52,52	41,01	(21,9)
45 a 49	17.767.077	(10,8)	22.058.924	(0,6)	24,2	55,62	46,03	(17,2)
50 a 54	18.655.309	5,0	20.546.821	(6,9)	10,1	66,93	54,91	(18,0)
55 a 59	17.115.014	(8,3)	21.824.252	6,2	27,5	77,45	69,70	(10,0)
60 a 64	18.518.543	8,2	22.001.904	0,8	18,8	92,54	82,12	(11,3)
65 a 69	16.997.638	(8,2)	20.876.688	(5,1)	22,8	116,02	101,80	(12,3)
70 a 74	18.339.300	7,9	19.771.478	(5,3)	7,8	144,35	115,70	(19,8)
75 a 79	14.532.931	(20,8)	15.079.866	(23,7)	3,8	159,95	134,62	(15,8)
80 e +	16.661.915	14,6	22.979.178	52,4	37,9	176,37	149,63	(15,2)

Já nas idades compreendidas entre 40 a 80 anos e +, inverte-se novamente o perfil do gasto total, passando a apresentar um aumento relativo em todas as faixas etárias, chegando ao máximo nos acima de 80 anos, que atinge uma variação percentual de 52,4% em relação à faixa anterior do gasto total (2010) e 37,9% entre 2000 e 2010. O Estado passa a ter um dispêndio maior com internações motivado pelas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico com

o alargamento da esperança de vida da população que passa de 64,0 anos (1991) para 70,7 anos (2008), segundo o Núcleo de Informação e Análise em Saúde (NUIAS). As doenças crônico-degenerativas passam a ter mais visibilidade no cenário sanitário, tomando lugar das infectocontagiosas (Tabela 1).

Esse desenho dos gastos com internação aqui apresentado demonstra a importância de se analisar essas tendências nos gastos em termos demográficos e, conseqüentemente, epidemiológico por ser fator importante na qualificação dos gastos com saúde.

Em resumo, pode-se afirmar que, numa análise vertical no qual se verifica a variação percentual dos investimentos com internações do ano 2010 em relação ao ano 2000 no Ceará, houve aumento na faixa etária de <1 ano de 2,6%; nas faixas que incluem 1 a 39 anos houve redução e acima de 40 anos houve aumento. Com relação ao gasto *per capita*, somente na faixa de <1 ano houve aumento percentual, atingindo incremento de 25%, entretanto, houve redução nas demais faixas etárias (Tabela 1).

Analisando horizontalmente, o gasto total por internações e faixa etária, percebe-se que há diferenças entre elas, se comparados o comportamento dos gastos nos anos de 2000 com relação a 2010. Três fatores chamam a atenção: i) o aumento de 200,4% na faixa etária de 15 a 24 anos no ano de 2010, contra um aumento de 172,7% no intervalo de 10 a 24 anos em 2000. Ou seja, em 2010 o incremento incluiu a faixa de 10 a 14 anos, demonstrando assim uma diferença no perfil dos gastos dessa faixa etária que antes tinha uma tendência decrescente; ii) no intervalo de 25 a 49 anos, houve

uma redução em 2000, de -80,3% no gasto total. Em 2010, a redução foi menor, atingindo -54,4%, no entanto, incluiu a faixa etária de 50 a 54 anos; iii) o aumento nas internações de pessoas com mais >80 anos que, no ano de 2010, foi de 52,4% contra 14,6% em 2000 (Tabela 1, Gráfico 1).

DISCUSSÃO

O comportamento do gasto *per capita* mostra com evidência que as faixas etárias mais dispendiosas para o sistema de saúde são as extremas. Segundo Medici & Marques (1996), o envelhecimento da estrutura etária da população, provocado pela queda da fecundidade e da mortalidade, tem impacto direto nos gastos com saúde. A população idosa tende a ter doenças crônicas, as quais exigem tratamento prolongado e não raras vezes caros. Os autores ainda destacam que os custos são mais altos quando associados ao nascimento e primeiros anos de vida, decrescem ao longo da infância e adolescência e passam a crescer com a maturidade, aumentando exponencialmente na velhice.

Segundo a OPAS (2009), o Brasil está passando por uma transição demográfica profunda, provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 1960 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. A média brasileira reduziu-se de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,0 em 2005. Este estudo ainda revela que as mudanças mais notáveis no processo de transição da estrutura etária ocorrerão nas faixas de idades extremas.

Esse mesmo desempenho apresentado pelos autores anteriores foi encontrado nos dados desta pesquisa, cuja fai-

xa etária dos menores de um ano, em ambos os anos estudados, esteve no pico dos gastos, o mesmo acontecendo com faixas acima de 65 anos de idade.

Na opinião La Forgia e Couttolenc (2009) a queda da mortalidade infantil associada à redução da fecundidade e ao envelhecimento da população são apontados como importantes indutores de consumo de serviços de saúde desde o último terço do século XX.

Fazendo um contraponto dos aspectos aos levantados por Vecina Neto & Malik (2007) e os achados desta pesquisa constatou-se, por meio da curva padronizada de gastos (gráfico 1, tabela1), que houve uma importante mudança no perfil dos gastos com internação no estado do Ceará, na primeira década do século XXI. Na faixa etária de menores de 1 ano de idade houve injeção de recursos em R\$1,0 milhão, o que representa um aumento percentual de 2,6%. Quanto à despesa *per capita* a variação foi ainda mais importante, atingindo um acréscimo de 25% na década, ou seja, o investimento realizado foi muito representativo por cada criança assistida, passando de R\$253,35 para R\$316,67. De acordo com o Relatório de Gestão (RG) de 2010 da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SES-CE), associado com o aumento dos gastos *per capita* na faixa de menores de um ano de idade, houve redução da mortalidade infantil no período de 2006 a 2010 em 27,6%.

Na faixa dos maiores de 60 anos, representada por aqueles que fazem parte da população com maior esperança de vida, os gastos com internação foram acrescidos, em uma década, em 15,5 milhões de reais, o que representa uma variação percentual de 18,4%. Diante desse cenário, pode-se

deduzir que os valores aqui apresentados corroboram com os prognósticos de Vecina Neto & Malik (2007) cujo aspecto demográfico causa reflexos no consumo dos serviços de saúde que, entre a população de maiores de 65 anos, demandam até quatro vezes mais internações que a média da população.

Outro fato que chama a atenção é a faixa populacional dos 5 aos 9 anos de idade que, no Brasil, declinou de 14% para 12%, chegando, em 2000, a tamanhos similares (cada um representa 9% da população). Complementarmente, os grupos mais velhos aumentaram sua participação; a população acima de 65 anos ou mais, por exemplo, aumentou de 3,1% em 1970 para 5,5% em 2000. Portanto, esses fatores são importantes de serem ressaltados porque se sabe que os cuidados de saúde necessários para a população idosa são diferentes daqueles apresentados pelo resto da sociedade, em função da incapacidade e do processo degenerativo, que requer grandes gastos em equipamentos, remédios e drogas e recursos humanos capacitados (OPAS, 2007).

Para a OPAS (2007), na saúde pública, em geral, os serviços são direcionados para a saúde materno-infantil e reprodutiva e para lidar com as doenças infecciosas. Com o progresso da transição epidemiológica no Brasil, esse enfoque está mudando e a saúde pública deve privilegiar política de prevenção, por exemplo, as doenças crônicas que, sem atenção médica, muito frequentemente, geram incapacidade.

Outro ponto em destaque no RG/2010 da SES/CE (CEARÁ, 2012) diz respeito à redução, em 3%, da Taxa de Mortalidade por AVC na população de 40 anos e mais, ou seja, no período de 2006 a 2010 essa redução foi de 22,3%, um dos principais responsáveis pela mortalidade em adulto

e idoso. Salienta-se, também que o número de pessoas idosas assistidas pelo SUS, que vem sendo apurado a partir de 2008 pela SES/CE, apresentou uma variação percentual positiva em 25,6% e 43,2% em 2009 e 2010, respectivamente.

O retorno dos investimentos realizados na área de saúde, tanto do ponto de vista das políticas como dos investimentos em infraestrutura e equipamentos, tem repercutido positivamente nos indicadores de saúde, contribuindo para o aumento da esperança de vida do cearense, além dos fatores socioeconômicos.

Na observância da esperança de vida ao nascer no Ceará, para ambos os sexos, verifica-se, segundo dados do IBGE/DPE (2015), que no ano 2000 ela era de 69,4 anos, acima da média do Nordeste (67,4 anos) e abaixo da média nacional (68,8 anos). Em 2010 ela passa para 72,4 anos, continuando acima da média do Nordeste (71,2 anos) e abaixo da nacional (73,9 anos), sendo na população feminina ainda mais representativo esse aumento, ao passar de 73,3 para 76,4 anos, entre 2000 e 2010.

Portanto, este é um fator importante para a observação do gasto com internações na faixa etária acima de 65 anos.

É claro que as mudanças nos fatores demográficos afetam diretamente os gastos com saúde, além de outros fatores como inflação do setor, condições socioeconômicas dentre outros.

Outro aspecto explorado por Vecina Neto e Malik (2007) diz respeito ao custo da saúde. Segundo Ocké-Reis e Cardoso (2006), os custos crescentes do setor tendem a provocar uma variação do nível de preços na saúde maior do que a taxa média de inflação da economia.

Isso acontece por uma série de razões inerentes ao setor saúde, como o fator trabalho é intensamente utilizado, além de apresentar baixa mobilidade e reduzida taxa marginal de substituição, considerando, respectivamente, seu caráter não comercializável e alto grau de especialização. Nessa estrutura, o aparecimento de inovações tecnológicas não implica aumento automático e generalizado da produtividade média, tampouco permite que seu crescimento se dê no mesmo ritmo da atividade industrial, podendo alimentar uma tendência altista dos custos dos serviços médicos. Ademais, a depender do grau de desenvolvimento de um país, a importação de insumos e equipamentos médicos, patrocinada pela dinâmica do complexo médico-industrial, torna a taxa de câmbio uma peça-chave para decifrar a elevação dos custos na área da saúde. Vale dizer, caso se depreenda com um mercado de planos de saúde concentrado, tal pressão nos custos levaria, facilmente, a um aumento continuado dos prêmios no setor privado, dados a inelasticidade-preço da demanda e o custo de transação sofrido pelo consumidor (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Outro problema a acrescentar é o custo dos serviços. Segundo Sousa (2013), os custos de alguns serviços dos hospitais terciários gerenciados pela rede da SES-CE têm crescido muito acima do índice de inflação medido pelo IGP-M, chegando a mais de 500% em alguns casos, apesar de algumas iniciativas importantes tomadas por gestores em conter desperdício e otimizar recursos, como: a compra centralizada de materiais de todos hospitais junto com a Assistência Farmacêutica; a implantação de um sistema de apuração de custos; a escolha dos gestores por seleção; os investimentos na qualificação dos gestores hospitalares, dentre outros.

O estudo de Sousa (2013) ainda revela que no período de 2006 a 2010, apenas dois dos cinco hospitais que compõem a rede de hospitais terciários da SES-CE conseguiram, em termos gerais, reduzir seu custo unitário. Outros três hospitais, embora tenha tido sucesso em alguns centros de custos, não alcançaram em termos globais, variar negativamente seus custos. Isso é indicativo de que, mesmo com medidas que contribuem para conter o aumento dos custos, é difícil neutralizar toda a complexidade que envolve a produção do serviço hospitalar. Há claramente a necessidade de se investir ainda mais em mecanismos que possam contribuir para elevar a eficiência dentro de um contexto de integralidade das ações, qualidade e aumento do acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Vecina Neto & Malik (2007), a preocupação com a eficiência chega a ser criticada como um estímulo ao racionamento dos serviços, mas quando a eficiência é critério de avaliação da gestão, faz sentido buscar métodos gerenciais. Nesse sentido, a postura deste trabalho vai de encontro à afirmativa dos autores em se buscar caminhos que alcancem um nível ótimo de eficiência.

Couttolenc & Zucchi (1998) admitem que os diferentes recursos ou insumos (pessoal, materiais, equipamentos e tecnologia) devem ser combinados de maneira a maximizar o resultado ou produto pretendido e evitar gargalos e desperdícios. Além disso, afirmam que a maneira com que os recursos são aplicados entre diferentes insumos e/ou atividades se reflete decisivamente na eficiência e no custo dos serviços.

Na verdade, a maximização dos resultados depende em muitos aspectos da eficiência e do custo dos serviços.

Um fator como a terceirização deixa a gestão vulnerável em vários aspectos, como: dependência de mão de obra externa que não possui qualquer vínculo com as políticas públicas; a dependência de alguns serviços especializados como lavanderia, exames, nutrição que têm onerado contratos acima dos índices inflacionários etc.

Na análise dos gastos totais verifica-se que somente houve variação positiva de gastos na faixa etária abaixo de um ano de idade e acima de 45 anos. É de se estranhar esse comportamento haja vista que um dos fatores apontados por Medici & Marques (1996) para o aumento dos gastos com saúde é a incorporação de progresso técnico em saúde com novas formas de diagnóstico e terapia baseados em equipamentos sofisticados e medicamentos que, diferentemente do que ocorre em outros setores, não substitui trabalho por capital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É visível a mudança no perfil dos gastos quando analisamos distintas faixas etárias. Isso é motivado por diversos fatores, como: alterações na estrutura demográfica e no perfil epidemiológico da população, em especial em crianças abaixo de um ano de idade e maiores de 65 anos, reflexos das mudanças demográficas por que passa o país.

Importante salientar que, embora em menor proporção, as demais faixas etárias também são influenciadas com a transição demográfica. Esse comportamento deve ser fruto de investigação do setor de Planejamento em Saúde para que a oferta de serviços esteja compatível com as reais necessidade de acesso aos serviços de saúde pela população.

Além desses, outros determinantes ainda são apontados pela OPAS (2009), que influenciam nos gastos em saúde como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher.

Outro fator que tem influência direta nos gastos com saúde são os custos dos serviços hospitalares que, no Ceará, têm crescido bem acima da inflação, demonstrando a necessidade de monitoramento e melhor gerenciamento dos fatores de produção hospitalar.

Vale salientar que houve redução real dos recursos aplicados em internações hospitalares no Ceará entre 2000 e 2010, por parte do Governo Federal, podendo ser identificado como subfinanciamento, o que poderá impactar negativamente no acesso e no nível de saúde da população.

AGRADECIMENTOS

À técnica do Núcleo de Economia da Saúde da SES-CE, Leilane da Silva Benevenuto, pela ajuda no levantamento das informações e elaboração do gráfico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007**, regulamenta o financiamento e transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle.

CEARÁ. Governo do Estado. **Alocação Equitativa de Recursos para a Atenção Secundária e Terciária: Uma Proposta para o Estado do Ceará (BR). Relatório Final da Pesquisa**. Coordenação: Maria Helena Lima Sosua. Consultor: Roy Carr-Hill. Fortaleza-CE, 2005.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade. **Coleção Progestores** – Para Entender a Gestão do SUS. Volume 2, Financiamento, Brasília, 2011.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil:** em busca de Excelência. São Paulo: Singular, 2009.

MEDICI, A. C.; MARQUES, R. M. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Qualidade em Saúde. São Paulo: **Cadernos Fundap**, nº 19 jan/abril/1996.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Demografia e saúde:** contribuição para análise de situação e tendência/Rede Integracional de Informações em Saúde. Brasília, OPAS, 2009.

OCKÉ-REIS, C. O.; CARDOSO, S. S. **Uma descrição do comportamento dos preços dos planos de Assistência à saúde – 2001-2005.** Texto para discussão nº 1232, Rio de Janeiro, IPEA, 2006.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, n. 1, 2006, p. 157-185.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B. Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo. Brasil: **Radiografia da Saúde.** Org.: Barjas Negri e Geraldo Di Giovanni. Campinas, PS: UNICAMP, IE, 2001, p. 555-578.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Cienc. e Saúde Coletiva**, Abrasco. Volume 12, nº 4. Agosto/2007.

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E SOCIOECONÔMICOS

Tatiana Uchôa Passos
Clemilson Nogueira Paiva
Waldelia Santos Monteiro
Regina Cláudia Furtado Maia
Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

Quando se fala em tecnologias em saúde, no imaginário da população em geral, possivelmente venha logo a imagem de equipamentos caros e sofisticados que possam ser utilizados para o tratamento de um indivíduo ou enfermidade. Recorrendo-se ao dicionário Aurélio observa-se que o verbete “tecnologia” deriva do grego *tkhne* (técnica, arte, ofício) e *logia* (estudo) e significa um conjunto de conhecimentos, ou princípios científicos, que se aplicam a um determinado ramo de atividade. Sendo assim, qualquer tipo de intervenção realizada ou criada com o intuito de promoção da saúde pode ser classificado como tecnologia em saúde. Nesse entendimento, não apenas o contato direto com o paciente é capaz de promover a saúde, mas sim todas as modalidades de tecnologias ou ferramentas que interajam diretamente com os pacientes, tais como medicamentos e

equipamentos (tecnologias biomédicas) e procedimentos médicos como anamnese, técnicas cirúrgicas, além das normas técnicas de uso de equipamentos e os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com saúde são oferecidos (AMORIM *et al.*, 2010).

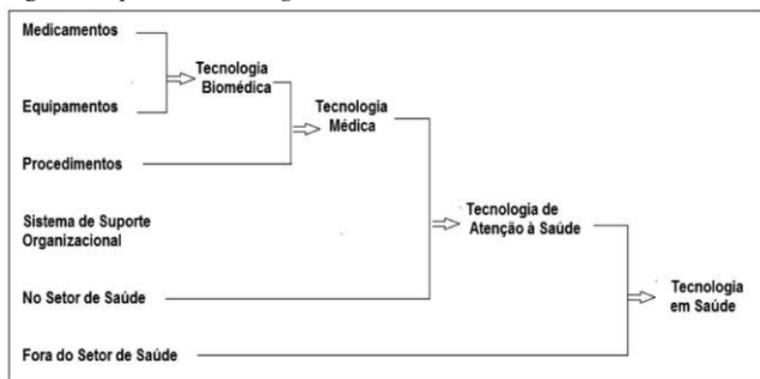
A tecnologia de saúde é definida como uma intervenção que pode ser usada para promover a saúde, prevenir, diagnosticar ou tratar a doença aguda ou crônica, ou para a reabilitação. Tecnologias de saúde incluem produtos farmacêuticos, dispositivos, procedimentos e sistemas organizacionais utilizados nos cuidados de saúde (INAHTA, 2015). Liapopoulos (1997 *apud* BRASIL, 2009a) hierarquizou as tecnologias em saúde, como podemos observar na figura 1.

Com o crescimento econômico, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, muitos países se viram diante da necessidade de reconstrução, o que incluía os sistemas de saúde. Todavia, a restrição de recursos impulsionou que novas tecnologias tivessem de ser criadas. Cabe lembrar que muitas intervenções da prática clínica eram lesivas ou pouco efetivas para a saúde da população. Assim, a inovação de saúde marcou a época, mas criou discussões sobre o custo dessas tecnologias e a possibilidade de alcance à grande população. Ou seja, a garantia de uma assistência integral à população utilizando essas novas estratégias representaria um grande desafio para o sistema de saúde (BRASIL, 2009a).

Diante disso, surgiu a necessidade de avaliar a viabilidade dessas tecnologias. O processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é abrangente e analisa os impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde, levando em consideração aspectos como eficácia, efetivida-

de, segurança, custos, custo-efetividade, entre outros. Dessa forma, a ATS consiste numa grande ferramenta de auxílio aos gestores em saúde para a tomada de decisões coerentes e racionais quanto à incorporação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2009b).

Figura 1: Espectro de Tecnologias em Saúde.



FONTE: Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação de tecnologias em Saúde: ferramentas para a gestão do SUS. p. 19. Brasília, 2009.

A ATS é a avaliação sistemática das propriedades e efeitos de uma tecnologia em saúde, abordando os efeitos diretos e destinatários desta tecnologia, bem como suas consequências indiretas e não intencionais, e voltada, principalmente, para informar a tomada de decisão em relação a tecnologias de saúde. ATS é conduzida por grupos interdisciplinares que utilizam estruturas analíticas explícitas na tiragem de uma variedade de métodos (INAHTA, 2015)

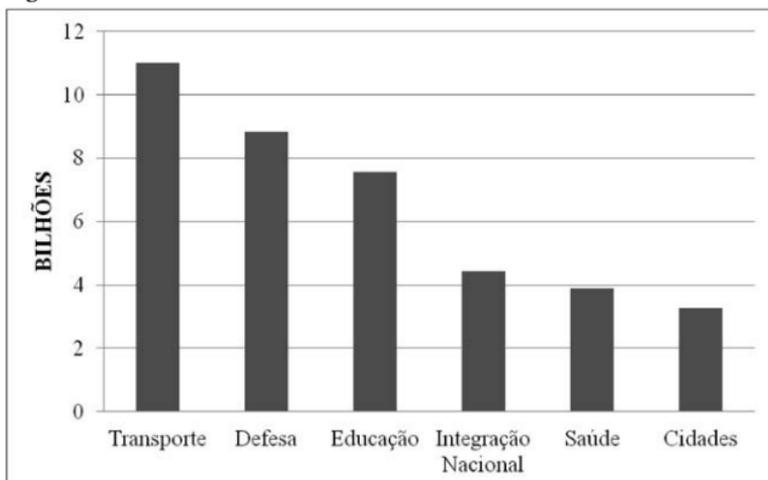
A avaliação das tecnologias objetiva também o uso racional destas, ou seja, uma seleção de tecnologias a serem financiadas e a identificação das condições ou subgrupos em

que elas deverão ser utilizadas, no sentido de tornar o sistema de saúde mais eficiente para o objetivo de proteger e recuperar a saúde da população (SILVA, 2003).

A ATS torna-se imprescindível, principalmente quando se observa que os recursos para a saúde são escassos em todo o mundo. No Brasil, os gastos com a saúde representam 8% do Produto Interno Bruto do País. No ano de 2013, os investimentos em saúde foram inferiores aos realizados nos ministérios de Transportes, Defesa, Educação e Integração Nacional (Figura 2) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

O que agrava mais ainda a situação e limita o setor saúde, é que 60% do montante investido na saúde são dispendidos em hospitais. Com a transição epidemiológica, é bem provável que essa demanda aumente, haja vista que a população envelhece e cresce o número de doenças, como as crônicas não transmissíveis, que demandam quase sempre o uso de tecnologias para tratamento e, frequentemente também, para a prevenção (NUNES *et al.*, 2013). O contínuo desenvolvimento de novas tecnologias e a sua incorporação nos sistemas de saúde é um dos principais determinantes do aumento do gasto em saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande incorporador de tecnologias. De acordo com Silva, Petramale e Elias (2012), somente o Ministério da Saúde compra cerca de R\$8 bilhões em medicamentos, equipamentos e produtos de saúde por ano.

Figura 2: Investimento em Ministérios no Brasil em 2013.



FONTES: Conselho Federal de Medicina, 2014.

O extraordinário aumento do número de tecnologias produzidas e incorporadas nas últimas décadas tem sido associado à queda na mortalidade. Por outro lado, é necessário evidenciar os problemas na utilização das tecnologias e isso vem sendo apresentado em vários estudos, tanto pelos que não encontraram evidência científica para procedimentos larga e longamente utilizados quanto por aqueles que mostraram grande variação no uso de tecnologias sem variação no resultado. Em alguns casos, existe a comprovação de que tecnologias comprovadamente sem efeito, ou com efeito deletério, continuavam sendo amplamente utilizadas, ao passo que aquelas comprovadamente eficazes apresentavam baixa utilização. Outro erro comum é a utilização de tecnologias fora das condições nas quais se mostraram eficazes. Isso levanta a importância do uso racional de tecnologias (SILVA, 2003).

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE: REFLEXÕES HISTÓRICAS, POLÍTICAS E IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS

A avaliação tecnológica na área da saúde, como área de conhecimentos e práticas, teve início nos Estados Unidos, na década de 1970, vinculada às atividades do Poder Legislativo americano. Posteriormente, se desenvolveu nos países da Europa Ocidental como parte da gestão dos sistemas de saúde, especialmente naqueles com sistemas de saúde públicos e de cobertura universal (Holanda, Suécia e Reino Unido) (NOVAES; ELIAS, 2013).

A partir de 1982, na França, o custo da ATS em hospitais passou a ser um tema explorado, o *Comité d'Évaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques* (Comitê de Avaliação e Disseminação de Inovações Tecnológicas) passou a direcionar suas preocupações com este tipo de avaliação, sendo o primeiro centro europeu de ATS hospitalar. O referido comitê francês passou a inspirar outros países, o que levou à criação de um subgrupo de interesse denominado *Hospital Based Health Technology Assessment* (Hospital Based HTA) na *Health Technology Assessment International* (HTAi) (NUNES *et al.*, 2013).

O estudo das diferentes tecnologias, de suas consequências biomédicas e de seu custo social contribui para a melhor compreensão dos problemas identificados nos serviços de saúde. Isso facilita a formulação de ações que possam interferir no sistema. Gestores governamentais da área da saúde na Austrália e em países da América do Norte e da Europa Ocidental passaram a considerar, a partir do início da década de 1990, a produção e o uso de evidências cientí-

ficas nas políticas de regulação e nos padrões de incorporação e de utilização de tecnologias. Novas discussões sobre o impacto dessas políticas surgem a cada dia e consideram que o conhecimento em saúde se articula numa perspectiva populacional e social, de forma a transpor os limites da prática clínica individual (BRASIL, 2010).

A Lei Orgânica da Saúde, de 1990, trouxe formalmente, no Brasil, o incentivo à pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde. Políticas científicas e tecnológicas específicas para a área da saúde foram iniciadas em 1994. Entre elas está a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTS), formalizada dez anos depois, em 2004, incluindo, entre as suas estratégias, a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) como instrumento que contribui para o aprimoramento da capacidade regulatória do Estado na incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde (NOVAES; ELIAS, 2013).

Isso é necessário também porque gestores de todas as instâncias do SUS são constantemente pressionados para que tecnologias novas e emergentes sejam incorporadas. Grande parte dessa pressão é norteadada pelo desconhecimento acerca da viabilidade técnica e financeira da adoção dessas tecnologias, bem como das consequências do seu uso para a saúde da população (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012).

O fluxo para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) foi normatizado pela primeira vez, por meio da Portaria nº152, de 19 de janeiro de 2006, e da Portaria nº 3.323, de 27 de dezembro de 2006, sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). No ano de 2008, a Portaria nº 2.587, de 30 de outubro (revogada pela

Portaria nº 203, de 7/02/2012) transferiu a coordenação da Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) foi criada pela Lei 12.401, de 28 de abril de 2011, substituindo a CITEC. Mais adiante, a função da CONITEC será melhor discutida, todavia já é percebida a necessidade da construção de um sistema de organização das tecnologias em saúde (CONITEC, 2015).

No Brasil, ocorreram pesquisas e encontros pontuais em ATS, principalmente no meio acadêmico ao longo dos anos 1980 e início dos anos 1990. Na década de 1990, o Ministério da Saúde obteve financiamento externo do Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para o fortalecimento do SUS. Esta verba destinou-se à aquisição de equipamentos médico-hospitalares e ao aprimoramento da gestão e proposta de avaliação dos sistemas e serviços de saúde, incluindo a avaliação tecnológica, por recomendação dos próprios agentes financiadores. A partir do final da década de 1990, o Ministério da Saúde desenvolveu iniciativas para buscar o estabelecimento de políticas de avaliação de tecnologias na sua estrutura regimental. A institucionalização das ações de ATS no âmbito do SUS teve início em 2000, a partir da criação do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Entre 2003 a 2004, foi criado um grupo de trabalho no âmbito do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde. Em 2004, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde estipulou o campo da ATS como estratégia de aprimoramento da capacidade regulatória do Estado. No ano seguinte, na Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insu-

mos Estratégicos (SCTIE), no seu Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), uma coordenação específica responsável pela implantação e disseminação das ações de ATS no SUS, tanto na produção de conhecimento quanto no uso da gestão em saúde. Após quatro anos, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) foi aprovada nas instâncias deliberativas do SUS (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012; NOVAES; ELIAS, 2013).

De acordo com a Portaria nº 2.690, de 2009, é objetivo geral da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade, visando (i) orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; (ii) nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população; (iii) promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde; (iv) sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; e (v) fortalecer o uso de critérios e processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade (BRASIL, 2009b).

A PNGTS foi elaborada por um comitê com representação de múltiplas instâncias políticas e aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Comissão de In-

tergestores Tripartite (CIT). A Comissão de Incorporação foi criada como uma das diretrizes dessa política, com o objetivo de estruturar fluxo para demandas de incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias no SUS. O propósito era contribuir para a maximização dos benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis e o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade. Também compõem a PNGTS os processos de (i) produção, sistematização e difusão de estudos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e (ii) adoção de um fluxo para incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias pelo SUS (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012; NOVAES; ELIAS, 2013).

No processo de ATS podem atuar centros de pesquisa, indústria (equipamentos, produtos e medicamentos), universidades, órgãos governamentais (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Vigilância Sanitária Estaduais e Municipais – VISAS e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS), instituições de saúde (hospitais privados e públicos, postos de saúde etc.), operadoras de planos de saúde, sociedades profissionais (incluindo as diversas sociedades por especialidades) e grupos de representantes de pacientes (BRASIL, 2009a).

Na fase de desenvolvimento da tecnologia, as avaliações muitas vezes são realizadas pela indústria, os centros de pesquisa e as universidades. O problema é que algumas avaliações são mais ou menos rigorosas e, dependendo do produto, devem ser realizadas para fins de solicitação do registro do produto na ANVISA, a qual pode ainda utilizar

outras avaliações para conceder o registro, tais como inspeção de Boas Práticas de Fabricação e certificações do produto (BRASIL, 2004).

Por outro lado, os órgãos do Governo precisam de outros estudos de avaliação para que as tecnologias sejam incorporadas. Esse processo de incorporação é também de interesse dos outros personagens citados anteriormente (operadoras de planos de saúde, instituições de saúde, sociedades profissionais e grupos de pacientes). Nesse processo de avaliação, adota-se um enfoque abrangente da tecnologia, com realização de análises nas diferentes fases do ciclo de vida da tecnologia – inovação, difusão inicial, incorporação, ampla utilização e abandono, a partir de diferentes perspectivas. A avaliação de uma tecnologia em saúde deveria primariamente considerar os impactos sociais, éticos e legais associados à tecnologia, contudo outros atributos (eficácia, efetividade, segurança e custo) são básicos e acabam por anteceder os anteriores, dado que um resultado negativo em algum deles pode ser suficiente para impedir a comercialização da tecnologia (BRASIL, 2009a).

Entende-se por eficácia a probabilidade de que indivíduos de uma população obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia em condições *ideais* de uso. A efetividade é probabilidade de que indivíduos de uma população obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia a um determinado problema em condições *normais* de uso. Já o risco é a medida da probabilidade de um efeito adverso ou indesejado e a gravidade desse efeito à saúde de indivíduos em uma população definida associado ao uso de uma tecnologia aplicada em um dado problema de saúde em condições específicas de uso. A segurança é o risco aceitável em

uma situação específica. E os custos em saúde são o valor da melhor alternativa não concretizada em consequência de se utilizarem recursos escassos na produção de um dado bem e/ou serviço. Avalia-se também o impacto social, ético e legal como todos os impactos não relacionados à efetividade, à segurança, e aos custos, incluindo as consequências econômicas secundárias para indivíduos e comunidades (PIOLA; VIANNA, 2002).

Em 2008, foi implantada a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), com o intuito de aproximar as instituições acadêmicas e os serviços de saúde, produzindo e sistematizando informações necessárias aos processos de tomada de decisão de incorporação de tecnologias no SUS no Ministério da Saúde e em secretarias estaduais e municipais de saúde (NOVAES; ELIAS, 2013).

Recentemente, no Encontro Internacional de Avaliação Tecnológica em Saúde (HTAi), realizado em Oslo, ressaltou-se que o Brasil possui conhecimentos sólidos em ATS, sempre buscando tomar decisões para a incorporação de novas tecnologias baseado em evidências por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (Conitec), destacando também o papel da REBRATS, a qual conta com 84 instituições em todo o território nacional com o intuito de auxiliar o processo de tomada de decisão (STUWE; BELLANGER; PICON, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), que gere a REBRATS, esta Rede contribui para a promoção e difusão da ATS no Brasil, por meio dessa ponte entre pesquisa, política e gestão. Com a REBRATS, dá-se prioridade aos estudos relacionados ao sistema de saúde.

de brasileiro, contribuindo para a formação e a educação continuada na área, padronizando os estudos em ATS, de forma a facilitar a validação da qualidade destes. A gestão da REBRATS é realizada por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS).

Assim, a REBRATS possui como comitê executivo a DECIT, mas também representantes das agências reguladoras (ANVISA, ANS), representantes de agências de fomento à pesquisa (CNPq, FINEP), e gestor do Sistema de Informação da REBRATS (DATASUS). Possui como parcerias internacionais a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 2015).

A fim de estreitar essa ponte entre o governo e os pesquisadores, foi criada a base de dados SISREBRATS, que corresponde ao sistema de informação da REBRATS, em que há livre acesso a estudos de Revisão Sistemática, Avaliação Econômica, Parecer Técnico-Científico e outros relacionados à ATS. Também é possível que pesquisadores da área também possam cadastrar seus estudos para divulgação na rede eletrônica. Após a submissão, os estudos são avaliados quanto à qualidade metodológica por consultores *ad hoc* (BRASIL, 2015).

Entre as principais atividades da REBRATS estão a priorização e fomento de estudos no campo de ATS, o desenvolvimento e avaliação metodológica em ATS, a formação profissional e educação continuada, o monitoramento do horizonte tecnológico e a disseminação e informação.

Para a priorização e fomento de estudos no campo de ATS, há a definição de prioridades e elaboração de termos de referência sobre tipos de estudos necessários; estabelecimento de fluxos para recebimento dos resultados dos estudos, análise, revisão e avaliação dos conteúdos; encomenda de instrumentos para monitoramento da execução dos estudos. Para o desenvolvimento e avaliação metodológica em ATS, estabelece-se um padrão metodológico adequado para estudos com a avaliação por banco de consultores *ad hoc*, conforme citado. Já para a formação profissional e educação continuada, são criados Núcleos de ATS (NATS) nas Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP), o que viabiliza os contratos entre os gestores do SUS e os hospitais de ensino, criando uma cultura de avaliação tecnológica baseada em evidências por meio de educação, graduação e Pós-Graduação. Assim, tem-se a formação de pesquisadores com investimento para extensão, iniciação científica, Mestrado, Doutorado, Pós-Doutorado (OPAS, 2015).

O monitoramento do horizonte tecnológico é feito por meio do mapeamento de redes e grupos, nacionais e internacionais, identificando grupos com maior experiência e as suas metodologias, organizando encontro entre esses grupos, para discutir os resultados de busca, oficinas, identificação de bancos de dados já utilizados para o monitoramento ou de tecnologias emergentes para o grupo de priorização etc. E, por fim, a disseminação e informação têm como meta a criação de ferramentas adequadas, web e outras, de modo a gerar a interação virtual entre os membros da REBRATS. Fazem parte desta meta fóruns e painéis, com identificação de experiências existentes em outras redes para adequar à nossa realidade, determinação de agenda ou de periodicida-

de para divulgação de estudos realizados, desenvolvimento de indicadores de qualidade etc. (OPAS, 2015).

Também compõem a REBRATS as Comissões de Avaliação de Tecnologias em Saúde (CATS), instituídas em 2009, com a finalidade de prestar assessoria ao gestor local no que tange à incorporação, difusão e obsolescência das tecnologias em saúde. A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) possui sua CAT. As CATS surgiram dando continuidade à tendência de criação de órgãos paralelos que dessem suporte à rede de avaliação de tecnologias em saúde. Em 2007, antes da criação da REBRATS alguns órgãos já eram instituídos no intuito de organizar os estudos e pesquisas em saúde. Surge nessa época a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CGTES) e do Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (NUCIT) na SESA. E no mesmo ano da REBRATS, em 2009, elaborou-se um projeto para criação dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e no Hospital Carlos Alberto Studart Gomes (HCASG), ambos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. E, posteriormente, em 2010, a instalação do NATS ocorreu no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) (BRASIL, 2015).

As CATS trabalham por meio de atividades de difusão, publicação, capacitação e organização, tais como elaboração e publicação do InfoCATS, publicação dos Regimentos da CATS/NATS, normas técnicas, por meio de manuais a serem distribuídos para a rede de Unidades de Saúde da SESA, capacitação dos trabalhadores dos NATS e dos setores afins etc. (BRASIL, 2015).

Em nível internacional, há a *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA). A história desta Rede Internacional de Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde (INAHTA) remonta a 1993, quando a rede foi fundada. Atualmente, esta organização sem fins lucrativos cresceu para 55 agências membros de 32 países em toda a América do Norte e na América Latina, Europa, África, Ásia, Austrália e Nova Zelândia. Todos os membros são organizações sem fins lucrativos que produzem ATS e estão ligados ao governo regional ou nacional (INAHTA, 2015)

Para a INAHTA, a tomada de decisões de cuidados de saúde requer a evidência certa no momento certo. Todos os dias há novas tecnologias da saúde disponíveis que podem melhorar os resultados dos pacientes e aperfeiçoar a eficiência do sistema de saúde. A INAHTA é uma rede de agências de ATS que suportam a tomada de decisão do sistema de saúde que afeta mais de 1 bilhão de pessoas em 35 países ao redor do globo. Com mais de 2.100 funcionários e consultores (INAHTA, 2015).

Além do INAHTA, o IATS (Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde) vem desenvolvendo sua atuação na produção de orientações e avaliações críticas de tecnologias em saúde no Brasil. Os resultados, também voltados a atender os interesses do SUS, se situam na área da pesquisa científica e tecnológica, na formação de recursos humanos e na disseminação do conhecimento. Possui um grupo de mais de oitenta pesquisadores das Universidades Federal e Estadual de São Paulo, Universidades Federal e Estadual de Pernambuco, Universidade Federal de Goiás, Universidade

Estadual do Rio de Janeiro, Universidade de Brasília, Hospital do Coração, Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (IATS, 2015).

Atuando, desde 2009, a missão do IATS é desenvolver, fomentar e disseminar a Avaliação de Tecnologias em Saúde no Brasil com rigor científico e transparência, auxiliando no processo de tomada de decisão e no uso eficiente de recursos. São objetivos do IATS: desenvolver a pesquisa científica na Avaliação de Tecnologias em Saúde; estabelecer grupo de pesquisadores com habilidades e capacidade tecnocientífica para executar avaliação plena de tecnologias; constituir grupo de profissionais qualificados, incorporando aspectos sociais, legais e éticos; participar no desenvolvimento da rede de apoio às ações de gestão de tecnologias em saúde do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais, através de produtos técnicos como relatórios, desenvolvimento de *softwares* e sistemas informatizados; contribuir na construção de um polo nacional de prestação de serviço em avaliação de tecnologia no âmbito das necessidades da sociedade, tanto do ponto de vista do Sistema Único de Saúde quanto da medicina complementar; e fortalecer as políticas em saúde relacionadas com a incorporação e o monitoramento de tecnologias leves e de maior complexidade (IATS, 2015).

No Brasil, a já citada CONITEC, criada em 2011, ampliou a participação da sociedade, e do próprio Ministério da Saúde no processo de inserção de tecnologias no SUS. A participação social, já comum no Conselho Nacional de Saúde (CNS), inclui representantes de entidades e movimentos de usuários, de trabalhadores da área da saúde, do

governo e de prestadores de serviços de saúde. Já Estados e Municípios participam por meio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Ainda, tem-se a participação do Conselho Federal de Medicina (CFM), como órgão de classe envolvido diretamente com a legitimação das ações e procedimentos médicos. Dessa forma, consolida-se o papel da CONITEC de assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novas tecnologias em saúde, como medicamentos, produtos e procedimentos, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (CONITEC, 2015).

A CONITEC é assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS e conta com o apoio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no processo de análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, com a exigência do registro prévio do produto na ANVISA para que este possa ser avaliado para a incorporação no SUS. Além disso, a comissão também realiza a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes, constituindo ou alterando Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT (CONITEC, 2015).

A ANVISA atua na administração indireta, desde 2000, normatizando a entrada no mercado brasileiro dos

produtos oriundos do complexo industrial da saúde e os seus correspondentes usos público e privado nos diferentes setores de serviço, além de participar da construção do acesso a essas tecnologias. A partir de 2003, com a criação de uma unidade organizacional dedicada à área de avaliação econômica de tecnologias em saúde, que a ANVISA passou a ter uma atuação mais forte na área de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). Em 2004, a ATS passa a ser aplicada à tomada de decisão relativa aos preços de novos medicamentos, com participação ativa da ANVISA. A Agência também coordena a Rede de Hospitais Sentinela, que possuem por objetivo construir uma rede de serviços em todo o país preparada para notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde em uso no Brasil (BRASIL, 2010).

Verifica-se também uma forma indireta de aplicação da ATS, como ocorre em hospitais universitários que vêm utilizando a medicina baseada em evidências como estratégia para avaliação de tecnologias. No âmbito do Conselho Nacional de Saúde, destaca-se o papel da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que atua no sentido de garantir e resguardar a integridade e os direitos dos sujeitos participantes de pesquisas (BRASIL, 2010).

Voltando ao âmbito internacional, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) também contribui para a avaliação de tecnologias em saúde. Foi criado em 1999, com o nome de *National Institute for Clinical Excellence*, uma autoridade especial de saúde, para reduzir a variação na disponibilidade e qualidade dos tratamentos e cuidados em saúde. Em 2005, após a fusão com *Health Development Agency*, começou a desenvolver orientações de

saúde pública para ajudar a prevenir problemas de saúde e promover estilos de vida mais saudáveis. Após alguns anos, o instituto passou por outras denominações e mudanças nas ações desenvolvidas. Atualmente, atua independente do governo, elaborando recomendações são feitas por comissões próprias. Com escritórios em Londres e em Manchester, o papel da NICE é melhorar os resultados para as pessoas que utilizam o *National Health Service* britânico (NHS) e outros serviços de saúde pública e assistência social. Isto busca ser alcançado com as seguintes metas: produzir orientação baseada em evidências e conselhos para a saúde, saúde pública e profissionais de cuidados sociais; desenvolver de normas de qualidade e métricas de desempenho para os que oferecem e comissionamento de saúde, saúde pública e serviços de cuidados sociais; fornecer uma gama de serviços informativos para os Comissários, profissionais e gestores de todo o espectro da saúde e da assistência social; e da orientação e aconselhamento baseada em evidências (NICE, 2015).

A ATS se constitui como uma ferramenta técnica de regulação do ciclo de vida das tecnologias, em suas diferentes fases, através de atividades como as de registro e as associadas ao financiamento de sua utilização, haja vista que o ciclo de vida das tecnologias tem sido cada vez mais regulado/influenciado pelos governos e planos de saúde. No Brasil, o governo hoje regula o ciclo de vida das tecnologias médicas através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), embora decisões do Judiciário também influenciem a utilização de tecnologias de alto custo (SILVA, 2003).

Da institucionalização das ações de ATS no âmbito do SUS em 2000, até a criação da PNGTS os principais avanços no campo da ATS foram os seguintes: (i) Padronização de métodos: diversos guias e manuais foram produzidos como forma de disseminar e harmonizar métodos de estudos de ATS. Atualmente, quatro publicações estão disponíveis: *Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos*; *Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde*; *Manual de Análise de Impacto Orçamentário de Tecnologias em Saúde*; e *Proposta de Monitoramento do Horizonte Tecnológico no SUS*; (ii) Priorização, produção e fomento de estudos, com base nos seguintes critérios: relevância epidemiológica; relevância para a política e os serviços de saúde; conhecimento avançado sobre o tema; viabilidade operacional; e demanda social/judicial como exigência de ações do Estado; (iii) Desenvolvimento institucional: capacitação de quadros estratégicos e a estruturação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) constituem as principais ações; (iv) Cooperação internacional. Articulação com diversas redes e organismos internacionais na área de ATS (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços citados, alguns elementos reforçam a necessidade de uma Política Nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde sempre ativa. O acentuado desenvolvimento científico e tecnológico e a expansão do complexo industrial da saúde, que levam à inserção acelerada de novas tecnologias no mercado torna indispensável a ATS. Além disso, precisa-se de um cuidado com a elevação dos custos

em saúde, haja vista que os processos de inovação tecnológica podem acarretar aumento destes gastos devido aos renovados investimentos em infraestrutura e capacitação de recursos humanos.

Outra necessidade é uma triagem dos métodos diagnósticos e terapêuticos gerados em países desenvolvidos que, muitas vezes, são exportados para os países em desenvolvimento sem avaliação dos efeitos esperados e sem levar em consideração as necessidades epidemiológicas e a capacidade instalada desses países. Com isso, tornam-se inúteis e correspondem a grandes prejuízos aos cofres públicos, além de gerar riscos para os usuários e comprometendo a efetividade do sistema de saúde. Esses são alguns dos problemas relacionados à incorporação sem critérios explícitos e o uso inadequado destas tecnologias.

Outro fato relacionado à inclusão de novas tecnologias, é que o processo de difusão inicial cria demandas por novas tecnologias e gera uma pressão sobre o sistema para que haja a incorporação, ainda que não se conheça a sua efetividade e, tampouco, tenham sido calculados os recursos financeiros necessários para incorporação. Muitas vezes, as inovações ficam restritas às grandes cidades.

Por fim, vale também a reflexão sobre a crença de que, isoladamente, as tecnologias resolverão os problemas de saúde e promoverão mais qualidade de vida, garantindo maior resolutividade às ações e aos serviços. É sabido que a saúde envolve um contexto complexo de influência de inúmeros fatores. Tecnologias são necessárias e fundamentais, mas dependem de uma boa estrutura econômica, ambiental e social de um país.

REFERÊNCIAS

AMORIM, F. F. *et al.* Avaliação de Tecnologias em Saúde: Contexto Histórico e Perspectivas. **Comunicação em Ciências da Saúde**. v. 21, n. 4, pp. 343-348, 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio**: o dicionário da Língua Portuguesa. 8 ed. Positivo. Curitiba, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Produtos para a Saúde**: Registro de Produto. 2004.

_____. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**: Ferramentas para a Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos**, 2009b.

_____. **Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – REBRATS**. 2015. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/institucional/historico>>. Disponível em: 21 de agosto de 2015.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS – CONITEC. **Histórico Institucional**. 2015. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/index.php/historico-institucional>>. Acesso em: 21 de agosto de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Saúde representa só 8% do total de investimentos públicos no Brasil**. Fevereiro de 2014. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24511:saude-representa-so-8-do-total-de-investimentos-publicos-no-brasil&catid=3. Acesso em 23 de agosto de 2015.

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE – IATS. **O IATS**. 2015. Disponível em: <<http://www.iats.com.br/?p=sobre>>. Acesso em: 21 de agosto de 2015.

LIAROPOULOS, L. *Do we need 'care' in technology assessment in health care, letter to the editor. International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 13, n. 1, p. 125-127, 1997.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – NICE. *About NICE*. 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/about>>. Acesso em 21 de agosto de 2015.

NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. S. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 29, sup. S7-S16, 2013.

NUNES, A. A. et al. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 29, sup. S179-S186, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Organização Mundial da Saúde. Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde (REBRATS). Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=846:redre-brasileira-avaliacao-tecnologias-saude-rebrats&catid=755:bra-principal>. Acesso em 21 de agosto de 2015.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Economia da Saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. 3 ed. Brasília: IPEA, 2002.

SILVA, H. P.; PETRAMALE, C. A.; ELIAS, F. T. S. Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, pp. 83-90. 2012.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2., pp. 501-520. 2003.

STUWE, L. T.; BELLANGER, M. M.; PICON, P. D. *Transferable lessons from health technology assessment in Brazil to emerging countries. HTAi Annual Meeting*, 15-17 June 2015, Oslo, Norway.

THE INTERNATIONAL NETWORK OF AGENCIES FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT – INAHTA. *About INAHTA*. Disponível em: <<http://www.inahta.org/about-inahta/>>. Acesso em: 21 de Agosto de 2015.

TENDÊNCIA DOS GASTOS COM INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MENORES DE CINCO ANOS NO CEARÁ

Líllian de Queiroz Costa

Elzo Pereira Pinto Junior

Francisca Geisa de Souza Passos

Letícia de Araújo Almeida

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde configuram-se como ferramentas importantes para avaliar e monitorar a prestação dos serviços de saúde. Um desses indicadores são as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) que correspondem a problemas de saúde cuja atenção primária oportuna e de boa qualidade diminuiria o seu risco de hospitalização (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

As ICSAP são indicadores indiretos da efetividade do primeiro nível de atenção à saúde e o monitoramento dessas hospitalizações torna-se fundamental para apoiar a tomada de decisão, especialmente no sistema de saúde primário, a fim de enfrentar o excesso de internações evitáveis (NEDEL *et al.*, 2010; BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

Nos últimos 30 anos, os indicadores brasileiros de saúde da criança vêm apresentando significativa melhoria, destacando-se a redução da mortalidade infantil. Porém, as persistentes desigualdades regionais, diferenças acentuadas nas áreas urbanas e entre grupos étnicos com relação aos indicadores de saúde infantil contrastam com um País tão desenvolvido sob a ótica da economia e da tecnologia (LEITE; CUNHA; VICTORA, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2008, a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (BRASIL, 2008). Esta lista compreendeu um trabalho de validação desempenhado por diversos especialistas da Saúde Coletiva do Brasil, e abrange 19 grupos de diagnósticos que foram considerados sensíveis à Atenção Primária a Saúde (APS), sendo classificados de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Com relação às internações sensíveis em crianças, os estudos demonstram o maior predomínio das condições agudas nas internações pediátricas, como as causadas por afecções das vias respiratórias e as gastroenterites. Além disso, nas crianças as taxas de hospitalizações geralmente aumentam com a diminuição da idade, o contrário do que ocorre entre os adultos (CAMINAL *et al.*, 2002; CALDEIRA *et al.*, 2011).

Pesquisa realizada por Barreto e colaboradores (2012) no Piauí, acerca das ICSAP em menores de cinco anos, verificou que em 2010, quase metade (48,6%) das internações em crianças menores de um ano se deu por causas sensíveis à atenção primária, sendo esse percentual ainda maior (65,5%) na população de faixa etária entre 1 e 4 anos.

No que diz respeito aos gastos com internações sensíveis, estudo ecológico realizado na região de saúde de São José do Rio Preto, interior paulista, verificou que o gasto referente às ICSAP nos municípios dessa região totalizou R\$ 30.370.691,08. Este valor correspondeu a 17,0% do total gasto com internações gerais de pacientes residentes nos municípios. Nos três anos analisados, os maiores gastos nas ICSAP ocorreram com os diagnósticos de angina (35,7%), insuficiência cardíaca (22,5%) e doenças cerebrovasculares (13,4%) (FERREIRA *et al.*, 2014).

Em Pelotas, Rio Grande do Sul, as taxas de ICSAP, no período entre 1995 a 2004, apresentaram tendência de declínio e os custos com tais hospitalizações evitáveis seguiram a queda observada nas taxas de internações. Segundo os autores, a diminuição encontrada nas taxas de ICSAP pode estar relacionada à qualificação dos serviços de atenção básica. Entretanto, os resultados podem ser decorrente do financiamento do sistema de saúde. Os valores de pagamento desses procedimentos são baixos e podem estar direcionando os hospitais a uma redução na oferta de leitos (DIAS-COSTA, 2008).

Este estudo objetivou descrever a tendência dos gastos com Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos no estado do Ceará, no período de 2000 a 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, no qual a unidade de análise se refere a grupos e não a in-

divíduos de forma isolada, tendo como resultado medidas agregadas representadas por taxas, indicadores, proporções ou qualquer outra estatística de um ou mais grupos (LO-PES, 2013). Os agregados dessa pesquisa constituíram os municípios do Ceará, sendo o componente temporal investigado o período compreendido nos anos de 2000 a 2012.

A população do estudo foi composta por indivíduos com idade inferior a cinco anos de idade que residem nos municípios cearenses e que foram hospitalizados na rede conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) de janeiro de 2000 a dezembro de 2012. Foram investigados os gastos com as hospitalizações nos subcomponentes etários das crianças menores de cinco anos: crianças de 0 a 6 dias de vida, crianças de 7 a 27 dias, crianças de 28 dias até menos de 1 ano, menores de 1 ano, crianças de 1 a 4 anos de vida e menores de 5 anos.

A fonte dos dados da pesquisa foram os bancos de domínio público, cujo acesso se dá pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS. O sistema de informação utilizado para acesso aos dados sobre os gastos com as hospitalizações sensíveis a atenção primária foi o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) que é alimentado pelas guias de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A extração dos dados foi realizada por meio da utilização do software Tab para o Windows – TabWin versão 3.6b. Os dados do TabWin foram transferidos para o programa Microsoft Excel® 2010 para consolidação dos dados e criação das tabelas e gráficos com os gastos totais e gastos médios com ICSAP.

Os gastos foram calculados para cada componente etário investigado e para cada ano da série longitudinal. O gasto total correspondeu ao valor bruto utilizado pelo estado do Ceará com as ICSAP em determinada faixa etária e ano, enquanto o gasto médio foi calculado pela razão entre o gasto total com ICSAP em cada faixa etária e a quantidade de hospitalizações nesse mesmo componente etário no Ceará. Posteriormente, os valores foram corrigidos com base no Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas tendo como base o ano 2000.

Este trabalho é um recorte de um projeto que foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo parecer favorável para a realização da pesquisa sob o número 923.491 em 11/12/2014.

RESULTADOS

As internações sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos no Ceará, no período investigado (2000-2012), sofreram uma redução considerável, passando de 35.989 hospitalizações, em 2000, para 17.358, no ano de 2012. A taxa de ICSAP em menores de cinco anos passou de 32,5/1.000 habitantes em 2000 para 11,2/1.000 habitantes em 2012, correspondendo a uma redução de 65,5%.

Os gastos totais corrigidos com as ICSAP em menores de cinco anos no Ceará reduziram de R\$ 8.905.179,00, em 2000, para R\$ 3.275.302,00, em 2012. Na análise por grupos etários, apenas as internações em pacientes de 0 a 6 dias de vida apresentaram um aumento significativo seguido durante quase todos os anos da série histórica, representando

R\$ 47.748, no ano 2000, e R\$ 152.930 em 2012, o que correspondeu um aumento de 220,03% em 13 anos. (Tabela 1).

No que se refere aos gastos totais relativas às ICSAP para pacientes entre 7 a 27 dias de vida os valores gastos totais apresentaram comportamento de redução, passando de R\$98.044 em 2000 para R\$54.102 em 2012. Entretanto, houve flutuações discretas com aumentos e reduções nos valores gastos com essas ICSAPS, durante todo este período (Tabela 1).

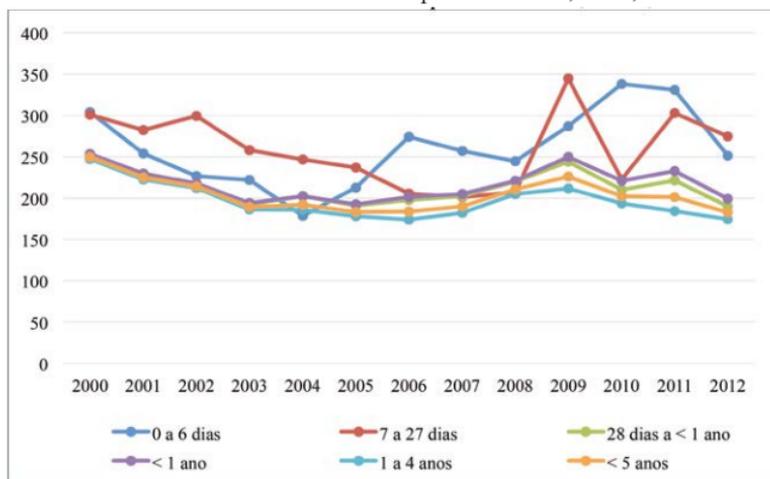
No que se refere aos gastos totais relativas às ICSAP nos demais grupos etários, houve diminuição dos valores gastos de modo geral. A maior redução ocorreu no grupo de crianças de 28 dias até menos de um ano, passando de R\$ 3.569.661 (2000) para R\$ 966.982 (2012), um decréscimo de 72,9% analisando o primeiro e último ano da série. Nos menores de 1 ano, houve também um decréscimo significativo, 68,4%, nos valores totais gastos com ICSAP, caindo de R\$ 3.715.453 em 2000 para R\$ 1.174.015 em 2012.

Com relação aos demais subcomponentes etários analisados, observou-se redução do valor total gasto com as ICSAP de modo geral: nas crianças de 1 a 4 anos redução de R\$5.189.726 (2000) para R\$ 2.101.287 (2012) e para menores de 5 anos os valores passaram de R\$ 8.905.179 (2000) para R\$ 3.275.302 (2012), quedas de 59,5%;

63,2% respectivamente.

A análise dos gastos médios com ICSAP em menores de cinco anos e em seus componentes etários revelou comportamento mais diversificado do que o encontrado para gastos totais (Gráfico 1).

Gráfico 1: Gastos Médios com as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos e subcomponentes etários, Ceará, 2000-2012.



Fonte: SIH-SUS(2014)

Para os pacientes de 0 a 6 dias, internados por condições sensíveis à Atenção Primária, notou-se comportamento variado dos gastos médios. De 2000 a 2004, notou-se tendência de redução, enquanto entre 2005 a 2010 houve um aumento dos gastos, retornando a um comportamento de queda nos dois últimos anos da série. Houve uma pequena redução, 17,3%, do gasto médio analisando o primeiro e o último ano da série. Considerando-se a faixa etária de 7 a 27 dias de vida, os gastos médios com ICSAPS, passaram R\$ 300,75 no ano 2000, para R\$ 274,63 em 2012, uma diminuição de apenas 8,7% (Tabela 2).

Com relação aos gastos médios com as hospitalizações sensíveis à atenção primária para os pacientes de 28 dias a menores de 1 ano, assim como nas anteriores, também observou-se uma redução geral de R\$ 251,56, no ano 2000, para R\$ 190,05, em 2012, queda de 24,5%. Entretanto, entre

os anos de 2006 e 2009 houve um crescente aumento dos valores despendidos (R\$ 197,93 a R\$ 243,96), sendo, então acompanhado de uma redução no ano seguinte (R\$ 209,96) e novamente aumento em 2011 (R\$ 232,66).

Com relação aos gastos médios com as hospitalizações sensíveis à atenção primária nos demais grupos etários, observa-se de modo geral uma tendência de declínio nos valores dispensados a essas internações no Ceará. A maior redução foi observada no grupo de 1 a 4 anos de idade, passando de R\$ 247,31 em 2000 para R\$ 174,53 em 2012, uma diminuição de 29,4%. Todos os valores foram reduzidos quando comparados o ano inicial e final, passando, por exemplo, de R\$249,74 no ano de 2000 para R\$182,64 em 2012 na faixa etária dos menores de cinco anos, uma variação de 26,9%.

Este movimento de flutuações, observado nos valores dos gastos médios com ICSAP apresentados para os pacientes que se encaixam na faixa etária anterior, é acompanhado pelos valores revelados para aqueles pacientes que se enquadram na faixa etária para menores de 1 ano, que engloba as anteriores, como pode-se acompanhar na tabela 2, onde também há um crescente aumento dos valores entre os anos de 2006 e 2009 (R\$ 201,29 a R\$ 249,99), com posterior redução discreta em 2010 (R\$ 221,18) seguido de novo aumento em 2011 (R\$ 232,66).

Seguindo a tendência observada para as faixas etárias anteriores, gastos médios com ICSAP, para os paciente menores de 5 anos, também apresentaram redução de modo geral, passando de R\$249,74, no ano de 2000, para R\$ 182,64, em 2012, redução de 26,9%. Assim como também apresentou uma tendência de aumento dos valores médios entre os anos de 2006 a 2009 (R\$183,75 a R\$225,89) (Gráfico 1).

Tabela 1: Gastos Totais com as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos e subcomponentes etários, Ceará, 2000-2012.

Gastos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ%
Totais*	47.748	46.001	43.030	37.745	58.175	82.110	127.801	121.934	129.774	152.276	201.061	195.786	152.930	220,3
0 a 6 dias														
7 a 27 dias	98.044	74.804	94.260	67.929	63.844	65.195	92.078	92.376	76.805	119.349	52.304	89.131	54.102	-44,8
28 dias a < 1 ano	3.569.661	3.013.315	2.930.801	2.481.264	2.646.234	2.329.486	2.115.674	1.809.787	1.663.199	2.118.515	1.305.934	1.537.750	966.982	-72,9
< 1 ano	3.715.453	3.134.120	3.068.091	2.586.938	2.768.253	2.476.791	2.335.553	2.024.087	1.869.778	2.390.140	1.559.299	1.822.667	1.174.015	-68,4
1 a 4 anos	5.189.726	5.049.485	4.739.253	4.061.120	4.243.069	4.066.907	3.589.660	3.553.741	3.234.819	3.390.811	3.006.564	2.675.159	2.101.287	-59,5
< 5 anos	8.905.179	8.183.605	7.807.345	6.648.058	7.011.322	6.543.698	5.925.213	5.577.839	5.104.597	5.780.951	4.565.863	4.497.826	3.275.302	-63,2

Fonte: SIH-SUS (2014).

* Os valores foram corrigidos com base no Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas tendo como base o ano 2000.

Tabela 2: Gastos Médios com as Internações Por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos e subcomponentes etários, Ceará, 2000-2012.

Gastos Médios*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ%
0 a 6 dias	304,12	254,15	226,48	222,03	178,45	212,72	274,25	257,25	244,86	286,77	337,92	330,72	251,53	-17,3
7 a 27 dias	300,75	282,28	299,24	258,29	246,50	237,07	205,53	201,25	207,02	344,94	222,57	303,17	274,63	-8,7
28 dias a < 1 ano	251,56	228,45	215,74	192,64	202,10	190,79	197,93	202,19	219,91	243,96	209,96	221,32	190,05	-24,5
< 1 ano	253,22	229,84	217,75	194,32	202,37	192,43	201,29	204,79	220,91	249,99	221,18	232,66	199,22	-21,3
1 a 4 anos	247,31	222,23	212,13	186,38	185,57	177,92	173,89	182,25	205,11	211,52	193,65	184,52	174,53	-29,4
< 5 anos	249,74	225,08	214,30	189,39	191,86	183,15	183,75	189,83	210,63	225,89	202,24	201,41	182,64	-26,9

Fonte: SIH-SUS(2014)

* Os valores foram corrigidos com base no Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas tendo como base o ano 2000.

DISCUSSÃO

Verificou-se que, de modo geral, tanto os gastos totais como os gastos médios mostraram relevante redução quando observado o valor inicial, no ano de 2000, e final, valor observado no ano de 2012, apesar das flutuações dentro da série histórica.

No ano 2000, o valor do gasto médio em pacientes de 0-6 dias foi o maior, enquanto o gasto total foi o menor. O reduzido valor do gasto total pode ser explicado pelo reduzido número de hospitalizações nessa faixa etária, enquanto o elevado gasto médio com esses pacientes é consequência do alto grau de complexidade e tecnologia utilizada na assistência hospitalar, sendo, em muitos casos, necessária a utilização de serviços de terapia intensiva. No ano de 2009, os valores dos custos totais em todas as faixas etárias aumentaram significativamente, podendo ter sido ocasionado por algum aumento no número de internações por condições sensíveis a atenção primária, assim como o número de recidivas ou tempo de permanência no hospital, sugerindo uma possível fragilidade dos serviços de saúde ao público infantil.

Entretanto, após o aumento neste ano ocorre uma diminuição nos custos totais em 2012 em todas as faixas etárias, exceto a de 0-6 dias, que tende a uma constância em seus gastos, aproximando-se ao valor gasto em 2009.

No Brasil, a lista de ICSAP é apontada como alternativa para avaliação da Atenção Básica e de suas repercussões nos outros níveis de atenção, representando um conceito de internações potencialmente evitáveis ou que poderiam ser atendidas ambulatoriamente, tornando-se assim um espelho

das condições de acesso e dos cuidados primários direcionados ao atendimento da população (REHEM *et al.*, 2012).

Nesse contexto, a utilização de processos avaliativos contribui para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, para ampliar a resolubilidade do sistema (FERNANDES *et al.*, 2009).

A ideia é que a resolubilidade deve se refletir na diminuição das ICSAP, portanto, se existem crianças sendo hospitalizadas por problemas que deveriam ser resolvidos na atenção primária antes que fosse necessária a hospitalização, este é um problema da APS. (NEDEL *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Portanto, observa-se a relevância do monitoramento dos custos envolvidos com esse indicador, como uma forma de avaliar a qualidade da atenção primária prestada assim como das atividades de prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento das patologias agudas, bem como acompanhamento e controle das patologias crônicas. Em situações como esta o papel da Atenção Primária à Saúde é reduzir as complicações agudas da doença, as readmissões e o tempo de permanência no hospital, principalmente no que diz respeito à população infantil. (REHEM *et al.*, 2012; ALFRADIQUE *et al.*, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Entre as principais causas de ICSAP em crianças, segundo PREZOTTO *et al.* (2015), estão aquelas derivadas do ambiente, do cuidado familiar e da própria vulnerabilidade imunológica da criança, divergindo daquelas causas que acometem a população adulta, que se torna diversificada e variável conforme a idade e o estilo de vida. Portanto, as IC-

SAP prevalentes na fase infantil são diferentes das causas de outras faixas etárias.

Portanto, cabe aos profissionais da atenção primária incentivar e acompanhar medidas de prevenção das doenças prevalentes e características da infância. A equipe de saúde deve dar continuidade na assistência, através de agendamento do retorno e visita domiciliar de acordo com a necessidade de saúde da criança, de modo a aumentar a resolubilidade da assistência, evitar o agravamento e a internação desnecessária. (PREZOTTO *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças representam um potente indicador da assistência à população e do funcionamento da Atenção Básica. Apesar do desenvolvimento da Lista Brasileira de ICSAP ter sido concluída em 2008, ainda há um distanciamento entre o uso que a academia propõe e a sua incorporação pelos gestores no planejamento de ações e serviços de saúde pública.

Ao considerar não só a magnitude desse problema, mas também seus custos, a tentativa é alertar aos gestores e planejadores do SUS, sejam eles no nível da Atenção Básica ou Atenção Hospitalar, para o impacto financeiro das internações por causas evitáveis em crianças. Em que pese a crise crônica do financiamento ao SUS, evitar as ICSAP pode ser uma medida para melhorar a saúde da população e ao mesmo tempo garantir redução de custos com o nível hospitalar, o que auxilia no equilíbrio das contas públicas e pode contribuir para um uso mais racional dos recursos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M.E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 6., p. 1337-1349, 2009.

BARRETO, J.O.M.; NERY, I.S.; COSTA, M.S.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 abr. 2008, Seção 1, p. 70-71.

CAMINAL, J.; SÁNCHEZ, E.; MORALES, M.; PEIRÓ, R.; MÁRQUEZ, S. Avances en España en la investigación com el indicador “hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria”. **Rev Esp Salud Pública**. p. 189-96, 2002.

CALDEIRA, Antônio Prates *et al.* Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, p.61-71, Mar. 2011.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares *et al.* Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1699-1707, Julho 2008.

FERREIRA, Janise Braga Barros *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, mar. 2014.

FERNANDES, V.B.L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009.

LEITE, A.J.M.; CUNHA, A.J.L.A.; VICTORA, C.G. Epidemiologia da Saúde da Criança. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. (org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7 Ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013, p.343-353.

LOPES, M.V.O. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. (org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7 Ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013, p.121-32

NEDEL, F.B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n 1, p 61-75, jan- mar, 2010.

OLIVEIRA, B.R.G. *et al.* Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.13, n 2, p 268- 277, 2010.

PREZOTTO, K.H. ; CHAVES, M.M.N., MATHIAS,T.A.F. Hospital admissions due to ambulatory care sensitive conditions among children by age group and health region. **Rev Esc Enferm USP** · 2015; v. 49, n.1, p. 44-52.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Ambulatory care sensitive conditions: general hospital of micro-region of São Paulo municipality, Brazil. **Text Context Nursing** 2012, vol. 21, n.3, p. 535-542.

AGRADECIMENTOS

Os autores do presente trabalho agradecem ao economista Edilmar Carvalho pela atualização dos valores monetários.

Autores Organizadores

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Associação Ampla) - UECE, UFC, UNIFOR. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Raquel Sampaio Florêncio

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPSAC-UECE. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa “Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem” (GRUPEC-CE/UECE).

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Médico. Doutor em Saúde Pública. Pós-Doc em Economia da Saúde. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza-CE, Brasil.

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Pós-doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP. Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Mestrado em Saúde Pública da UECE, do Mestrado e Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem da UECE e do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE/UFC. Pesquisadora 1B-CNPq.

Autores Colaboradores

Ana Carolina Rocha Peixoto

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará - Uece. Especialista em Gerontologia pela Universidade de Fortaleza - Unifor. Formação em Arte-Terapia pelo Instituto Aquilae.

Ana Paula Ramalho Brilhante

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Andrea Caprara

Graduação em Medicina e Cirurgia - Faculdade de Medicina Universidade de Modena, Itália e Doutorado em Antropologia - Universidade de Montreal. Professora Adjunto no Departamento de Saúde Pública da UECE. Membro da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco (2013-2016). Professora visitante do Instituto de Saúde Coletiva, UFBA. Membro da Fondazione A. Celli, Perugia.

Camila Brasileiro de Araújo Silva

Graduação em Educação Física da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Membro de Grupo de Pesquisa “Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem” – GRUPECCE.

Carlos Garcia Filho

Médico Sanitarista. Doutorando em Saúde Coletiva pela UECE. Secretário de Políticas Públicas do Município de Iguatu. Coordenador do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da ESPI/ESP-CE. Integrante do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho.

Charles Dalcanale Tesser

Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis – SC. Centro de Estudos Sociais – Universidade de Coimbra - Coimbra – PT. Pós-doutorando (Bolsista CNPq proc. 207603/2014-6). E-mail: charles.tesser@ufsc.br

Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos

Graduada em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela mesma universidade. Doutoranda em Saúde Coletiva (Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR).

Clemilson Nogueira Paiva

Biólogo (UECE). Especialista em Saúde Pública e da Família (Faculdade Kurius). Especialista em Vigilância e Controle de Endemias (Escola de Saúde Pública do Ceará). Mestre em Saúde Pública pela UFC. Doutorando em Saúde Coletiva AA. Professor Substituto da Universidade Estadual do Ceará no curso de Ciências Biológicas.

Christiane Pineda Zanella

Graduação em Nutrição pela Unisinos. Doutora em Saúde Coletiva pela ampla associação UECE, UFC e UNIFOR (2015). Mestre em Saúde Pública pela UECE (2002); Especialização em Alimentação Coletiva pela ASBRAN (2012); MBA em Gestão Estratégica de Marketing pela Fundação Getúlio Vargas (2000). Atualmente é docente da Unifor e Centro Universitário Estácio de Sá nos cursos de Nutrição.

Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE.

Daianne Cristina Rocha

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2013). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Bolsista da CAPES. Membro do grupo de pesquisa de Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas e Nutrição Materno Infantil.

Davi Queiroz de Carvalho Rocha

Médico Psiquiatra. Residência Médica pelo Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. Supervisor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da ESPI/ESP-CE.

Elaine Neves de Freitas

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR (2010). Mestranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC), na UECE. Preceptora do Programa de extensão de Promoção a Saúde - PROSA da UFC.

Elainy Peixoto Mariano

Nutricionista. Mestranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) - UECE. Especialista em Nutrição Clínica pela Pós-Graduação Gama Filho.

Elzo Pereira Pinto Júnior

Fisioterapeuta. Graduado pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Doutorando em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Francisca Geisa de Souza Passos

Farmacêutica. Graduada pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Farmacologia Clínica pela Faculdade Ateneu. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Geraldo Bezerra da Silva Júnior

Médico. Doutor pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Docente do PPGSC/UNIFOR. Fortaleza-Ceará.

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Nutricionista. Doutora em Farmacologia. Professora Emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza e do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (UECE). Pesquisadora do CNPq. Líder dos Grupos de Pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas e Nutrição Materno-Infantil (UECE).

Indara Cavalcante Bezerra

Farmacêutica. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Associação Ampla) - UECE, UFC, UNIFOR. Bolsista CAPES.

Ítalo Lennon Sales de Almeida

Enfermeiro. Graduado pela UECE. Membro do Grupo de Pesquisa “Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem” (GRU-PECCE/UECE).

Jair Gomes Linard

Graduado em Educação Física. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-UECE.

Jamine Borges de Moraes

Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela UECE. Bolsista CNPq.

José Jackson Coelho Sampaio

Médico Psiquiatra. Doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pro-

fessor 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.

José Wellington de Oliveira Lima

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Doutor em Tropical Public Health, pela Universidade de Harvard. Mestre em Epidemiologia, pela Universidade de Harvard. Aposentado como médico sanitário do Ministério da Saúde. Professor adjunto de Epidemiologia, da Universidade Estadual do Ceará.

Karine Correia Coelho Schuster

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará, Cirurgiã-dentista. Graduação em Direito pela Universidade de Fortaleza, Advogada. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Especialista em Saúde da Família pela UECE.

Kellyane Munick Rodrigues Soares Holanda

Fisioterapeuta do Hospital Infantil Albert Sabin. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

Kilma Wanderley Lopes Gomes

Médica. Doutora em Saúde Coletiva AA UECE/UFC/UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva (UFC). Especialista em Medicina da Família e Comunidade. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UNICAMP).

Krysne Kelly de Oliveira França

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Letícia de Araújo Almeida

Farmacêutica. Graduada pela Universidade de Fortaleza. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Líllian de Queiroz Costa

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará - UFC Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) - UECE. Fiscal Enfermeira da Vigilância Sanitária do Município de Fortaleza.

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.

Luiz Marques Campelo

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Malvina Thaís Pacheco Rodrigues

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva-AA-UECE-UFC-UNIFOR. Docente da Universidade Federal do Piauí.

Márcia Uchoa Mota

Médica do transplante renal no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. Tem experiência em nefrologia e transplante renal. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela UECE.

Marluce Potyguara

Liderança indígena Potyguara.

Mardênia G. F. Vasconcelos

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva - Associação Ampla - UECE/ UFC/UNIFOR. Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem (UECE).

Maria da Penha Baião Passamai

Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva em Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza (2012). Docente colaboradora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (UECE). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Maria do Socorro Litaiff Rodrigues Dantas

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública e Especialista em Saúde Pública e Indígena. Pesquisadora CNPq/Universidade Estadual do Ceará - UECE. Atua no Distrito Sanitário Especial Indígena - Ceará, da Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde.

Maria Helena Lima Sousa

Graduada em Ciências Econômicas (UFC). Especialista em Economia da Saúde (UY-UK e UPF-ES) e Farmacoeconomia (UPF-ES). Mestre em Saúde Pública (UECE) e Doutora em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR). Economista da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará no Núcleo de Economia da Saúde (NUCONS). Pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ na área de custos da Atenção Básica da Saúde.

Maria Lidiany Tributino de Sousa

Psicóloga. Mestre em Saúde da família. Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina (UECE), Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (UECE), Doutorado em Saúde Coletiva AA UECE/UFC/UNIFOR. Pesquisadora CNPq Pq-1B.

Mauro Serapioni

Centro de Estudos Sociais – Universidade de Coimbra – Coimbra – PT. Professor visitante – Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: mauroserapioni@ces.uc.pt

Mayara Natércia Veríssimo de Vasconcelos

Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará.

Milena Lima de Paula

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista CAPES/DS.

Nara de Andrade Parente

Graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Pós-Graduada em Nutrição Clínica Funcional pela Universidade Cruzeiro do Sul e Pós-Graduada em Nutrição e Fitoterapia pela Universidade Cruzeiro do Sul. Atualmente, atua como professora auxiliar na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Natália Lima Sousa

Graduanda em Licenciatura em Educação Física pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Atualmente, é estagiária - SESI - Departamento Regional do Estado do Ceará e monitora do programa mais educação da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Rafael Baquit Campos

Médico Psiquiatra. Residência Médica pelo Hospital de Saúde Mental de Messejana. Preceptor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da ESPI/ESP-CE.

Rafaela Pessoa Santana

Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva (Universidade Estadual do Ceará - UECE). Mestre em Saúde Pública (Universidade Estadual do Ceará - Universidade de São Paulo). Especialista em Geriatria (Instituto Cesumar). Pós-Graduanda em Osteopatia (2013). Membro do Grupo de Pesquisa Eco Saúde e Doenças Transmitidas por Vetores (Universidade Estadual do Ceará, desde 2009). Docente da Universidade Estácio de Sá (Centro Universitário Estácio do Ceará) nos cursos de Fisioterapia e Enfermagem (2013). Coordenadora do Curso de Cuidado de Idosos - PRONATEC - Centro Universitário Estácio do Ceará.

Regina Cláudia Furtado Maia

Enfermeira e Psicóloga. Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica pela Universidade de Fortaleza. Formação em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Centro de Estudos em Psicologia (2004) e em Epidemiologia e Vigilância à Saúde pela Universidade Federal do Ceará (2006). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2009). Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC (2014).

Rithianne Frota Carneiro

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-PPGSC/UNIFOR. Fortaleza-Ceará.

Samuel Miranda Mattos

Graduando do Curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Membro do GRUPECCE.

Silvia Helena Bastos de Paula

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará, Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Ciências da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora científica do Instituto de Saúde. Bolsista PNPd do Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPSAC- UECE. Contato: silviabastos58@gmail.com

Sônia Samara Fonseca de Moraes

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Leão Sampaio. Especialista em Gestão e Assistência em Saúde da Família pela Faculdade de Juazeiro do Norte.

Soraia Pinheiro Machado Arruda

Graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Atualmente, é pesquisador e professor adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

Tatiana Uchôa Passos

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Ampla Associação UECE/UFC/ UNIFOR. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Coordenadora Adjunta e Docente do Curso de Nutrição do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Teka Potyguara

Liderança Indígena Potyguara.

Teresa Cristina de Freitas

Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa “Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem” – GRUPECCE/UECE.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Pós-Doutora em Saúde Pública pela USP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Pesquisadora do CNPq. Líder do GRUPECCE.

Valdicleibe Lira Amorim

Enfermeira. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela UECE.

Waldélia Maria Santos Monteiro

Enfermeira. Graduação em Informática pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Epidemiologia e Vigilância à Saúde pela Universidade Federal do Ceará(2006). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. MBA em Economia e Avaliação de Tecnologia promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas(FIPE) e Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia-ISC/UFBA. Professora Titular do Curso de Enfermagem e do PPGSC/UNIFOR. Fortaleza-Ceará.